

Universidad de Chile

Facultad de Filosofía y Humanidades

Departamento de Filosofía

**ARGUMENTOS FILOSÓFICOS PARA UNA RE-
DEFINICIÓN DE LA MEDICINA MODERNA**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN FILOSOFÍA, CON
MENCION EN AXIOLOGÍA.

Autor:

ROBERTO ARAYA BALTRA

Profesor guía:

MIGUEL KOTTOW LANG.

SANTIAGO, JULIO, 2005

AGRADECIMIENTOS

Para con todos quienes hicieron posible la realización de este trabajo. Al Profesor Miguel Kottow Lang (Director de Tesis), y a mi familia (a mi esposa Beatríz y mis hijas Constanza, Francisca, Alejandra y Trinidad).

INTRODUCCIÓN:

Quien observe el estado actual de la medicina no dejará de sorprenderse con la importancia, y la velocidad, de una inusitada corriente de modificaciones que abruma el convencional trato entre médicos y pacientes. Baste pensar, por ejemplo, en los actuales e intrusivos sistemas de seguros de salud; en sus frías fórmulas administrativas, usadas para medir y abaratar la curación; como en los eficaces y sofisticados procedimientos de tecnología médica; etc. Tal parece que todos estos cambios se hubieran acentuado a partir de mediados del siglo XX, llegando a constituirse en una suerte de desafío para la actual definición de “arte y ciencia de curar”. En ese sentido, no cabe sino colocarle más atención al problema, porque bien podría tratarse del nacimiento de un nuevo imperativo productivo para la salud. Especialmente si se considera que esta evolución estaría vinculada a la consolidación de una forma diferente de vida social, más masificada, tecnológica y economicista (J.Millas, 1962, p.31). En todo caso, y justamente por lo delicado de esta situación es que resultan sorprendentes algunos fenómenos asociados, como la escasa receptividad que tiene todo esto en sus protagonistas, así como también la paradójica circunstancia de continuar usando una definición de medicina que ya no la define. En este último caso, cierra el círculo vicioso, un concepto utilitario de definición, es decir: se supone que ella funciona bien cuando no incomoda el quehacer médico actual. Sea como fuere, hay que hacer notar que los dos aspectos citados dejan a esta disciplina en una situación de particular indefensión, y con innegables problemas para enfrentar aquella oleada de cambios. A modo de ejemplo, la innecesaria precisión de sus límites que crea una incapacidad de auto-conducirse; metas poco claras; la carencia de una adecuada guía teórica que permita despejar dudas de fondo; la falta de sentido sobre sus propios procedimientos; etc.

Una situación que invita a revisar las circunstancias mencionadas, y quizás si hasta las mismas posibilidades de reacción de la medicina moderna. Pero también a hacer un alcance

comprensivo sobre el marco general de la modernidad, y del fenómeno cultural, que subyace a todo aquello. Aunque esto suponga un enorme desafío teórico, que no solo obliga a una síntesis de mucha información, sino que también a enfrentar los actuales prejuicios en contra de ese tipo de explicaciones, como sucede con el olvidado estudio sobre las definiciones. No hay que olvidar la extendida opinión que sostiene que la medicina es un asunto de práctica y no de teorías, en la que influye desde la escasez de autocrítica, hasta la falta de revistas especializadas en la materia. Todos estos aspectos debieran tenerse presentes al momento de plantear los objetivos de trabajos como este. En otras palabras, el escenario actual requiere que la teoría médica actúe con mucha ponderación, sintiéndose conforme sí al menos consigue abrir el tema a la discusión, o si acaso logra fortalecer un debate crítico, o incluso si logra algún consenso racional para la comprensión de la medicina. Y en tal sentido, este trabajo se ha propuesto tan solo ofrecer una suerte de alternativa, que permita entender el tema desde una interacción de perspectivas teóricas, entre dos dispares enfoques, como son: la filosofía y la medicina.

Se podría decir que este tópico se adscribe a lo que en general se ha venido en llamar la “filosofía médica”, un área donde se cruzan desde la historia de las ideas médicas, a la filosofía de la cultura, pasando por la teoría de la voluntad, entre otros temas afines. Esta enorme amplitud es, en todo caso, menor que la de las “humanidades médicas” (ver nota aparte), cuya influencia parece haberse desvanecido a partir del siglo XIX, en la medida que entraron a la medicina las ciencias naturales (von Engelhardt y Spinsanti, 1995, p.1554). Aunque, desde el punto de vista de la filosofía, ella habría heredado los grandes desafíos teóricos que antes tuvieron esas humanidades y que ahora deben iluminar las nuevas facetas de la curación y/o la salud actual. Entre estos últimos habría que incluir por ejemplo: una nueva filosofía del arte (médico), que trascendiera la teoría estética; una filosofía de la ciencia (médica) que fuera más allá del límite de la ciencia positiva; una filosofía de la técnica (médica) que abarcara más que una teoría de la acción; etc. Logros que por el momento están algo lejanos de esta nascente disciplina, tal como se deduce de las cuatro áreas de desarrollo que efectivamente se le han logrado identificar Engelhardt y Wildes. A saber: la que estudia los principios filosóficos de la práctica médica; la que estudia las bases

lógicas de sus procedimientos; la que analiza el conocimiento médico y la que incluye temas varios vinculados a la medicina (1995, p.1680). Siendo justamente este último donde habría que clasificar el tema que aquí se trata.

De hecho, ya no parece prudente seguir esperando respuestas de parte de otras incipientes ramas de la filosofía, como la de una supuesta filosofía de la técnica por ejemplo, cuya aparición parece estar en una situación de menor desarrollo aún. Porque, a pesar del avance de la técnica moderna, como de su peso histórico, todavía no se observa un avance en tal sentido, y su escuálida gama de estudios está ligada más bien a la tecnología. De muestra un botón, para Bunge por ejemplo, la filosofía de la tecnología estudia las disciplinas ligadas a la práctica (Bunge,1981, p.207) y a la verdad útil (op. cit,1981, p.212); mientras que para C. Mitcham su labor es el análisis del uso de artefactos e instrumentos vinculados a la producción, desde dos tipos de modelos: “marxistas o voluntaristas” (1995, p.2477). A saber: el primero ilumina consecuencias sociales y la discriminación en los medios de producción (de Salud en este caso), mientras que el segundo lo hace sobre un área más básica, de la voluntad de eficacia. Aunque para ambos autores la medicina debe ocupar un lugar destacado en esta naciente rama de la filosofía. Para este último por ejemplo, ella estaría en un proceso de definición, en el que el factor instrumental (tecnológico) le ha ido quitando protagonismo a los demás factores, como son: las relaciones humanas, la experticia y la finalidad de dar salud. Dejando entrever los nuevos caminos que se demandan de la razón, para abrir los más oscuros mecanismos de la moderna conducta humana, y en un área que ha estado vedada a la metafísica, pero que en este caso la técnica necesita develar. Mientras que el primer autor propone crear una rama de estudio de temas de filosofía médica, y la llama “Iatrofilosofía”, para tratar de auto-caracterizarse y distinguir sus ramas (Bunge,1981, p.234-235). Y frente a este panorama, a la que se agrega la urgencia del tema, surge la exigencia de sobreponerse a la falta de consolidación filosófica.

En tal sentido, y abogando por enriquecer y consolidar un área teórica para la medicina, este trabajo pretende mostrar que el tema de las definiciones es una de las alternativas viables. Especialmente si ello se aborda enriqueciendo el contrapunto habido entre el

enunciado cultural y/o histórico, oficial y reconocido de la definición, respecto de aquel otro factor: oficioso y desatendido, que la relativiza. En el entendido de que la más correcta de las representaciones, aceptadas como una definición, va a ser inexacta, si ella no se entiende en un contexto o marco general más amplio, y donde estos elementos oficiosos pueden llegar a rivalizar en importancia con la formulación oficial. Tal como lo demuestra la historia de los múltiples significados que han ido tiñendo oficiosamente el concepto oficial de arte médico, o el hecho de que la actual definición oficial de medicina se niegue a reconocer al factor oficioso-economicista, el que le disputa la hegemonía a la ciencia. Y para que ello suceda se necesita integrar disciplinas, en un área fronteriza, que acepte la crítica del pensamiento oficial sin segregar el aporte de otras disciplinas, por oficioso o accidental que pueda parecer a primera vista. La filosofía de la medicina que se propone, debe cuidarse de no sobrevalorar el papel de la representación oficial, o esencial, pero especialmente de ordenar, integrar, o conducir aquella información, reconociendo que gran parte de la validez de su crítica estriba en reflexionar a partir del saber de la época.

Ciertamente que en una perspectiva así se van a ver privilegiadas algunas disciplinas, como la historia de la medicina, por ejemplo, cuya ductilidad parece especialmente preparada para acoger tanto a los aspectos oficiales como a los oficiosos más relevantes. Tal como se puede apreciar al cotejar la secuencia de cambios históricos que ha venido sufriendo la definición de medicina. Qué duda cabe sobre el valioso material que ello aporta a la filosofía de la medicina, de cuyo ejercicio podría incluso depender una futura posibilidad de cambio de definición. En otras palabras, a nadie podría parecerle extraño que el conjunto de los cambios en las definiciones de medicina, y sus concatenaciones, pudieran darle algún sentido al proceso. Entonces, tampoco debiera de extrañar que ese tipo de filosofía utilice el historicismo para comprender los cambios en la imagen corporativa de la medicina, y por ende para explicar hacia donde apunta hoy ese conjunto de modificaciones. Por consiguiente parece no haber mayores problemas para aceptar que esta asociación entre filosofía, historia y la definición de medicina, pudiera facilitar la comprensión de la medicina moderna, atendiendo sus diferentes momentos históricos.

En todo caso, se trata de una materia que ya ha sido abordada por diferentes autores, entre los que cabe destacar a: P.Laín Entralgo, T.S.Khun y M. Foucault, quienes ofrecen un rico material de trabajo. El primero de ellos, por ejemplo, realizó un análisis indirecto de este problema, en su obra sobre la “Historia de la medicina” (1978). Con un aporte de tipo más bien clásico, que intenta explicar hechos vinculándolos a épocas históricas, quizás si sacrificando el poder de penetración a cambio de una mayor capacidad de ordenamiento universal. Mientras que el segundo, en su “Estructura de las revoluciones científicas” (1962), propone un método para entender la historia de la ciencia, tratando de examinar los cambios ocurridos en su interior, como consecuencias de acuerdos o desacuerdos entre científicos de grupos alternativos (paradigmas), y frente a una díscola realidad que no se deja atrapar sino parcialmente en modelos de verdades científicas. Hay que señalar, en todo caso, que si bien Khun no aborda el caso de la medicina, el método señalado podría hacerse extensivo a esta última, con ciertas reservas. Así mismo, resulta especialmente útil el aporte del tercero de los mencionados, con su estudio sobre el “Nacimiento de la clínica” (1966). Foucault ofrece un método que se restringe a fuentes bibliográficas como testigos de ciertos períodos históricos, con un material “tamizado” por ciertas variables teóricas, las que le otorgan un cierto grado de agudeza. Aunque hay que agregar también que este autor no estuvo exactamente interesado en la definición de la medicina, sino que en el estudio de la constitución del discurso médico y de las instituciones que lo soportan. Él quiso conocer las exclusiones sociales que la voluntad del saber médico produce, establecer como se realiza el control del discurso médico por medio de la disciplina médica, analizar el problema médico para entender el Poder, etc. Por ello es que el material de su análisis bien podría servir para diferentes propósitos que iluminen el área estratégica de la historia de las mentalidades, y en este caso sobre los fundamentos de diferentes situaciones históricas vinculadas a la medicina.

Por otro lado, una tarea de síntesis como la mencionada parece avenirse muy bien al género de la Genealogía, que ha sido expuesto por M.Foucault en su obra “Nietzsche, Genealogía e Historia” (1997). Ya que esta perspectiva la definición de medicina podría ser iluminada por desde su génesis, la lucha, o la proveniencia, de los diferente factores que le dan origen.

En todo caso, hay que establecer una mirada cuidadosa mirada que, al volver la vista, se preocupa de no trastocar aquel origen. A diferencia de Nietzsche, y de su irrespetuosa interpretación genealógica, que ve fundamentos en el decepcionado “origen” (Ursprung nietszcheano), o en el metafísico origen milagroso (Wunderursprung nietszcheano) (Foucault, 1997, p,13-17). Aunque se haga eco de las palabras de Nietzsche (citado por Foucault), no estamos aquí por perseguir esencias, sino para la construcción histórica de ellas; quisiéramos abandonar la lucha adolescente tras de la verdad. Foucault propone así su genealogía, su Herkunft, para la búsqueda del origen que nos asalta, del tronco o procedencia de un grupo (op. cit. p, 25). Que no es la del historiador clásico, que busca la asociación de antecedentes, sino que la investigación del hilo complejo de la procedencia, tratando de conservar lo sucedido en su propia dispersión (op. cit. p, 27). Se trata de una búsqueda más respetuosa respecto de los sucesos que evoca, pero que a la vez fomente la crítica. Siendo más específicos aún, en este trabajo se propone poner el acento en la emergencia o formación de las fuerzas nuevas (la versión del Entstehung genealógico) (op. cit. p, 36), del desplazamiento, de la sustitución, etc. Del cambio que no respeta la historia sino que la inventa, y que lo hace sin posar de objetividad. Con una línea racional discontinua, aquella de la interpretación interrumpida por el misterio, del respeto por el acontecimiento (op. cit. p, 48). Y que, desde luego, no teme al poder de la Academia, con su venerable papel de reveladores de necesidades estables (op. cit. p, 50), o de verdades establecidas.

Desde ese punto de vista, el siguiente problema apunta a lo que él llama la expresión de fuerzas genealógicas no aleatorias, es decir al descubrimiento de las formas de practicar la voluntad de verdad. En tal sentido ellas poseen diferentes exigencias técnicas, que las hacen verificables y útiles, entre las que pudiera clasificarse la “variable psicológica” de la genealogía. Un factor poco considerado en ese rol, y que este trabajo ha querido rescatar, para acentuar el aspecto “arqueológico” de la gestación de una determinada mentalidad, y que se podría llamar el “Aufkommen” (parafraseando a Foucault). En otras palabras: la emergencia indeterminada pero ligada a la fuerza del factor interior del sujeto, en su participación del cambio histórico. Un aspecto genealógico que de seguro podría

encontrarse en el origen de cada período histórico-cultural, como una de las variables verificatorias que luchan con las demás fuerzas genéticas, y que al mismo tiempo es la condición de actitudes compartidas por los sujetos del grupo. Y que en este caso permite ir un poco más lejos, para comprender los nuevos desafíos de la definición actual de Medicina, explorando aspectos que están en la frontera de la Filosofía y la Psicología. Los que pudieran servir de fundamento para que esa mentalidad contribuya indirectamente a la comprensión de las relaciones entre microcosmos y macrocosmos histórico y social.

En suma, la primera parte del desafío pareciera ser la de encontrar alguna fórmula hermenéutica que permita comprender, desde su origen, el rumbo por el que se llegó hasta la modernidad médica. Y para ello se ha intentado una particular síntesis histórico-cultural, la que bien podría caber en un singular enfoque de lo que se ha llamado historia de las mentalidades, puesto que pretende postular una identidad de pensamiento social, revelada por medio de las múltiples influencias que le dan origen (filosóficas, sociales, antropológicas, etc.). De tal modo, se va a postular que para llegar hasta las hipotéticas raíces teóricas subyacentes, habría que asociar períodos históricos con pensadores o influencias teóricas, y de ambos con diferentes definiciones históricas de medicina. Hasta que, tras un dedicado trabajo de análisis, se logre finalmente un cierto ordenamiento y una comprensión de la génesis de la medicina moderna. Un procedimiento al que bien podría llamársele genético, o genealógico, porque pretende penetrar en las fuerzas racionales que sustentarían la evolución de las mentalidades. En otras palabras, y en un plano más concreto, el presente trabajo seguirá la evolución de la definición de Medicina, con el fin de acercarse a aquella hebra genealógica que conduce a los cambios de esas definiciones hasta nuestros días, y con el fin de iluminar la actual relación entre la definición y el tipo de medicina que se practica. Porque la actual definición de arte y ciencia de curar por ejemplo tiene en su proveniencia una cierta coherencia inercial, la que puede orientar no solo sobre las razones del cambio, sino que también sobre el curso que se espera para la medicina actual. Y esa línea es la que interesa descubrir e interpretar.

Por ello se ha diseñado un plan de trabajo que revisa diferentes hitos de la historia de las definiciones de Medicina, de acuerdo con el siguiente esquema. En una primera parte se

profundiza en las fórmulas históricas de definirla, desde una medicina retórica o presocrática, que cambia a la “Tekhné iatriké”, buscando una Tekhné fundacional, y propiamente médica. Pasando por la influencia de Aristóteles, como fortaleza lógica para resistir la desviación religiosa del siguiente período, y como factor determinante para entender el cambio productivo o artístico de la medicina griega. Y por la solución aristoteliforme de un Galeno, que sostendrá la definición del “Ars Medicorum” hasta el siglo XVIII. En este período se revela con toda su fuerza el factor oficioso, el que lleva a la medicina hasta su cuasi desaparición, con sus opciones religiosas, esotéricas, y el posterior triunfo de la Scienza Nuova. Hasta llegar a la definición moderna de “arte médico” o “arte de curar”, que aspira a la eficacia y a garantizar la curación, por medio de la acentuación científica. Es decir, uno de los dos elementos oficiosos que trae a colación la modernidad (el otro es el economicismo), imponiéndolo definitivamente como oficial, para la siguiente definición. Y a propósito de esto, se destaca el aporte fundacional de Kant, indispensable para entender el giro definitivo que tomará la definición de medicina, a partir del siglo XVIII. Porque desde ese momento se reemplaza definitivamente el pensamiento analógico; y se reditúan los nuevos objetivos de la modernidad, al tenor del nuevo papel central del sujeto; se define la nueva forma de aproximarse a la ciencia; se determina el sesgo estético del arte; se postula una ética autonómica; etcétera. Hasta llegar a la última definición de medicina, el “Arte y la ciencia de curar”, ocurrida a principios del siglo XX, dejando en evidencia las dos líneas de desarrollo de ambos factores. Por un lado a una medicina que aspira a la curación científica, minusvalorando el arte y el humanismo médico, y por otro lado la propuesta de una curación técnico-economicista (cuyo impacto podría llegar, en breve, a cambiar nuevamente a la definición de medicina). Sin embargo, y por el momento, ambas tendencias se someten a la definición de arte y ciencia de curar, aunque el peso que han ido tomado algunos elementos extracientíficos que parecen haber desencadenado una crisis en ese paradigma.

Llegando a este punto se hace necesario profundizar en una caracterización de la medicina actual, para revelar hasta que punto ha avanzado una supuesta anomalía del paradigma de esa definición de medicina. Con esa intención se despliega la segunda parte del trabajo,

donde se aborda el voluntarismo del modelo productivista de la medicina actual. Y además se expone cuanto han cambiado aquellos elementos causales del acto médico tradicional (la salud, la enfermedad, el rol del médico y el del paciente), debido a la aparición del multicausalismo y la visión estadística de la realidad, lo que ha terminado por acentuar un tipo de determinismo “productivista”. Y todo esto ha dado origen a una medicina peculiar, que ha tenido que transformar esta estructura causal en una suerte de ejes estructural-productivistas, por medio de los cuales pretende conseguir los más eficaces efectos médicos. Y como si lo anterior fuera poco, se revela hasta que punto se está pretendiendo montar una suerte de cadena de producción con el acto médico, sobre la base de explotar aquellos hitos (estaciones) por los que debe pasar un impulso voluntarista de producir salud.

Finalmente, se termina por abordar las conclusiones sobre el estado paradójico de la actual definición de medicina, y su posible relación con un voluntarismo técnico-economicista. Para ello se analiza cual pudiera ser el sentido último del cambio de definiciones, considerando que ellas siempre han evolucionado bajo la influencia de un propósito genealógico predeterminado. Y de esta manera, se dividen las conclusiones en tres aspectos: una supuesta “congelación” de la definición, debido a la transición de paradigmas; una visión historicista-filosófica con su evolución de “voluntad de verdades”; y el análisis del nihilismo nietzscheano, sobre la evolución de la metafísica occidental. Y a raíz de este último punto, se amplían las conclusiones en un aspecto crucial del conflicto nietzscheano, que revela la acentuación de la voluntad sobre la representación, al interior del actual pensamiento occidental. Este análisis parece subrayar la importancia de un pensamiento economicista, técnico y voluntarioso, entre cuyas peculiaridades estaría la limitación de la autocrítica. Un tipo de pensamiento que parece ser el culpable de la paradójica y actual definición de medicina, y de cuyo conocimiento dependerá la comprensión de los cambios habidos en la medicina técnica.

Pese a todo a más de alguien podría parecerle que el análisis que este trabajo hace de la definición de medicina es algo temerario, empezando por la extensión del problema planteado, y siguiendo por la apuesta hecha a favor de elementos de análisis de difícil

resolución. Incluyendo aquellos temas que dicen relación tanto con el papel del goce y sus tendencias endotímicas, a la crítica nietszcheana de la metafísica, y hasta de la epistemología actual. Sin embargo, el arrojito posee también una faceta positiva, al permitir adentrarse en algunos de los problemas hasta ahora sin solución, como la vinculación con las nuevas formas de producción en salud, a sus respectivas verdades, sus preferencias y sus prioridades. Un aspecto que no es baladí, si se considera que con ello se podrían anticipar ciertas conductas, saciando algunas necesidades que la medicina actual padece, y que en seguida aquello pudiera servir también para organizarlas, estandarizarlas, almacenarlas, distribuirlas y hasta reemplazarlas, de la forma en que la técnica moderna quiere hacerlo. Porque, en su ordenamiento de nuevos aspectos vinculados al deseo, la técnica parece jugar un rol que es necesario profundizar. Y en tal sentido, esta asociación entre definición de medicina y técnica moderna pudieran orientar hacia la comprensión de un reciente fenómeno cultural post-moderno: la mentalidad voluntariosa y sus reclamos. Incluso porque, a partir de ello, pareciera lícito ir proponiendo ya ciertas fórmulas alternativas de definición, como por ejemplo: “la medicina es el ejercicio de producir salud”.

Nota:

Convendría mencionar dos situaciones de interés respecto de las así llamadas “humanidades médicas”: su relación con la filosofía médica y su estado actual. Sobre el primer aspecto, es de dominio público que antaño las primeras integraron diferentes ramas del saber teórico (antropología, filosofía, artes, ciencia, y hasta religión), sistematizando un conocimiento que en la actualidad se encuentra disgregado. Siendo justamente esta digresión una de las posibles causas de la falta de reacción de las humanidades, denunciada por Laín (1986, p.316). Esto último podría haber obligado a que cada una de las disciplinas trabajaran por separado, facilitando la aparición de la filosofía médica, como la actual encargada de comprender los alcances y las consecuencias del quehacer médico. Por otro lado, también esto ha dejado abierta la oportunidad para que esta especialidad filosófica herede cierta autoridad para tratar tanto las actuales e inconexas temáticas de la teoría médica, como la falta de explicaciones sobre la conducta de la medicina moderna. Sin embargo, y pesar de lo anterior, no se podría decir que las humanidades médicas hayan

desaparecido, como lo muestra el rudimento de debate que la literatura médica ofrece en: la relación médico-paciente, la diferencia entre lo normal y lo patológico, los límites de la salud y la enfermedad, etc. Al respecto, en un reciente artículo sobre este tema R. Gillon apunta hacia una revalorización de esta área por motivos pragmáticos: para complementar la ética, para mejorar la educación médica, para enriquecer la medicina, etc. (R.Gillon, 2000, p155-6). Pero esas humanidades están capacitadas para ir más lejos, como lo prueba este trabajo, el que apunta en la dirección de promover un debate sobre la comprensibilidad de la medicina moderna, por ejemplo. Y donde la filosofía médica adquiere un papel relevante, especialmente en temas como el de la definición de medicina, de cuya resolución depende la tarea de guiar o de dar respuestas disciplinarias, para fortalecer su desarrollo.

PARTE I: EVOLUCIÓN DE
LA DEFINICIÓN DE
MEDICINA.

CAPÍTULO 1. LA TEKHNÉ IATRIKÉ HIPOCRÁTICA. ORIGEN OCCIDENTAL DE LA DEFINICIÓN DE MEDICINA.

Parece conveniente comenzar, esta somera perspectiva genealógica, sobre las definiciones de la medicina occidental, adhiriendo a una forma convencional de comprender los inicios históricos de esa Medicina. Se supone, en tal sentido, que el concepto o la definición griega de “Tekhné Iatriké” daría origen, ya sea a la medicina “fisiológica”, a la “clínica” y hasta la “científica” (Lain, 1978, pp. 45-137). Aunque (dicho sea de paso) no todo el mundo esté de acuerdo con esto, dado que hay quienes suponen (etnocéntricamente) que la “verdadera” medicina comienza solo con la modernidad. Sea como fuere, coinciden en aquel origen: la época de oro de la Grecia clásica (siglo V antes de Cristo), y un enorme cambio cultural occidental. Una situación que parece marcar tempranamente el desarrollo de esta disciplina, y nada menos que con el sello indeleble de la Paideia griega (una mentalidad teórica y pedagógica). En otras palabras, esta conocida disciplina adquiere o se funda, desde su primera etapa, sobre la base de la razón y las ideas (logos), adhiriendo al destino griego clásico, organizando su trabajo y comprendiendo la realidad de esa manera. Por lo tanto, conviene tenerlo en cuentas, será bajo la tuición de la escuela hipocrática de la medicina, y utilizando el soporte cultural de aquella civilización, como se echará a caminar un estilo de voluntad médica occidental, el que se ha definido como Tekhné iatriké. Lo que trajo consecuencias sobre la sistematización de su conocimiento, la forma de diagnóstico y de curación, su ethos, etc. Por lo tanto, y debido a todo ello, la historia de la medicina está obligada a considerar aquel sello genético, y el grado de influencia, que esa epistème particular ha ejercido sobre la evolución de las definiciones médicas.

Ese supuesto “momento inicial de la medicina occidental” es de por sí interesante, porque muestra el intento de superar su dependencia, y no solo respecto de la filosofía, sino que

también de la rama presocrática de ella. Y para hacerlo utiliza las nuevas escuelas filosóficas, en este caso las llamadas escuelas médicas, entre las que sobresale la escuela hipocrática. Esta circunstancia se hace más evidente alrededor del siglo V a.C., cuando la medicina hacía los más grandes esfuerzos para dejar atrás sus viejos vínculos con la antigua filosofía, principalmente porque esta dependencia filosófica la había convertido en una medicina especulativa, y sin un método propio. En todo caso, hay que reconocer que esta tarea habría resultado absurda si el espíritu de la época no hubiera estado detrás, para impulsar ese cambio. De manera que el gran salto en ese sentido se debe más bien a una situación que trasciende a la medicina, porque ello sacudía a toda esa cultura. Todo esto traerá como consecuencia el nacimiento de la original formulación y definición médica de Tekhné iatriké. Pudiéndose decir que fue la evolución de la misma filosofía la que permitió a la medicina separarse, y tomar desde entonces el camino de la “ciencia”, adscribiéndola a su metódica (aunque no se trate de la ciencia como hoy se entienda). Mientras tanto la filosofía también hacía su propio giro hacia la metafísica, alejándose de la ciencia definitivamente. Lo que no quiere decir que el impulso originario, que ambas tuvieron en común, seguirá manteniendo un puente entre la teoría y la práctica. Porque ambas son expresión de un fenómeno en común y más de fondo, de un cierto fundamento que las concatena.

Esta situación de cambios, no ha dejado de admirar a quienes la han estudiado, como es el caso de M. Foucault, por ejemplo (1980, p.9). Quien pone su acento en dos momentos culturales, que incluyen a la medicina: primero la cultura del saber (con su medicina presocrática), y luego la cultura de la verdad (con la Tekhné iatriké). Para el primer tipo, el conocimiento posee una forma ritualizada e inspirada en la interpretación del oráculo, lo que además requería de un adecuado conocimiento de la cosmogonía, de parte de iluminados religiosos, que dependían más de la inspiración y cercanías divinas, que de una búsqueda de mejores ideas. Este tipo de saber posibilitaba la búsqueda de causas desde la filosofía (presocrática), y aceptaba la cohabitación de varias causas, las que se disputaban la primacía en una discusión abierta. Frente a ello, la segunda opción busca una posible verdad, basada en la confianza de un conocimiento progresivo de la physis, y no ya de la

relación de iluminados con sus dioses. Donde las causas intentan reducirse a una, según el acuerdo del grupo, y cuya validación no la hace uno de estos iluminados sino que un método de refutación y una experiencia en común. Este breve alcance que hace Foucault a uno de los elementos que intervinieron en este impresionante giro de la historia, sirve para ilustrar la envergadura de un hecho histórico como el señalado, cuyo cambio apunta a una diferencia de actitudes entre dos períodos históricos, justo en el momento en que la filosofía estaba buscando dejar atrás el sofisma.

Esto se traduce en la aparición de las llamadas “escuelas médicas” (Lain, 1978, p.60), que desde su perspectiva de escuela filosófica buscaron asimilar el cambio de perspectiva cultural, destacando la llamada hipocrática y su conocimiento de “la dieta” como causa. Esta última, está contenido en diversas obras literarias que componen el “Corpus Hippocraticum”. Una colección de textos médicos, que forma una biblioteca de mas de 100 libros, conseguida tras varios siglos de trabajo de diferentes autores, los que se atribuyen genéricamente a Hipócrates. Esta obra ha quedado como referencia para la evolución de la medicina occidental, cuyos comentarios, acuerdos y refutaciones, dan inicio a un estilo y un método específicamente médico. Pues bien, entre aquellos textos, interesa a este trabajo el libro “De vetere medicina” o “De la medicina antigua”, al iniciar el estudio de las definiciones de medicina en occidente, ya que es allí dónde se analiza el problema del cambio, o diferencias con la medicina precedente. En otras palabras, en este libro hipocrático se nos hace presente, como en pocos libros de esa colección la necesidad de poder diferenciar filosofía (la medicina antigua) de ciencia (la nueva medicina).

Este tema, que da origen a la medicina occidental, es central para entender la definición de medicina como Tekhné iatriké y ha sido recogido por algunos autores como el reputado filólogo mexicano Conrado Eggers L., quien lo analiza al introducir su traducción del libro mencionado. Allí el autor comienza por describir la postura de dos de sus antecesores, Eldestein y Temkin, sobre el comienzo de la medicina occidental. El primero de ellos señala que antes de la era hipocrática (antes de la Tekhné iatriké), la medicina era solo “un oficio”, ya que el médico tenía una cierta pericia técnica, adquirida por entrenamiento con otro médico. Y que en tal sentido, solo pocos médicos prehipocráticos podían considerar de

algún interés: la observación, el análisis, la elaboración de la teoría, los métodos terapéuticos, etc.(Eggers,1987, p.29). A pesar de ello Eldestein refiere que se debe mucho a esos pocos interesados en ampliar los horizontes artesanos de la medicina antigua. Se puede agregar que hasta entonces los médicos no fueron científicos, en el sentido que se le da al termino en la actualidad, sino que ellos fueron a lo mas: “científicos” que estudiaban filosofías. Como lo inspiraba y exigía la filosofía presocrática. En una posición semejante estaría el otro autor mencionado. Temkin manifiesta que el médico de aquel entonces se vio obligado a pertenecer a alguna de las escuelas filosóficas, pero por prestigio social (Eggers,1987, p.28). Con lo que la medicina adquirió un cierto racionalismo especulativo, pero no una ciencia. De hecho, no fue hasta Galeno, es decir después (o al final) de la medicina hipocrática, cuando a la medicina llegó a una real independencia de la filosofía.

Para Eggers, en cambio, el asunto principal no estriba tanto en el interés por la ciencia, sino que en saber diferenciar ciencia de filosofía. Y para ello propone seguirle la pista al desarrollo de ciertos conceptos claves en su fecundidad tales como: causa (etiología), dinámias (humores), episteme (condiciones generales), hipótesis, etc. Especialmente le atrae el de causa, o aitia, o culpa, o responsabilidad, cuya presencia sería la señal indirecta de que la medicina está por fin en la senda de la ciencia. Porque para él, es la causa la que constituye una medicina diferente, siendo esta particularidad la que permitiría dar el nombre de Tekhné iatriké. Se basa para esta hipótesis en su análisis del libro “De veterere medicina” o De la medicina antigua”, donde se engarzan los temas del cambio, la causa y las diferencias con la medicina precedente. Allí nos recuerda además Eggers que la obra hipocrática en general pertenece históricamente al período pre-socrático, y que de esa manera participa también del destino filosófico de este período. Aunque, para ser más justos, habría que señalar que esta obra ha quedado en la historia no como un representante presocrático de la medicina sino que como uno de los más valiosos testimonios de lucha para superar los límites del período (para el advenimiento de la Tekhné iatriké). En tal sentido, se debiera considerar al texto citado (de la medicina antigua) como un testimonio de la lucha hipocrática por separar aguas propias para la medicina, independizándose de la filosofía y apuntando hacia la ciencia que persigue un nuevo tipo de causa, racional, y que

se aleja de la filosofía como conocimiento que tiene que vérselas con el todo (Gadamer citado por Eggers, 1987, p.22). Una mezcla que ya entonces molestaba a la medicina, la que sentía su destino mas ligado al reducido status de una ciencia de algo, ya fuera natural o física.

Este empeño racional, por especializarse, buscando la praxis, era un anhelo ampliamente deseado, y no solo por la medicina de entonces sino que un asunto cultural general, en el que participó toda aquella época, y que se vio apoyado finalmente con las metafísicas de Platón y Aristóteles. Debido a que estos autores son quienes consiguen realmente independizar el pensamiento occidental de la metafísica mitológica practicada en la Grecia presocrática, lo que indirectamente facilitó la independencia de la ciencia. Señala el autor que en todo caso, con Aristóteles y Platón se introduce por primera vez en la Filosofía el concepto de “Causa”(Eggers,1987, p.24), ligado al concepto de epistémé. Citando al respecto el Fedón de Platón (96a-102, la importancia de conocer la causa de cada cosa) y el Timeo (46d), y para Aristóteles a los Segundos Analíticos (II 11, 94 a con su cuádruple causalidad).

Y para ello elige la medicina griega la, por entonces, razonable teoría de que la medicina científica se basa en un supuesto mensurable: la omnipresente “cocción” biológica, un supuesto que hoy resulta absurdo. Lo que se debe recoger es que la medicina se decide por la medición, y al elegir este aspecto lo hace para desarrollar una prolija teoría de la dieta, porque interpreta a la enfermedad como la consecuencia de diferentes repercusiones de los alimentos, crudos o mal cocidos. Y las diferencias de asimilación alimentaria entre el hombre y el animal. Y así aparecen ciertos conceptos señeros como lo fuerte y lo puro, el cocido y el madurado, los poderes de los alimentos, etc. Y de allí los mucus, las bilis, las fiebres, los cocimientos de las orinas y de otros líquidos, etc. En todo caso lo importante es que todo ello crea un marco general para definir a la medicina de manera muy diferente al que tenía la medicina presocrática, cuando compartía sus horizontes con la filosofía.

Para Eggers, el concepto de “tekhné” griego es clave en su reemplazo a la epistémé, como lo demostraría la obra citada, al preferir el uso de la tekhné antes que el de otras acepciones

similares, como el de la citada “epistémé”. Y para apreciarlo se debe considerar la revolución que implicaba la arraigada tradición griega, al menos desde Sófocles, para entender por epistémé al conocimiento o comprensión de un asunto. E incluso a la habilidad en el manejo de un instrumento, por tener conocimientos sobre éste. De allí que el término “tekhné” tenga en principio estos mismos dos significados en ese texto médico (Eggers,1987, p.20). Pero tekhné va mas allá, como dominio de un ámbito especializado, tiene sus raíces en el sofisma. Téchnai era la propuesta del sofisma, por una educación liberal, dirigida o especializada, sin ser la general aristocrática, ni la vulgar de un oficio manual (Eggers,1987, p.51). De allí vendría la comparación entre el médico y el timonel. Todo esto es recogido por el libro analizado, en el que se propone la expresión de tekhné como un avance respecto de su alternativa la epistémé. Es más, parece ser que este texto fue publicado como una reacción ante la influencia empedocleana en la medicina de la época, y de allí su nombre de (crítica a la) antigua medicina. Porque entonces se criticaba a Empédocles (Eggers,1987, cap.20) como el ejemplo del médico teórico, que se dedicaba más bien a escribir sobre la naturaleza que a conocer al hombre en sí. Y la nueva medicina proponía justamente lo contrario de Empédocles: la medicina conoce la naturaleza de la constitución humana, en relación con lo que se come y bebe.

Más específicamente se criticaba a Empédocles que diera preeminencia causal a factores tan poco importantes, como “lo frío o lo caliente” (Eggers,1987, cap.16), considerados agentes causales espurios. Ya que se suponía que pocas enfermedades dependían solo de estas fuerzas naturales y que las más incluían los poderes de muchos alimentos, de los hábitos y de su constitución (conformación) y por supuesto que de su posterior cocción (asimilación) (Eggers,1987, cap. 19 y 20). Es decir que así como habían enfermedades que se debían a poderes y otras a conformaciones anatómicas (Eggers,1987, cap. 22), entonces lo que se requería era un exhaustivo examen del sujeto y sus humores, como de las causas de la enfermedad, para tomar medidas dietarias y poder corregirlas (Eggers,1987, cap.23). Determinando una larga tarea para la Tekhné iatriké, la que solo se logró poco a poco, con la delicada y además larga observación de las causas del dolor, como sobre el arte practicado para combatirlo (Eggers,1987, cap.4). En el capítulo 6 por ejemplo, se menciona

que las causas de todo dolor pueden reducirse a una sola: que los alimentos fuertes dañan al máximo y del modo mas claro al hombre (ya sea sano o enfermo). Según este reordenamiento médico, el secreto de la Tekhnè iatrikè está en suprimir o bien en dar pequeñas cantidades de alimentos, primero con alimentos débiles y luego con otros fuertes, etc. Frente a ello ya no valen supuestos filosóficos sino que la experiencia de generaciones médicas que descubren los verdaderos poderes de la comida (Eggers,1987, cap. 13 y 15). O bien, en el capítulo 5, se señala que la medicina reconocida como tal ha sido descubierta con relación a los enfermos, buscándosela para diferenciar el correcto régimen alimentario del enfermo. De allí que la búsqueda de una alimentación adecuada (Eggers,1987, cap.3) sea la definición que propone la escuela Hipocrática para su nueva propuesta médica.

Todo lo anterior revela un serio esfuerzo emprendido por aquella medicina (Tekhné iatriké) para manejar la causa (la dieta) en el terreno de la eficiencia, lo que Eggers subraya, y sostiene además que recién con la aparición del concepto de causa puede diferenciarse a la filosofía de la ciencia (Eggers,1987, p. 25). Asunto que, para este estudioso, la medicina hipocrática no pudo alcanzar en su totalidad. A lo que habría que agregar que probablemente este será uno de los principales aportes de la medicina hipocrática a la historia de la medicina occidental. Él mismo hace notar que la filosofía usa más la causa primera de Platón, mientras que la ciencia la causa segunda de Aristóteles, subrayando indirectamente como recogieron estos dos filósofos el interés por cada una de las alternativas históricas. Cada una había separado su rumbo tempranamente, confirmando sus diferencias en la medida en que se desarrollaban. Aunque en la Tekhné iatriké no estuviera aún suficientemente desarrollada la diferencia, como lo demuestra la mezcla entre la causa necesaria y la relación entre las causas material y eficiente. En el caso de la medicina (Eggers, 1987, p.25) la causa de la enfermedad eran aquellas cosas que ocurrían cuando estaban presentes aquellas otras, las que generan necesariamente un mal, y que además al desaparecer éstas últimas el mal también lo hacía (párrafo 19 de Medicina Antigua). La vieja epistémé, en un proceso que llegará hasta Platón y Aristóteles, irá adquiriendo poco a poco dos nuevas connotaciones, mas que significados. Por una parte se irá acercando a la palabra latina Scientia (Eggers,1987, p. 20). Pero, por otra parte la misma epistémé

evolucionará hacia filosofía. En este caso fueron usadas por estos dos filósofos indistintamente. Aunque como filosofía se irá ligando paulatinamente al amor sobre el conocimiento del hombre y la forma de conocer lo universal, mientras que como epistémé será mas técnica, mirando por las causas, etc. No siendo del caso profundizar en ejemplos.

Pero lo que estaba ocurriendo en el fondo era que tras la evolución de conceptos como filosofía, epistémé, tekhné, scientia, etc. se venía reflejando el desarrollo de una nueva mentalidad. En otro de los aspectos que han atraído a historiadores de la medicina, como al tan conocido Pedro Laín Entralgo, por ejemplo. Quién, al comienzo de su introducción a la Historia de la Medicina, se pregunta que fue lo que sucedió en la Grecia Clásica que hizo del oficio de sanar una profesión racional, y científica, que acuñara la definición de “Tekhné Iatriké” (Laín, 1978, p.45). En otras palabras porqué el oficio de curar se convirtió en esa Tekhné iatriké o medicina científica (Op.cit., p.85). Y su respuesta es que a partir del 500 a.de C., la medicina hipocrática construye una medicina fundada en la fisiología (Op.cit. ,p.60), o ciencia de la naturaleza. Y con ello la medicina logró dar un paso importante en la evolución del mito al logos. Para este autor y sobre la base de dos conceptos básicos los griegos del siglo V a. de C. cambiaron una medicina empírico-mágica en una medicina que se define como técnica. Esos conceptos son los de physis o naturaleza y el de tekhné o arte manual, oficio o industria. El secreto de la verdadera tekhné era conocer la physis de lo que se hace (Op.cit., 1978, p.55). En cuyo conocimiento entran a tallar no solo los médicos sino que toda la cultura griega, la que se movía tras esa inquietud. En ese sentido resultan fundamentales los principales pensadores (filósofos) griegos, quienes ordenaron y sistematizaron la información del período.

Se puede decir con Laín que en el fundamento intelectual de la Tekhné iatriké está la idea de hacer una ciencia de la naturaleza (Op.cit., p.94), y que gracias a ello la medicina griega de entonces logra finalmente reunir un método, principios y teoría (Op.cit.,1978, p.64). Y en torno a ella se levanta un nuevo tipo de médico, un artista capaz de “gobernar a la naturaleza” y no ya el simple artífice o servidor de ella (Op.cit., p.124). Se trataba de un médico que se consideraba de la nobleza y miembro del templo de Asclepio, porque su trabajo lo llevaba a un punto de la mayor jerarquía posible, ni más ni menos que la de

salvar a la humanidad (Op.cit., p.120), a través de la sobre valorada influencia de la dieta claro está. Con una labor que lindaba en lo heroico, reflejándose en su ethos, en sus aspiraciones y en sus principios, es decir en compartir el servicio al arte con el servicio a la naturaleza. Porque su papel estaba, de acuerdo con esta medicina, en el mítico lugar en que la enfermedad y la salud luchan respectivamente entre el desorden y el orden contenidos en la physis (Op.cit., p.94). Dándole al médico un papel en la tragedia que se atreve a cambiar o modificar la physis (naturaleza) humana, la que obedece a una forzosidad invencible (anaké), o a la contingencia o azar (Tykhé). De cuya unión se formaba la trama de la vida, siendo un privilegio el permitir modificarlo o gobernarlo por la Tekhné iatriké solo por medio del azar (Op.cit., p.84). Con tratamientos que ofrecían un espacio para la salud, como alivio de las dolencias, pero también para el decoro del enfermo (Op.cit.,p.108). Incluso, advierte Laín que Aristóteles (s. IV A. de C.) sería el autor intelectual de la primera modificación a lo que hasta entonces se entendió por tekhné, reorientándola más decididamente hacia al arte manual, oficio o industria. Pero también hacia un saber racional, que sabe que es lo que se maneja y porqué se hace lo que hace, o bien porqué se acierta.

De acuerdo con el análisis de este autor, sería necesario datar la vigencia de la Tekhné iatriké, entre el siglo V a.C. y el III d.C. Es decir hacerla coincidir con el período va entre las figuras de dos prominentes médicos, Demócedes (la estrella inicial) y Galeno (“la estrella final”), para lo que propone darle a este período el nombre de “Medicina Antigua”. En una elección que no parece del todo afortunada, porque confunde varios planos del problema. En primer lugar, no hay que olvidar que el término de “Medicina antigua” proviene de la obra hipocrática citada (Veteris medicina), y hace referencia específica a la medicina presocrática, en contraposición con la Tekhné iatriké. En segundo lugar, el plantear un período tan largo de tiempo obliga a describirle muchas sub-etapas (Op.cit., p.59-66), que complejizan innecesariamente la etapa, hasta desvirtuarla. En tercer lugar, ello se consigue haciendo una equivalencia entre las influencias de la Tekhné iatriké y su papel de definición de un cierto tipo de medicina, dándose a esa mixtura el nombre artificioso como el de “medicina antigua”. Lo que a su vez trae consecuencias, como esta

confusión que obliga a extremar las cosas planteando por ejemplo que el área de influencia hipocrática incluye a Galeno (el 200 d. de C.) como uno de sus capítulos (Op.cit., p.103), o que la irradiación de esa medicina se hiciera sin contemplar las definiciones puesto que las primeras se prolongan hasta el siglo XVIII (Op.cit., p. 88). Y de esta manera, llevado el problema a la influencia se relaja el estudio, sin poderse avanzar en el papel genético que tuvo la Tekhné iatriké, pareciendo más razonable pensar que su ocaso tuvo lugar junto al auge político de la Roma imperial, con la declinación del helenismo y el debilitamiento de las influencias de Aristóteles. Todo lo cual ayuda a levantar a un Galeno, con otro tipo de medicina, más latina y menos griega, que podría definirse más bien como un “Ars medicorum”. Por otro lado, parece más importante destacar el papel que la Tekhné iatriké ejerce movilizándolo y cohesionando a la medicina bajo un espíritu de cuerpo, que se identifique con esta tekhné, que proponiéndola como inspiración e influencia de un evento mal definido como medicina antigua. Especialmente si es la Tekhné iatriké la que define mejor la esencia de aquella misión curativa, de formulación cotidiana durante ese período histórico, al resumir la tarea asumida por ese grupo de asclepiades como su rol histórico, etc. Y que en tal sentido, lo que resulta susceptible de reemplazo, no es la medicina antigua, si se cambian las condiciones culturales que lo sostienen, sino la definición (Tekhné iatriké), no son las influencias (medicina antigua) sino que algo más estructural, siendo ello lo que limita con el Ars medicorum, como cambio de mentalidad por ejemplo.

Al parecer este impasse con Laín surgiría del método que él elige para hacer historia de la medicina, adaptándola a la evolución de occidente, sin reparar en las dificultades que eso crea para el análisis de otros temas históricos, como el problema del cambio en las definiciones de medicina por ejemplo. Donde es muy importante restarle privilegios a las circunstancias teóricas, atribuidas a una época, para poder valorizar aquellas otras relativas a elementos, factores o influencias internas que cuestionan a las primeras, y en tal sentido se contraponen con el método genealógico. Parece importante detenerse por un momento en esta disyuntiva dado que ella toma una especial importancia en trabajos como este que pretenden discutir aspectos relativos al desarrollo de las identidades médicas, sobre los tipos de medicina y sus metas específicas, o en la comparación de las mentalidades que les

dan forma, etc. Lo que resulta especialmente insatisfactorio al momento en deba dirimirse el problema del término del período de la Tekhné iatriké, o de la vigencia de ese tipo de definición de medicina. Entonces, el método lainiano resulta poco discriminativo cuando hay que separar la perspectiva académica de la genealógica. Trayendo como consecuencia la confusión entre la definición y las influencias de las diferentes medicinas, para cada una de las ocasiones de cambio.

Por último, esta confusión alcanza a la idea de mentalidad, la que también se entrelaza con la de influencia y hasta con la de definición. Por lo que no parece tan correcto plantear una medicina antigua según existan raíces e influencias de esa tekhné, ni que sea esto lo que defina un período de la medicina, y que lo anterior pueda sostenerse en una mentalidad subyacente en tal sentido. De hecho, cada uno de estos factores debiera de tratarse con mayor detenimiento, de lo contrario el problema de la influencia histórica de una mentalidad podría complicar las cosas. Al menos eso parece desprenderse de lo expuesto por Foucault (1980, p.9), respecto de la mentalidad analógica. Ya que bajo la vigencia de ese pensamiento habría que incluir el período que Laín llama de la medicina antigua, pero ampliado a la voluntad de verdad de la Grecia clásica, del siglo V a.C., al período helenista, a la época romana, la edad media y el renacimiento, e incluso llega hasta el barroco (1600 d.C.). Lo que obligaría a definir a la medicina de todo este período, no sin cierta propiedad, como la época de una medicina analógica (no confundir con la medicina antigua). Aunque ello nada tenga que ver con la identidad que la propia medicina de ese período hubiera aceptado, sino que con un afán relativo al orden académico actual. Lo que además deja entrever que el uso de las mentalidades por sí solas no reemplaza al papel explicativo de las definiciones, incluso dificulta el papel de las definiciones como las señaladas. Tal como lo ejemplificaría el aplicar el esquema de influencias citado de Foucault, con sus grandes bloques de la “voluntad de saber” (mentalidades) (1980, p.9). De acuerdo con esto tendrían que haber habido tan solo dos formas de definir la medicina, ya que habrían solo dos momentos de cambio en el pensamiento occidental. Los que llevados al terreno de la medicina definirían las cosas así: una “medicina de la verdad” (Tekhné iatriké y Ars

medicorum) y después, la “medicina de la certeza” (medicina clínica de la época clásica en adelante).

CAPÍTULO 2. LA INFLUENCIA ARISTOTÉLICA ENTRE DOS MEDICINAS.

Como se ha subrayado con anterioridad, el cambio en la definición de la medicina, de la Tekhné iatriké al Ars medicorum, surge de un contexto cultural, es decir tanto de eventos sociales, como de influencias en el ordenamiento teórico aceptado por la época. En este contexto se revaloriza el papel jugado por Aristóteles, y sus seguidores, en el pensamiento occidental, ya que sin ello no se podría concebir la evolución histórica en una enorme variedad de materias culturales y hasta profesionales. Porque sus influencias alcanzan a la ética, la metafísica, la teoría del conocimiento, la idea sobre el cosmos y la naturaleza, la noción de ciencia, la de arte, la teología, e incluso la evolución de la medicina. En tal sentido apunta, en una breve opinión, W. Jaeger (1993, p.430), en su obra “Aristóteles”, donde señala que la metafísica aristotélica produjo un gran cambio en los fundamentos culturales de su época, buscando sacar de la filosofía vigente todos aquellos elementos míticos del pensamiento griego anterior, a partir del conflicto entre fe y conocimiento. Como lo atestigua el grupo de filósofos de la religión (cristianos, judaicos, islamitas), que retomaron esta perspectiva después de la muerte de su maestro. Todo lo cual resultará central para entender la época y los cambios, tanto la medicina venidera, del Ars medicorum, como la Tekhné iatriké con la que ella se definía hasta entonces.

Quizá si sea esta una de las explicaciones sobre el motivo por el cual Aristóteles se transformó en el caudillo intelectual de los siglos que siguieron a Agustín (Jaeger, 1993, p.431), ya que con Aristóteles el cuadro griego del mundo ha alcanzado su máximo de unificada armonía y voluntad (Jaeger, 1993, p.444). De hecho, ya no se aceptará que haya una realidad compuesta de dos reinos como en Platón por ejemplo, y solo con ello el centro de interés comienza a desplazarse hacia la ciencia positiva. El filósofo pasaba a ser así una suerte de científico explicando el mundo de manera universal. Y por medio de este

expediente la nueva filosofía aristotélica y la ciencia pasaron por un tiempo a ser sinónimos, dejando definitivamente atrás a la rechazada filosofía presocrática (empedocleana), a la que tanto combatió la escuela hipocrática. Se puede decir que Aristóteles puso a la filosofía en condiciones de alcanzar la visión científica del conjunto de la realidad (Jaeger,1993, p.459), creando ciencias como: la biología y morfología de la naturaleza. Aunque después de Aristóteles la ciencia y la filosofía van a volver a separarse una vez mas, tal como sucedió antes de él, porque la ciencia necesitaba de mayor libertad (Jaeger,1993, p.460). En todo caso, la solución aristotélica va en un sentido inverso a la platónica, ya que mientras el mundo de las ideas creaba la certidumbre, para Aristóteles en cambio era la física la que debía de ser la guía de las disputas. Y por física entendía al conocimiento de la naturaleza, pero con la aceptación previa de que la naturaleza está compuesta de objetos con existencia propia. Así entendida la física le incumbe primeramente el explicar el “movimiento”, camino por el cual se podrá llegar a explicar la clave de la causa última. De acuerdo con ella, las cosas que cambian imitan a las imperecederas, por ejemplo: el ciclo generación-corrupción de las cosas terrenas es una revolución estacionaria, exactamente en la misma medida que el movimiento de los astros (Jaeger,1993, p.443). Así se explica que Aristóteles haya podido crear una filosofía de la naturaleza que descansaba en una base metafísica, y que esta misma haya podido influir en las disciplinas tributarias de esta filosofía hasta el mismo renacimiento. Ya sea por su particular solución al conflicto entre religión y conocimiento, como también porque en su filosofía, la naturaleza misma pasa a ser un constructor que procede según una idea o plan interno (Jaeger,1993, p.440). Incluso porque tanto la materia como la fuerza no eran la naturaleza sino sus operarios. W. Jaeger sostiene que Aristóteles consigue su propósito utilizando la ayuda de otros pensadores previos, que en el caso del reino animal y vegetal, y de su física teleológica, fue una solución heredada de Platón. Mientras que en la física de la materia inorgánica, al fracasar el principio de forma, reaparece el atomismo de Demócrito, especialmente en meteorología (manteniendo separada la biología de la química). Al mismo tiempo, y en el terreno de la biología, que interesaba más de cerca a la medicina, se estudiaba el cambio que estaba al servicio de “la corrupción y la generación”, explicando el paso de la no-existencia a la existencia a través de la forma (Jaeger,1993, p.438).

Aportando las bases para que se postulara una alternativa al enfoque de la medicina hipocrática y su cocción alimentaria, en este caso el cambio se orienta a la creación de una filosofía de la naturaleza aristotélica (preocupación central del *Ars medicorum*).

El caso de la ética es otro ejemplo de la misma situación, en este plano Aristóteles deja una gran impronta sobre el destino de occidente venidero, lo que incluye el caso particular de la ética médica. En ello recoge la delimitación de su maestro (Platón) para la definición de que la vida filosófica (la teoría) como vía hacia la perfección humana, porque solo el estudio del bien era el mejor método de vida. Aristóteles acepta esto pero deja entreabierto otra posibilidad, al reconocer que el bien mayor está en la perfección. Pero su doctrina tenía que recoger la inquietud religiosa de la ética anterior, ya que esta estaba saturada de dichos aspectos, por lo que concluye que al seguir al fin último se persigue nada menos que a dios (el bien). Aunque supone que aquello es un estudio con poco asidero, y que la mayor importancia debía ponerse allí donde estuviere el acento de la voluntad, es decir en el equilibrio entre las virtudes (tipos de voluntad). Lo que lleva a pensar que él va al estudio de la vida cívica en tensión con la vida religiosa de Platón (Jaeger,1993, p.450), y que todo ello se da en referencia al estado (tal como Grecia lo exigía). En otras palabras, y debido a que el conocimiento que ofrece Aristóteles deriva finalmente hacia el estudio de lo que se ve, incluso en la vida moral ofrece una moralidad tal como es, al considerar los diversos tipos vivientes. Tipos de hombre que están bajo el concepto formal de la virtud, y el principio del justo medio, porque para Aristóteles la naturaleza de la virtud está en el justo medio, en primer lugar. En el cultivo de la intensidad moral, en la prioridad del carácter sobre el intelecto. La que a diferencia de Platón ya no se interesa en el conocimiento o teoría del bien y la bondad del alma. Y en segundo lugar la norma, en la doctrina metafísica de la contemplación de dios, de cómo los humanos deben realizar el fin divino del mundo. Pero no aprendiendo reglas sino que en su actividad y voluntad. Entraría así una primera idea de autonomía moral de la persona a la conciencia griega (Jaeger,1993, p.451), conservando del platonismo la contemplación de lo eterno, pero con la tensión agregada de la separación de la vida cívica.

Y como era de esperarse, estos postulados causaron una honda repercusión en la medicina de aquel entonces, lo que a su vez se refleja en múltiples aspectos de la práctica médica, algunos de ellos han quedado olvidados, como la “añeja” doctrina del buen médico, del facultativo preocupado, mas que de la eficacia, de conseguir el correctísimo o perfectísimo equilibrio entre las virtudes médicas en juego. Pero además el sistema filosófico que Aristóteles aportó requería de un equilibrio para bien producir, lo que se encontraba en su original perspectiva de la virtud como fundamento moral de las relaciones médico-paciente. Un equilibrio que reflejaba indirectamente en el correcto comportamiento, prudente y equilibrado del buen médico, como garantía para llegar al telos (meta productiva) de la salud deseada. No hay que olvidar que el nuevo papel del artista incluye al de un naturalista. Y todo ello se configura sobre un telón de fondo, al que podríamos llamar del nuevo arte médico, el que tuvo más importancia que la que hoy se supone, debido a que el imperativo comprensivo-curativo de aquel entonces podía crecer en ese sentido más que bajo la ciencia.

Así mismo, el principio de la causalidad, o más bien de la cuádruple causalidad, es otro de los elementos que van a influir de manera definitiva sobre la estructura del acto médico, coincidiendo con el establecimiento de la medicina occidental. Por medio de este tercer aspecto la medicina tiene la “suerte” de recibir tempranamente el influjo de esa teoría, que se asocia a su estructura de poder y a los avatares del determinismo. En otras palabras, va a ser esta disciplina la que quede en deuda con este pensador, ya que Aristóteles ofrece un complejo mecanismo racional que permite optar por una medicina perfectible y universal, a partir del esquema hipocrático, que asocia causa con dieta, y médico con curador (incluso sacerdote). Un resultado que hasta hoy nos sorprende aportando consecuencias sobre la producción de efectos médicos. Al respecto se podría decir que el acierto de Aristóteles fue atreverse a investigar sobre las fuerzas que movilizan o subyacen a la estructura productiva en general. Un asunto que hasta hoy podría parecer un tema de ciencia-ficción, pero que en su caso permitió a la medicina occidental acercarse a lo esencial de su tarea, otorgando una progresiva eficacia contra los objetivos (enfermedades) perseguidos. Un tema que está en directa relación con el nuevo papel para el arte, que desde entonces y por muchos siglos se abre a los fenómenos de la producción, incluso en salud, y en la práctica médica cotidiana.

Porque al asociar el conocimiento causal con el arte apunta hacia lo singular del saber universal, y relaciona esto con la producción aplicada a la vida práctica. Dejando para la ciencia lo contrario, puesto que aquí la causa lleva a lo universal, al ámbito de la teoría. De allí que si se acentúa el conocimiento por arte, se cambia la medicina inclinándola por el caso, por el paciente singular y se pospone la tendencia teorizante que traía la medicina hipocrática. Como se puede deducir todas estas situaciones ligadas al conocimiento de la *poieis*, realizada principalmente con arte, delimitan una noción de *tekhné* diferente a la hipocrática.

Vale la pena darle algún espacio adicional a aquel principio de causalidad, rescatando su importancia para la teoría de la medicina, como tema que alcanza hasta la cotidianidad del quehacer médico. Como es bien sabido, Aristóteles define en su libro *Metafísica* (Libro I, cap.3) a este principio, tras el que se esconden la reunión de cuatro causas (*efficiens*, *materialis*, *finalis* y *formalis*), que en conjunto producen un efecto. De la misma manera que ello nos revela la oculta estructura causal que subyace a toda producción o *tekhné*, incluida la medicina (*Tekhné iatriké*). Cuya fórmula queda de manifiesto en el didáctico ejemplo que pone Heidegger (*La pregunta por la técnica*, 116-120) sobre el del joyero que hace una copa de plata. Allí la causa eficiente o *efficiens* es el joyero, la causa material o *materialis* son los gramos de plata, la causa final o *finalis* es la copa propiamente tal y la causa formal o *formalis* es la forma que el joyero quiere o pretende darle a su plata. Siendo justamente de este esquema causal de donde la medicina, con la voracidad de su sentido común, supo sacar rápidamente el mejor partido, adaptándose y aprovechándolo. De partida, se entiende desde entonces y hasta la actualidad que la causa eficiente corresponde al médico, como un agente que asiste en el acto médico. Que la siguiente causa, la material, se correlaciona con el paciente, como un objeto asistido en el acto médico. La tercera es la causa final, que en el acto médico está representada por la salud, como una meta para la que se asiste. Y por último, la cuarta y más difícil de definir, la causa formal, vendría a estar asociada con la enfermedad, como un objetivo contra el cual el acto médico lucha o asiste.

En este tipo de causalidad se entiende al médico, como algo más concreto que el *asclepiáde* o médico religioso hipocrático, el que además cambiará su relación con la *physis*, pasando a ser un agente o una persona que obra con poder de otro (el paciente), para producir un efecto

natural. Para ello el médico, inspirado en la causa efficiens, pasa a tener la misión de reunir a las demás causas, de dirigir las e incluso de dirigir y responsabilizarse por el resultado productivo (del efecto médico). Un aspecto que deja abierta la posibilidad al médico para pasar a ser el único capacitado para buscar las verdades en salud, el dueño del acto médico. Cosa que indudablemente no ocurría en la perspectiva hipocrática, donde la posesión tenía la investidura o la unción sacra. Y de cuyas consecuencias conoceremos, ya que por centurias él fue el único que tuvo el poder (aunque ya no fuera sacerdotal) para guiar al telos o fin de la naturaleza oculta en el paciente. Fundando una doctrina que la ética médica conocerá como paternalismo. Pero también la medicina pasó a entender por paciente (objeto del acto médico) a aquel que servía de materia, y que estaba sujeto al ejercicio de la causa eficiente. El que experimenta el cambio en sí mismo, en este caso, desde un estado de enfermedad a uno de salud. Y así pasa a representar un ente, aunque pasivo, en menor proporción que aquel que la medicina hipocrática proclamaba con su anaké (forzosidad del destino natural). Pero que sin embargo, su principal virtud continuaba siendo la paciencia, porque era él y solo él el que padecía los efectos de una naturaleza (physis) que continuaba siendo todopoderosa, y frente a la cual no cabía sino el sometimiento y la resignación. Un individuo que desde el punto de vista causal no podía conducirse a sí mismo hacia su telos en salud, y que por lo tanto dependía de la causa efficiens en tal sentido. De allí que, como ente pasivo, delegaba o perdía su autonomía, en aras del bien superior que representaba producir su salud.

A su vez, la meta o telos causal del acto médico pasó a ser definida como la salud, porque en ella se encontraba la finalidad a la que se dirigían las acciones del médico o los deseos de mejoría de una persona enferma. Y como tal, la causa finalis o salud, se encargaba de atraer a las demás causas hacia sí. Así, en su derredor, se producía el ordenamiento necesario de los demás factores causales. Con lo que la salud pasaba a ser, desde un punto de vista axiológico, y con su refinamiento metódico (como lo subraya W. Jaeger, en *Padeia* p.783), el verdadero motor motivacional del acto médico. Un asunto crucial, incluso en la actualidad, a la hora de tener que analizar la producción de efectos médicos. Y finalmente la causalidad aristotélica se completaba con la causa formalis, la que daba forma y sostén al acto médico con la preocupación y la búsqueda de contenido en la enfermedad. Una

enfermedad que pasaba a ser el objetivo causal, es decir de aquello que atraía como un “blanco” médico en la práctica de un supuesto “tiro” clínico. Ella representaba la más poderosa solución pragmática que podía ofrecer la medicina para alcanzar la meta de salud. Constituyéndose en un antivisor que obligaba a mirar hacia el valor de la salud, un antivisor que hacía reaccionar al médico como al paciente en pos de la curación. Así queda adscrita la medicina griega, y posteriormente la romano-latina de Galeno, al horizonte aristotélico de la causalidad, pudiéndose conformar una estructura interna y productiva para todo ulterior acto médico. Una estructura causalista y genérica del acto médico ligada a la esencia curativa de su tarea. Ofreciendo un soporte o fundamento a las relaciones entre sus elementos. Los que actuaban en conjunto para producir el apetecido efecto médico. Esta configuración eficaz, pasa a formar parte de un arte, posibilitando que se dosifiquen las fuerzas en su interior, y permitiendo que la medicina diese un giro hacia un promisorio futuro.

Pero también de una enfermedad (como también de una salud, de un paciente, etc.) que se abría con Aristóteles a las verdades de la biología y las nuevas formas naturales de la morfología. Porque la metafísica aristotélica descubrió la causalidad también en el estudio de la naturaleza (physis), con el naturalismo. Y de esta manera ofreció la oportunidad de reordenar el estudio de la enfermedad o logos médico según la medicina hipocrática de la Tekhné iatriké. Con un nuevo orden, de aquí en adelante y hasta nuestros días, sobre la base de la fisiología. Así la medicina occidental pasó a preferir una evolución según cánones naturalistas y no ya con el estrecho horizonte de la cocción hipocrática o la ayuda de deidades. Sin embargo, y a pesar de lo revolucionario de su perspectiva naturalista, Aristóteles respetó el legado de la escuela hipocrática, como lo hacía el médico griego de su época. Y de hecho se va a necesitar hasta la llegada de Galeno para que él asuma esta tarea. Aristóteles no proponía maneras alternativas para conseguir salud, y aceptaba que esta última se producía, como Hipócrates lo sostenía, por equilibrios. Los que en último caso requieren de calor. De modo que si él deseaba lograr salud, entonces él tenía un como: debía buscar el equilibrio por medio del calor (Metafísica VIII-7).

Como se verá a continuación muchas influencias aristotélicas, como esta, confluyeron para el advenimiento y desarrollo de un paulatino cambio asumido por un arte médico que deseaba superar la tradición de la Tekhné iatriké. En ese movimiento hacia la madurez del arte médico va ser trascendental el aporte de Aristóteles, principalmente debido al desarrollo de aquella mentalidad productiva, naturalista y analógica propuesta por ese filósofo. Así se va a conseguir dar aquel vuelco, que va a permitir que la medicina se concentre en el arte antes que en la tekhné, como el mejor camino para que la medicina termine de salir del ámbito filosófico, un anhelo heredado de la escuela hipocrática. Como se verá, el nuevo papel productivo del arte, que desde luego trasciende al de la tekhné, va a dejar su impacto cultural en las siguientes re-definiciones de medicina, con el arte como un elemento esencial en su quehacer. El que se une a la influencia del concepto de causalidad, y a la Tekhné aristotélica, todos ellos van a permitir el cambio definitivo en la definición de medicina. En este caso debido a que el concepto de tekhné ayuda en el cambio de orientación del Ars latino, lo que finalmente termina por fundir la idea de producción con la de arte. Y de esta manera, con su original concepto de tekhné o arte, Aristóteles también ofrece a la medicina galénica la posibilidad de fundar una nueva medicina que responda a una nueva definición, apartándose de la medicina hipocrática.

Sin embargo, este giro cultural provocado por Aristóteles no es fácil de entender porque su concepto de arte tampoco lo es, representando todo un desafío intelectual. Como lo reconoce V. Aspee en su libro “El concepto de técnica”, en el que señala que las dificultades en este tema comienzan con la traducción y siguen con la falta una metodología analítica para entender la noción de arte en Aristóteles (Aspee,1993, p.23). Y como un ejemplo del grado de dificultad cita que para este autor la tekhné tenía cuando menos los siguientes significados: arte y arte bella, ciencia, saber, oficio, industria, profesión, habilidad, astucia, maquinación, medio, modo y manera (Aspee,1993, p. 27). Algo que parece impropio para nuestro pensamiento moderno pero no así para uno analógico, porque tal pensamiento no necesitaba hacer distinciones, ya sea entre técnica, arte o producción. Incluso, el estagirita tiene una acepción genérica para la tekhné, la que expresa en primer término un trabajo manual, pero con la suficiente amplitud como para incluir tanto a la producción bella como a la útil. Todo

ello representa para nosotros una cierta vaguedad intolerable, más aún si se considera que ello no es la expresión de una búsqueda de criterios, sino algo muy diferente.

El ámbito en que se ordena el arte es un asunto que encontramos analizado en la *Ética a Nicómaco* (libro vi, capítulo ii), donde se tratan los medios por los que alcanza el alma la verdad. Estos son cinco, a saber: el arte, la ciencia, la prudencia, la sabiduría y la inteligencia (nótese como mezcla en cuanto medios para la producción a: virtudes, aptitudes y disciplinas). De acuerdo con ello, para Aristóteles el arte (*Ética Nicómaco*, II-1) es una disposición dirigida a lo externo, que por medio de la razón nos hace producir (obrar pertenece al ámbito interno). Ahora bien, el Arte se aplica a objetos. Los que pueden o no existir, cosa que decide el artista y no el objeto o la naturaleza. Mientras que la ciencia se aboca a las cosas sabidas, las que pueden ser enseñadas y aprendidas por inducción o silogismos. En todo caso, para tener ciencia o saber, hay que tener además de la creencia los principios (universales) por los que se cree. Sin embargo, para practicar arte o ciencia hay que poseer ciertas virtudes, facultades y aptitudes. La virtud de la prudencia, o del correcto deliberar; la facultad de la inteligencia, esto es de aquello que permite conocer los principios; y la aptitud de sabiduría, como la habilidad para el perfecto saber. Sin todas las cuales no se logra producir (*Ética a Nicómaco*, cap. iv y v). Y estas virtudes intelectuales solo se actualizan actuando. Pero, así como para producir se requiere de virtudes y otras facultades, también se requiere de experiencia. Porque ella da el conocimiento de las cosas particulares y el arte de lo general. Entonces, para producir se requiere tanto de la experiencia como del arte, la una sin lo otro no resulta. Por eso es que en su obra "*Metafísica*" (libro 1, cap. 1) Aristóteles advierte que la experiencia es capital. Ella creó el arte al determinar que una sola concepción general, extraída de un gran número de experiencias, se aplica a todos los casos semejantes. Como se podrá comprender, las Escuelas médicas, incluyendo la hipocrática, estaban lejos de desarrollar los límites de la *tekhne* con esta exactitud, porque su propósito era otro, la separación de la filosofía, privilegiando la episteme o ciencia. Mientras que para el arte se reservaba el honor del tratamiento, pero sin considerar como lo hace Aristóteles su acepción productiva. Todo esto es de la mayor importancia para la evolución de la medicina occidental. Por lo que amerita un pequeño paréntesis sobre el concepto de arte aristotélico.

Si bien el problema de la producción se resuelve mostrando la interacción de elementos con el arte, el problema de la definición del arte vuelve a complicarse. Esta vez por la impresión de que su circularidad demanda el recurrir a otros elementos, y estos a su vez requieren de esta noción entre otras, entonces es difícil determinar donde está el límite de lo artístico. Pero hasta que punto conviene abrirse a otros elementos, como considerar que el arte puede enseñarse solo parcialmente, o que el arte podría estar mas cerca de la ciencia que de la experiencia, o quizás si el arte posee una ciencia independiente de la utilidad. Incluso si la sabiduría, que coopera con el arte para producir, es según el grado del saber, entonces ¿los que conocen la causa y el porqué, serán más sabios o mas artistas?. Porque de esta manera el problema puede llegar a complicarse sobre manera, y con ello la clave para comprender nuestro propio asunto. En vista de esta circunstancia la citada autora nos propone un tipo de solución, tomar en cuenta cuatro perspectivas que iluminan el problema desde diferentes ángulos, para así poder resolver de mejor manera el significado de arte en Aristóteles. Una solución muy interesante para poder acceder a aquel significado analógico de arte. La misma autora se inspira en el libro “Metafísica” (libro VI), y nos propone las siguientes alternativas para entender el significado circular o analógico de arte: 1º como modo de llegar a la verdad, esto es tekhné o conocimientos; 2º el ser del arte como producción o movimiento hacia la forma, o generación, esto es: el paso del no ser al ser, o mimesis que imita a la naturaleza; 3º el ser del arte como poiesis, hábito, acto o ejercicio de una actividad; y 4º hasta como per accidens, dónde el azar, lo absurdo, el inconsciente, etc. ponen su cuota de colaboración.

Por medio de la primera forma, se aprecia que el arte constituye uno de los modos de llegar a la verdad (Aspee, 1993, p.229), incluida la verdad médica, a la que la libera del dominio exclusivo de la ciencia. Es decir que la Tekhné (iatriké) pasa a ser uno de los modos de llegar a la verdad médica, porque existen otros como: la phrónesis, la epistéme, la sophía y el nous (Aspee,1993, p. 25). Aunque todos ellos dependen de una actividad: la poiesis, que trae algo a la existencia. Con ello le da un giro a la Tekhné iatriké practicada hasta entonces, la que reconoce que la medicina es actividad (poiesis) que requiere fundamentalmente de un momento creativo o de arte, pero también de un momento más ligado al conocimiento, o saber hacer (ciencia). En otras palabras, la verdad como poiesis acepta un conocimiento con

verdades de arte y de ciencia, en que la verdad de la ciencia consigue una identidad entre conocer y ser, mientras que la verdad del arte permite acceder a seres que aun no lo son, y que se están construyendo, y cuya posible identidad se va a alcanzar con la aparición del ser (Ética a Nicómaco, N, II-1). Por ejemplo, el arte permite aquí conocer por anticipado el ser de un paciente, como un estado deseable al que se podrá acceder finalmente solo cuando este alcance su destino, cuando ya esté curado. Y de allí que se puede decir que el conocimiento que otorga el arte (a diferencia de la ciencia) supone una identidad suspendida, entre el conocer y el ser, que es propia de la libertad de opciones que necesita el artista, y en este caso el médico. Cuyo valor queda ejemplificado en la consecución de salud por medio del arte y no de la ciencia, al tener que recurrir a esta libertad del artista (médico) para otorgar aquella nueva identidad. Con lo que da un giro respecto de la medicina hipocrática, la que confiaba la salud al efecto científico de la dieta.

Una segunda perspectiva sobre la noción aristotélica de arte se basa en la actividad como concepto clave, revelando tres modos de generación de las cosas: por arte, debida a la naturaleza, y la manera espontánea (Aspee,1993, p.24). De manera que si se compara la generación por arte con la generación natural queda manifiesta una cierta diferencia y una analogía. La diferencia es que según la génesis existen dos clases de seres: los “naturales o vivos” que poseen su principio generador en el alma (que mantiene su ser en la existencia) y los seres “artificiales” que se deben al principio generador de la tekhné (que permite a su ser llegar a la existencia). Mientras que la analogía es que tanto los seres “naturales” como los “artificiales” poseen un fin, como causa y orden del proceso. Aunque en el caso del arte médico parezca haber una complicación en la forma de producción, puesto que debe tratar con tekhné a seres vivos, aprovechando el fin analógico común de obtener mas salud. En otras palabras, por intermedio del arte médico se generan condiciones para que un ser vivo (paciente) genere mas vida, pero a través de medios terapéuticos artificiales. En otras palabras la medicina va a permitir así la proeza de albergar dos principios generadores aparentemente irreconciliables ordenados en pos de una meta. Y así, al hacer transparente las formas de producción, revelando los elementos generadores del cambio, la medicina puede contar con el desarrollo de su propia metodología productiva, que la diferencie de otras. Una situación muy

diferente a la establecida por la medicina hipocrática, con sus dudas entre episteme y ciencia, o de las escuelas médicas que creían pertenecer a la filosofía, etc.

Pero con Aristóteles se puede avanzar mas aún en la génesis por medio del arte, como cuando él sostiene que en el ser natural, forma y fin se identifican, mientras que en los seres artificiales (generados por arte) el fin es lo primero y después viene la forma (Metafísica, V-2). De allí que la poiesis (médica) sea la manera de adecuar la salud como fin, a la búsqueda de identidad entre forma y fin, para hacer aparecer el ser del enfermo. Este legado fue lo que deseó recoger la medicina postaristotélica, y con ello ganó una cuota de dignidad muy particular, toda vez que la enfermedad (forma) quedó sometida a la salud como fin, e hizo partícipe al médico en la génesis de un nuevo ser mejorado. Y de acuerdo con esto el arte otorga o genera ser y verdad, porque él es un movimiento hacia una nueva forma, que otorga la salud y que se consigue gracias a la generación. Aunque todo lo anterior se consigue solo por medio de la materia, la que permite o sostiene la acción en el tiempo, dado que es ella la que reclama la perfección por medio del arte, perfeccionando de paso a la naturaleza o acudiendo a su llamado (Física, II-8). Aquí es el paciente y su condición lo que llama al médico pidiendo la perfección, y a la vez el médico se perfecciona aprovechando este llamado de la naturaleza. Por lo que se requiere de un artista que sea libre en la elección y en el desarrollo de su praxis, sin ser por ello un simple instrumento de la physis (naturaleza). Como se puede apreciar, el aporte de la poiesis Aristotélica apunta con fuerza a lo artificial, a lo que permite un orden nuevo pero siempre sometido a los límites de la majestad natural de la physis. Lo que le viene muy bien a una disciplina como la medicina que aspiraba a participar en la producción de salud, libremente y por medio de su arte, y no como un mero movimiento automático, sino que ayudando a perfeccionar la naturaleza (mimesis aristotélica). En este caso haciendo que lo sano genere mas sanidad, que las fuerzas (physis) intactas del organismo propongan dirigir a las fuerzas anormales.

Se puede decir también que, a partir de este filósofo, la medicina hace de la poiesis el problema central de la producción o generación, la que era definida antes como la que trae al aparecer (al conocimiento), ahora puede redefinirse como la que hace (genera) con logos o regla. Un punto que sirve para volver a recalcar que esta definición aristotélica es muy

diferente al concepto de arte de Platón, el que alude a la interacción copia-modelo. En otras palabras, la mimesis aristotélica se refiere al hacer y no al conocer, con lo que ya habría una diferencia importante con Platón. Y además si se tiene en cuentas que para curar hay que imitar (la mimesis) los procedimientos por medio de los cuales la naturaleza de unir materia y forma (Paciente-enfermedad), usándolos en este caso para corregir o perfeccionar el orden natural. Entonces la búsqueda y el estudio de estas inclinaciones que unen forma y materia van a pasar a ser una característica propia del médico, un tipo de elucubración comprensiva sobre la conducta de la naturaleza que permite practicar un tipo de mimesis redentora, y al mismo tiempo lo hace por el placer de participar en esta misteriosa unión entre enfermo y enfermedad. Pero por el honor de aprender de todo ello, de colaborar en la sagrada perfección del objeto natural como de sí mismo y siguiendo además una no menos venerable fuerza natural. Así como también ocurre que ahora, y bajo el asombro médico-naturalista de la nueva visión aristotélica, la medicina ve que la enfermedad se podría unir al enfermo según una norma, que hace mas concreta la acción de una mimesis como la aristotélica, que transforma lo artificial en artístico, la voz en melodía y la curación en salud. Lo que también otorga un giro a la medicina griega, comenzando a situarse en la perspectiva de la curación (con un acento más comprensivo que eficaz), la que poco a poco va pasando a ser el centro del quehacer médico. En tanto cuanto que en ello, como arte, se representa el movimiento generador de salud. En otras palabras el arte médico pasa a ser con Aristóteles un movimiento que se llama también producción o generación médica. Como un modo de generación que busca lo sano, aunque para hacerlo seguía recurriendo a la teoría hipocrática de requerir calor e invitar a producirlo. Para alcanzar la meta (salud), para generarla, y entonces poder cesar en su empeño (como se observa en la llamada alta médica).

Es más, para Aristóteles el arte (analógicamente hablando) puede ser entendido también como un hábito. Así él distingue que para generar un pensamiento (ciencia) hay que proceder del principio y de la especie, mientras que para generar producción (arte) se requiere arrancar del final del pensamiento (Aspee, p.85). Separando la actividad de la ciencia por un estatuto que llama "razón verdadera". Un tipo de respaldo, que en la clásica definición de arte (o tekhné) revela su fuerza: arte es modo de ser productivo acompañado de razón verdadera (Ética a

Nicómaco, VI-4), aquella que se perfecciona por el hábito. La asociación razón verdadera-hábito proporciona así al arte un tipo de conocimiento validado en la experiencia. Porque el hábito pide conocer para crecer en el arte, lo que solo se obtiene por más hábito. Esto implica que el médico ha de crecer profesionalmente si produce verdades de salud, por medio del hábito y la razón verdadera que le otorga su profesión. Además, que ejercitándose en su hábito conseguirá conocer los secretos de la producción de su arte (tekhné). Su tekhné como arte delibera más bien sobre los medios para alcanzar la meta (tekhné es una "indeterminación realizable"), porque el médico no puede definir a priori el fin que en cada caso se elegirá por salud. No hay que olvidar que para Aristóteles la tekhné como arte es hábito intelectual más que voluntad. Porque esta última tiene por objeto el fin, mientras que el hábito se refiere al "como lograrlo".

Esta es la tercera manera que ofrece Aspee para entender el arte en Aristóteles, porque el hábito permite perfeccionar o crecer en el tener (como tener buena salud, por ejemplo). Así el hábito que es tener, pasa a ser disposición u ordenamiento (posición), pero más bien buena disposición o virtud, entonces el hombre que tiene vestidos, también puede tener logos. Y como el hábito es la posesión de diferentes tipos de inmanencias, desde tener vestido, logos o bien pertenecer a una clase o incluso tener buen gusto, entonces el tener incluye también el poseer buena salud. Por otro lado, el hábito también produce, en este caso: salud o curación, a través del acto y la potencia, y porque entre ambos lo perfeccionan interiormente (al hábito por cierto). En otras palabras, y en primer lugar, el hábito requiere de la potencia porque ella es el principio del cambio que radica en otro, y que en el caso médico sería el paciente. Ahora bien, a la disposición o hábito de actuar sobre otro ser, o de moverlo, se le puede llamar potencia. Por lo que el arte, que es tekhné como potencia, está determinado por la actividad, y da lugar a un perfeccionamiento de la potencia llamado hábito. Sin embargo, la potencia misma está dada en orden al acto hacia el cual tiende (la salud), de allí que el acto tenga la prioridad sobre la potencia. En otras palabras, y con el ejemplo médico, la potencia representada por la salud reclama, en este caso, ser determinado o finalizado por el acto (ahora representado por la curación). Así la salud solicita la determinación última de su apertura, y cuando lo logra por medio de la curación, crece. Como también crece o germina todo a su alrededor, como lo hace

el paciente, quien crece y se supera por medio de la salud. Y el mismo médico, quien crece en dignidad, en la medida que en que se perfecciona la potencia de su accionar (incluso la misma salud crece también).

Ahora bien, y desde el otro punto de vista, el acto aporta también al hábito, porque de él depende el existir de una cosa (metafísica). Lo que se da en la acción, ya que la acción es aquello en que se da el fin. El acto (médico) colabora pues con el hábito, ya que por medio de él se da la potencia (médica). Y de esta manera la tekhné médica, a través del hábito permite el concepto de progreso como una responsabilidad propia. Ya que a la luz de la interacción acto-potencia, la Tekhné iatriké pasa a ser un hábito perfectible, que permite a su vez que la capacidad médica pueda ascender o disminuir según lo dicte su potencia (médica), ya sea que esté referida al grupo médico o al médico individual. Un concepto que difícilmente podría haber tolerado la medicina hipocrática. Como difícilmente también la forma hipocrática de entender la medicina habría aceptado una tekhné (arte) como disposición a producir, ni a “producir rectamente” (y por lo tanto hábito). En tal sentido cabe también otra faceta del hábito, como es su vinculación con la virtud, porque el hábito de hacer bien las cosas es un fin, y porque el arte lleva de la razón de bien, al saber hacer. De allí que la virtud médica o el médico virtuoso, un axioma deontológico que acompañó a la medicina tantos siglos, haya que incluirla como acto que lleva a las tendencias hacia fines rectos. Y al arte o tekhné como virtud que busca los términos medios, por medio del criterio (como virtud de medios). En la poiesis médica entonces, la tekhné como un hábito rectamente ejercido, es considerada una virtud. Y como virtud representa, ni más ni menos, que el sentido fuerte del arte. La tekhné aparece así como una disposición permanente del intelecto, una facultad o disposición del intelecto. Mientras que la poiesis como una operación productiva por medio de la cual la tekhné se actualiza produciendo. Así la Tekhné iatriké requiere de una poiesis que la actualice, esto es del hábito.

Y finalmente, la cuarta forma de entender el arte de Aristóteles es a través del papel que juega en él el accidente (Aspee, p.26), complementando los anteriores. Porque el arte en Aristóteles otorga un papel para los llamados accidentes en la producción artística. Es decir para aquello que pertenece a la producción pero sin pertenecer a lo esencial, de las

consecuencias, agradables, o nocivas, o útiles. Dado que lo accidental se da tan solo ocasionalmente o en algunos casos, significando fortuna y azar. Pero pese a todo para Aristóteles se trata de una parte importante en el resultado del arte. Como la medicina acepta desde entonces, el adecuado manejo de lo accidental resulta fundamental para el mejor resultado. Lo insospechado era un factor cotidiano que necesitaba su lugar. Lo accidental describe el reto de lo impredecible en una producción, o la resistencia del medio contra la obra. Como un llamado de atención al arte, que por medio del hábito tiene que persistir so riesgo de perder la virtud. Se podría llegar a decir que en su aspecto positivo, la invención y la creatividad surgen de allí, pasando a ser algo fundamental para el arte. De lo no-necesario, de la indeterminación de la materia, se combina el accidens con el fin, para dar lo particular de la producción. Desde luego que la producción de lo artificial se nutre de esto. Y frente a todo esto, es la tekhné la llamada a dar la estabilidad al proceso. Como el artista a equilibrar la analogía (criterio) con el ámbito del no-ente, de las apariencias.

Como se verá, estas cuatro formulaciones complementarias sobre el arte vienen a describir un modo de formulación analógico para abordar la estructura subyacente a la producción médica, una estructura causalista muy precisa por lo demás. Conformando un tipo de acto médico más maduro que el hipocrático y que hacía una diferencia suficiente como para denominarlo ars (arte). Esta orientación que toma el quehacer médico está influido por la presión cultural de aquella época, pudiéndosele atribuir a este autor una parte considerable de influencias, según lo desarrollado previamente. Y de allí su significativo aporte, como un puente teórico que enlaza la sucesión de la Tekhné iatriké al Ars medicorum, o como un eslabón de aquellas fuerzas genealógicas que fueron modificando la medicina y sus definiciones. Lo que de ninguna manera da pie para proponer que esta haya sido el único elemento cultural que intervino en el cambio de definición entre las dos medicinas citadas. Sin embargo, parece innegable el aporte de Aristóteles, el que sobresale cuando menos por poner a la filosofía en condiciones de alcanzar la visión científica del conjunto de la realidad, por ofrecer un modelo a la investigación de las fuerzas que movilizan o subyacen a la estructura productiva en general, por inclinar las preferencias del arte hacia el caso singular, por su original concepto de tekhné-arte, etc. Se podría decir entonces que Aristóteles

proporciona a la medicina galénica la posibilidad de fundar una nueva medicina, que responda a una nueva definición, y que se aparte definitivamente de las viejas Escuelas médicas de la Grecia clásica, incluyendo la hipocrática, ya que todas ellas estaban lejos de desarrollar los límites de una tekhné con esta exactitud. Y especialmente le da la oportunidad a la medicina de dar un paso adelante en el desarrollo de un cierto tipo de arte que le fuera propio y exclusivo a esta disciplina, dejando atrás viejas inseguridades frente a la separación con la filosofía y sobre los roles que había que darles tanto a la episteme como a la ciencia, entre otros aspectos. Mientras que para el arte médico quedaba definitivamente estatuido el cuidado, el honor y la perfección del tratamiento (más o menos curativo).

CAPÍTULO 3. EL ARS MEDICORUM. UNA SEGUNDA FORMA DE DEFINIR LA MEDICINA.

3.1.- EL ARS MEDICORUM SE FUNDA EN TORNO A GALENO

Una segunda forma de definir la medicina, que pudiera denominarse “Ars medicorum”, si se sigue la usanza de aquella época latinizada, pasa a reemplazar a la “Tekhné iatriké”, aproximadamente entre los años 150 y 1750 d. C. Ello aparece muy ligado al aporte de una figura histórica de la medicina: Galeno, quien la representa y además constituye su hito fundacional. Esta circunstancia parece vincularse a su genialidad de asumir la novedad del arte propuesta por Aristóteles, y para realizar desde ella un trabajo más completo que el de los demás médicos. Hay que recordar que durante aquel período cultural, Aristóteles se había convertido en el referente obligado, como se describe en el capítulo anterior. De manera que, la vena de desarrollo médico propuesta por Galeno, para el progreso del Ars medicorum, ligaba el aumento de la eficacia médica a un cambio intelectual, entrelazando filosofía y ciencia a la manera de Aristóteles. En otras palabras, y desde un punto de vista más genealógico, se podría decir que Galeno ofrece la mejor solución a una medicina que se supo ajustar a las exigencias metafísico-analógicas, de aquel período, que abarca desde la Grecia clásica hasta la época clásica, proporcionándole gran parte del sostén ideológico que la medicina del Ars medicorum necesitaba para mantenerse vigente durante ese tiempo. Se podría decir entonces que el cambio producido en la definición de medicina, luego del agotamiento de la propuesta griega, se da respetando los límites analógicos y a través de la influencia de Aristóteles sobre Galeno.

En todo caso, no debiera creerse que este o cualesquier otro cambio de definición ocurren según fechas determinadas, ni que aquello se da en un período o época culturalmente

homogénea. Tal como sucede en este caso, en que tanto el momento en que se produce el cambio, como cuando finaliza su vigencia, van a quedar más o menos indeterminados y que el período del Ars medicorum es una época bastante convulsionada. La declinación de la Tekhné Iatriké coincide con las postrimerías de la cultura griega, con el impacto de la romanización y con la llegada del helenismo. Durante todo ese período de tiempo se edifica una alternativa médica incompleta, la que Galeno logra finalmente bosquejar, para que sea desarrollada posteriormente, durante siglos de trabajo. Igualmente y durante la vigencia del Ars medicorum ya se preparaba el nuevo tipo de mentalidad que reemplazaría a la analógica, según Laín a partir del siglo XI comienzan a entrecruzarse elementos que así lo señalaban (Laín, 1978, p.192). Y en tal sentido, se podrían distinguir al menos, dos sub-etapas del Ars medicorum, la primera “fundacional” y la segunda de “declinación”, según su vinculación al auge y al decaimiento analógico respectivamente. En otras palabras se trata de dos etapas evolutivas de la mentalidad medioeval, que no han sido valorizadas como corresponde, y que no han recibido la importancia debida, corresponderían a la perspectiva de mutación del pensamiento analógico. En cambio, hasta ahora el peso explicativo se lo han llevado las formulaciones más clásicas, que son generalmente de índole descriptiva, a pesar de su nivel oficioso respecto de la definición oficial. Sin embargo ellas son las formas preferidas por diferentes historiadores de la medicina, para definir aquella medicina, incluso por sobre la unidad del período como Ars medicorum, dejando como consecuencia la dificultad para entender el desarrollo disciplinario. Tal como es el caso de P. Laín Entralgo, por ejemplo (1978, pp.139-303). En otras palabras, una adecuada comprensión de este período parece requerir una revisión de todos los factores que intervinieron en el cambio de la definición de la medicina como Ars medicorum. Y desde luego, de una adecuada valoración de los aspectos oficiosos, los que dieron la peculiaridad a este tipo oficial de medicina, que además interactuaron y se complementaron entre ellos, y que hoy aportan ciertos niveles de comprensibilidad a la evolución de esta etapa. Entre ellos habría que incluir los tres períodos de la medicina antigua o humoral: el “sacerdotal, el mágico y el proto-científico”, a pesar de que no existan medicinas que se autodefinieran con estos apelativos sino como arte (Ars). El primer período (sacerdotal), correspondería con el auge analógico del Ars Medicorum, mientras que los siguientes

(mágico y proto-científico) se vincularían al período de declinación. Lo que no significa que cada uno de ellos no gire en torno a su propio afán, de carácter más oficioso que oficial, para dar su respuesta, ya fuera esta médico-sacerdotal, médico-mágica, o médico-proto-científica. Siempre en el marco de una perspectiva aristotélica, que fue asumida y consolidada por Galeno (s. II d. C.).

Y de esta manera la propuesta de aquella legendaria figura pasa a constituirse en una guía para comprender aquel período, en un faro de referencias, o en la columna vertebral de una época de la medicina definida oficialmente como “Ars medicorum”. A través de su concurso pudo madurar esta opción durante varios siglos, aportando una nueva tradición sobre el concepto de Arte (o Ars) médico, en los límites de un significado productivo, propuesto por Aristóteles. Mientras que paralelamente también lo hizo el concepto de tekhné, el que se asoció cada vez más a lo artesanal. Y aunque se podrían reconocer algunas influencias de la Tekhné iatriké hasta el siglo XVIII (op.cit., p.80), aquello no quiere decir que estas influencias fuesen de gran influencia, de hecho la reformulación de Galeno hace que la tekhné quede en un papel secundario y relegado debido al desarrollo del Ars medicorum. Es decir que, por medio de aquel tipo de Arte (médico) inspirado en la profundización de la mentalidad analógica y especialmente en el respeto al sentido productivo propuesto por Aristóteles, la Tekhné iatriké se ve sobrepasada. De allí que cada autor médico que haya contribuido al desarrollo de este período, necesariamente tuvo que plantear su posición frente a la amalgama galenico-aristotélica, como lo muestran innumerables planteamientos en contra o en su defensa.

Se podría decir que el aporte de Galeno fue acentuar la línea del naturalismo aristotélico, con un tipo de explicación fisiológico-anatómica, para quedar situado en la vertiente opuesta a la hegemónica influencia del cristianismo de aquel entonces (y su medicina sacerdotal). Además y entre otros aportes significativos, él propone abandonar la hipocrática cocción de la dieta para un segundo plano, para darle paso a un conjunto de interpretaciones naturales que integraran más funciones corporales a la comprensión médica. Como el paradigma de un supuesto “pneuma”, que organizaba la actividad física y mental desde la nervadura, sobre la base de impulsos de aire. Y de esta manera, no solo se

alcanza el final de la medicina griega, la que él hace suya de una manera crítica, sino que él mismo sabe agregar la lección filosófica, de Platón, Aristóteles y los estoicos (op.cit., p.64), para perfeccionar el diagnóstico con la ayuda de las esencias, concibiendo especies y géneros de patologías (op.cit., p.119). Para ello, él aprovecha la virtud romana del ordenamiento pragmático y ecléctico, sistematizando el conocimiento médico con las más diversas herramientas, como por ejemplo, la clasificación que apela tanto a intensidades como a categorías aristotélicas (como el acto y la potencia). Y al mismo tiempo perfecciona una doctrina etiológica (causas), la que va servir de canon a toda la medicina ulterior, adaptando a su modo la doctrina aristotélica de la causa a la doctrina del pensamiento médico precedente (op.cit., p.104). Aún más, se podría decir que él recurre a la causalidad aristotélica para desarrollar una doctrina etiológica (op.cit., p.104), que sea capaz de combinar causas externas (como el frío), con otras internas (como la sensibilidad al frío), para explicar el comienzo de una enfermedad. Por otro lado, se vale especialmente de la anatomía y de una manera más relevante que hasta esa fecha, aportando conocimientos anatómicos, perfeccionando la especie morbosa, gracias a la influencia del pensamiento lógico de Aristóteles en la materia (op.cit., p.118). Para eso corrige la anatomía propuesta por este último autor, y que estaba vigente entonces, usando cadáveres de animales (op.cit., p.76). Hay que recordar que Aristóteles tiene el mérito de haber comenzado la anatomía general y la comparada (entre especies). Además, Galeno realiza el estudio anatómico de los órganos y hasta del corazón como centro vascular (op.cit., p.74). Dando como resultado la fórmula galénico-aristotélica que tanto hubo de influir en el largo camino que la medicina (como *Ars medicorum*) siguió hasta el siglo XVIII de nuestra era.

Y de esta manera, durante la primera de las etapas de este período, la que se conoce como medicina Sacerdotal, el esfuerzo de ella apunta hacia la crítica de Galeno y su *Ars aristotélico-productivo*. Un esfuerzo crítico en el que toma una especial relevancia la búsqueda de un supuesto factor herético o anti-religioso de teoría galénica, y con ello, gracias al poder de este estamento social, lo que se logra más bien es difundir las ideas combatidas. Más que erradicarlas, se produce así el efecto de convertir a esta medicina una más cosmopolita, donde intervienen diferentes autores y escuelas dispersas por el mundo

medieval. Surgiendo una postura menos temerosa de la *physis* y más pragmática que la *Tekhné iatriké* anterior, tal como ha querido subrayarlo aquella redefinición de la medicina como *Ars medicorum*. La que por medio de este expediente logra que la decadente medicina griega de aquel entonces adquiriera una nueva forma, mas bien romana (o greco-romana si se quiere), de reorganización y perfeccionamiento, recogiendo los valores organizativos de la cultura reinante durante el siglo II d. C. De modo que, para llevar la *Tekhné iatriké* hasta el *Ars medicorum*, de acuerdo estos nuevos imperativos y su forma de entender el mundo, la medicina tomó una evolución particular, que la diferenciaba de la practicada en el período que terminaba en cuanto a sus objetivos, prácticas, métodos, etc. Pero esta evolución no podía estar exenta de sobresaltos, dramatismos y tensiones, principalmente debidas a las consabidas intolerancias religiosas propias de aquel largo período cultural. Porque a la definición de esa medicina, como *Ars medicorum*, nace en una época de intolerancias, a la que todavía le quedaban por resolver muchos otros avatares, incluso en el ámbito de esta primera etapa de auge.

En un breve vistazo al resto del primer período, destacan otros hitos, aparte de la coincidencia entre el factor político del auge romano y la consagración del *Ars medicorum* de Galeno. A la caída del imperio romano de occidente se produjo una suerte de estancamiento en el desarrollo de la medicina, y una cierta involución en el papel que ella había alcanzado con Galeno, y por ende el apoyo galénico a la definición del *Ars medicorum* pareció desdibujarse. Influyó en ello el paulatino aumento del poder de la Iglesia Católica, como fuerza reorganizadora de occidente. Esto se hace más evidente durante el período de cambios ocurridos desde el helenismo en adelante, y que alcanza (con menor fuerza) hasta la época clásica. Y en esto les cupo un rol importante a la larga y estéril lucha del cristianismo, y su medicina sacerdotal, en contra Galeno (y Aristóteles), cuya necesidad quedó en evidencia cuando varios siglos después, se tuvo que reconocer la importancia de este autor, en un momento en que el *Ars medicorum* ya venía en decadencia. Pero aquella lucha trajo sus consecuencias, y cobró su precio, durante el primer período del *Ars medicorum* la medicina retrocedió hasta una situación inconfortable, quedándose en un nivel menor al de la previa medicina hipocrática. En otras palabras, esta disciplina tuvo que

correr por caminos peligrosos, habiendo perdido la nitidez de su identidad, en la dispersión de sus conocimientos y hasta de sus responsables, incluso en la proliferación de supersticiones pseudo religiosas, en lo que Lían llama un nivel pre-técnico (op.cit., p.187).

En esa sub-etapa sacerdotal sobresale, como un hito del momento inicial del período, la negativa y decadente medicina “cristiano-bizantina” (s. IV), con sus censuras y su fundamentalismo religioso. A la que le va a seguir una etapa de mayor mediocridad aún, aunque más auténtica, que es conocida como la verdadera medicina “sacerdotal”, que también ha sido llamada de las “abadías” (s. V al XI). Más interesada en transformar al médico en otra de las ayudas para la obsesiva obra salvífica medioeval que en su misión curativa. Se trataba de traer el bien sagrado al mundo, sin importar mayormente la perfección del *Ars medicorum*. No hay que olvidar que durante la edad media la cultura reinante parecía obnubilada con el tema religioso. Y aunque Laín afirme que el motivo central de ese período fue cristianizar a Galeno (op.cit., p.213), lo cierto es que las energías para desarrollar la medicina se desaprovecharon, ya que se perdió el ímpetu del helenismo por desarrollar las ciencias como la anatomía, o el interés de ese período por la especialización médica. En cambio, todo ello se vio frustrado por una obsesiva lucha en contra de los aspectos heréticos de la obra de Galeno. Una lucha contraproducente, a juzgar por sus consecuencias, que trata de someterlo por la fuerza de la moralina cristiana, y que a fuerza de estudio y crítica terminó por consagrar y difundir justamente dicha obra. Además, es justamente durante esta época, de la medicina de abadías, y debido a las dificultades de definición médica, como de la evolución del concepto de arte, cuando se discute la cuestión poco eficaz sobre el lugar dónde clasificar a la medicina. Un asunto que pudiera tener cierta relevancia desde la perspectiva de la definición de esta disciplina, y si se supone que ella misma incide sobre el quehacer médico cotidiano y viceversa. Se discutía entonces si dejarla o no en el plano de las “artes menores”, atendiendo el hecho de que ella no pertenecía a las “siete mayores” (Capella) (op.cit., p.188), o bien si ella era una “filosofía segunda” (Boecio, San Isidro) por usar de todas las artes, o incluso si se debía darle el honorífico título de la “octava arte” (Escuela Palatina de Aquisgrán) (op.cit., 1978, p.189). Como se verá se trata de asuntos mas bien periféricos, que no interesan mayormente a la

perspectiva de alguna eficacia médica, o que al menos no aportan al desarrollo de su misión, pero que si tenían interés desde una trinchera analógica, como de la escuela filosófica de la escolástica.

Sin embargo, aquella angustiosa primera etapa (sacerdotal) del período de vigencia del *Ars medicorum* termina por fin, y gracias a la sensatez que trae la irrupción cultural arábigo en occidente, aunque el *Ars* ya no tuviese la acentuación productiva y esencialista con que Aristóteles quiso subrayarlo. Pese a todo, esa influencia cultural logró reintroducir nada menos que a la medicina galénica, logró el re-descubrimiento de la medicina hipocrática, e incluso revalorizó los fundamentos filosóficos de los olvidados grandes pensadores griegos clásicos. Se trata de un asunto que no deja de ser importante, como lo señala el mismo Laín Entralgo, debido a que aquel trasvasije cultural dejó sus consecuencias por doquier. Las que, en el caso de la evolución de la Medicina, se pueden demostrar de muchas maneras. Por ejemplo, una de ellas, muy pedagógica y elegida por ese autor, es la evolución en el uso de una de las palabras claves de la medicina griega: la “dinamis” (fuerza). Dicha palabra terminó aboliendo el uso de la palabra griega por otra latina: “vis”, pero habiendo pasado previamente por el concepto árabe de “qum” (op.cit., p, 252). Algo semejante pudo pasar con el concepto de *Ars*, el que estaba ya bastante lejos del rol productivo, incluso de algún papel efectista colado en el íter tanto. Ya que con el sesgo arábigo el *Ars* adquirió una forma más parecida a la “etiqueta”, quizás si debido a que el arte islámico posee un especial refinamiento en tal sentido, como lo señala la importancia que se le otorga a la decoración, como una de las exigencias principales de sus artes plásticas. Y desde luego que le cabe, en esa cultura, un lugar diferente al *ars* aristotélico y hasta galénico. De manera que, y como lo señala Laín, este tipo de temas revela el gran vacío de conocimientos que se asocia a estos interrogantes. ¿Cuánta riqueza conceptual se habrá perdido en la evolución del arte médico con cambios como estos?, ¿cuántos matices, sentidos, acentuaciones y hasta significados han dado origen de manera más o menos azarosa a nuestras actuales convicciones, luego de un sin número de cambios como los citados?. ¿Cuánto de aquello determina nuestra actual forma de tomar la medicina moderna y hasta la modernidad?. Es un asunto del que por supuesto deberíamos de hacernos eco.

Si volvemos a la evolución del Ars medicorum, podía observarse que a partir del siglo XI, y junto a los nuevos mandatos culturales (autoexigencia, arabización, racionalización y secularización), surge una segunda etapa de este período, que podría llamarse de decadencia de esta definición, con relación a la atenuación del espíritu analógico (op.cit., p.192). Para entonces, vino un período más mesurado y edificante en la reconstrucción de la medicina occidental, lo que le devuelve al Ars medicorum la posibilidad discontinuada de retomar su desarrollo. Solo que esta vez con el acento y los aportes de aquella cultura árabe, que traduce y reinterpreta el olvidado saber griego occidental (s. IX al XIV). Logrando así que se ponga otra vez de manifiesto el ubicuo aporte del Galenismo, esta vez inspirando a las recientemente creadas escuelas de medicina, como a la conocida Escuela salernitana (op.cit., p.195), por ejemplo. Lo que a su vez permite que, hacia el término el período fundacional del Ars medicorum, la medicina encuentre una fórmula o acuerdo de cohabitación cristiano-galénica. Ayuda en esto la evolución del cristianismo, el que se ha tornado más tolerante y menos reduccionista, aunque todavía es muy poderoso (hay que recordar que pronto comenzará la época del Santo oficio o Inquisición). Y a partir de esta situación se podrá volver a revalorizar el aporte hipocrático-galénico, la libertad suficiente para traducir a los clásicos, inclusive la re-consideración del prestigio perdido por el Ars medicorum. Para sortear de la mejor manera la más difícil de las pruebas que enfrentó el Ars medicorum, como fue la larga lucha para sobrevivir frente al más radical de los cambios acaecidos: el cambio de la mentalidad analógica.

3.2.- MAGIA, PARACELSO Y ARS MEDICORUM.

Con este cambio de acentuaciones culturales se abre una nueva y larga etapa para el Ars medicorum, que va entre los siglos XIII al XVII, durante la cual se advierten también algunas sub-etapas que son citadas por Laín Entralgo, y que según su parecer caracterizaban a la “Medicina antigua” (op.cit, p.60-66). En este caso aquellas etapas también podrían inscribirse como formando parte de un período al que se ha venido en llamar de declinación, o de preparación para el siguiente estado de la definición de medicina. Durante este período renacerá la perdida influencia de Aristóteles, como la

tuición de Galeno, sobre el desarrollo de aquella medicina, dada la menor presión de parte de la sensitiva y celosa Iglesia Católica. Ahora, tanto este filósofo, como el mismo Galeno, recibían una segunda oportunidad en la consideración de la nueva clase intelectual europea, más ligada a la burguesía laicista, que replanteaba los fundamentos humanistas. De esta manera se agrega a las turbulencias del período una situación de conflicto cultural, tal como lo cita el historiador L. Geymonat, quien señala que durante el siglo XIII, y con el redescubrimiento de la Metafísica de Aristóteles, a través del comentario de Averroes, se provocó una de las crisis mas profundas de toda la historia del pensamiento (1998, p.183).

Dada la importancia de aquel momento, convendría hacer un paréntesis sobre la influencia de Aristóteles en el pensamiento del siglo XIII. Lo que se hace más evidente al considerar la situación de una de sus obras: la “Física” (filosofía de la naturaleza), un cuerpo doctrinario que hasta entonces era considerado como el telón de fondo para cualesquier discusión naturalista de la época, y como un centro de referencias obligadas, tanto para sus defensores como para sus detractores (de lo que también se nutría el *Ars Medicorum*). Como pareciera comprobarlo el papel que tuvieron las maratónicas discusiones sobre esta obra, hacia el inicio de las actividades en las dos Universidades más importantes de la época, esto es en las Universidades de París y de Oxford. Las que de hecho fueron copadas por estudiantes franciscanos, como parte de una estrategia que tenía el propósito de “detener la avalancha del Aristotelismo” (Gaymonat, 1998, p.183). Una situación que nuevamente afecta la propuesta de Galeno, la que además y para entonces ya estaba algo avejentada. Sea como sea, y participando como uno de los más afamados docente de una de esas universidades (Oxford), se encuentra un pensador que podría representar y ejemplificar la critica situación del momento, se trata de Roberto Grosseteste, con su posición hasta cierto punto crítica pero al mismo tiempo dependiente frente a Aristóteles. Como lo señala J. Bolzán, al tener como referente el aporte científico de Aristóteles, el escenario de la época se clarifica con la obra de Grosseteste: “*Summa Physicorum*” (SP), y su resumen comentado de los ocho libros de la Física de Aristóteles (Grosseteste, 1972, p. 10). En esta obra se observa con que fruición se seguía pensando, en las postrimerías del siglo XII (año 1170), en y desde Aristóteles, dando casi lo mismo si se era contrincante o defensor. En

otras palabras, el ensayo de marras podría ser considerado como una muestra del marco cultural general para la situación intelectual de la época, mientras que señala el límite de la vigencia Aristotélica respecto del pensamiento naturalista de la época, y de sus posibilidades especulativas que parecieran sobre-ordenar la naturaleza.

Tal es el caso de esta *Summa Physicorum* de Grosseteste, la que parece resumir, más que atreverse a discutirle al maestro, algunos aspectos de su sistema, intentando ofrecer una (teoría) metafísica sobre “la luz”, como la mejor forma de comprender el legado aristotélico (op.cit., p.22). En el comentario del libro primero por ejemplo, cita los principios de la naturaleza como ente móvil, incluyendo los principios de la generación, del paso del no-ser al ser. De la materia (primer principio), como aquello que permanece en lo generado. De toda potencia, conocible solo en cuanto tenga forma (segundo principio). De la forma como principio del cambio, que está en potencia en cualesquier materia, y que no se corrompe. Y de todo aquello se podría sostener la posibilidad de una primera materia, como de una primera forma. Aunque para Grosseteste, la primera materia no es potencia pura (Aristóteles), es posibilidad de replicación de la luz, en lo extenso (op.cit., p.26). Porque según su análisis, los planos de realización de la luz la indican como una replicadora de la realidad, o como la dadora de formas. Algo semejante ocurrirá con su análisis de la naturaleza, como principio del movimiento y del reposo, lo que toca más de cerca el destino de la medicina. Claro que el análisis está echo sobre la base de “cuerpos sublunares”, porque en los cuerpos celestes el movimiento no cesa y por lo tanto no hay reposo. De allí se colige que las cosas naturales sean diferentes a las no naturales al poseer “natura”, esto es el principio del movimiento (op.cit., p.31). También cuando se trata la potencia y el acto, allí Grosseteste ofrece su alternativa de entendimiento a Aristóteles, ofreciendo un acto como lo que perfecciona lo imperfecto (también en la física), y una potencia como lo que es de modo imperfecto (op.cit., p.34). O bien sobre lo infinito, y si es posible una ciencia del infinito, sobre la cual Grosseteste se permite tener una razón diferente que su maestro pero para afirmar lo mismo. Primero habría que saber qué es el infinito (definir), para saber si existe, lo que es evidente, como también lo es que él está solo en potencia, y no en acto. Con cierta tentación puede esto llevarse al terreno del infinito como cantidad. Así se puede

seguir en la explicación del tiempo como medida del movimiento, tomando palco respecto de lo que se entiende del libro cuarto de la Física. Etc.

Tal como se podrá apreciar, a partir de esta breve cita sobre la ciencia natural de Grosseteste, ella se basa en una suerte de cosmovisión aristotélica, y por ende teórica, que ofrece escasos o nulos contenidos experimentales. De esta manera se desvía el análisis de la naturaleza hacia lo especulativo, o más bien hacia cuestiones opinables e indemostrables, y que en todo caso son ajenas a la rutina de contrastación científica, productiva, utilitaria, etc. Frente a lo cual no hay que olvidar que todo aquello no era sino uno de los ejemplos de la corriente de pensamiento de la época, la que venía condicionando todo evento cultural en los límites de esta mentalidad, incluyendo a la medicina de aquel tiempo. Aquel discurso, tan especulativo como polémico, no estaba orientado ni a convencer ni a conseguir alguna eficacia sino que un cierto orden comprensivo, en los límites de un ordenamiento analógico. Y de esta manera contenía en germen algunos peligros, como la relajación de la crítica de la razón, y hasta la intromisión de lo esotérico en esa búsqueda de esencias. A pesar de aquel aspecto negativo, el esoterismo también aportó un lado positivo, al permitir que el *Ars medicorum* pudiera trascender las enseñanzas de Galeno, y liberarse de aquella esfera de estériles discusiones filosóficas sobre la obra de Aristóteles. Y con ello la medicina mágica logra una doble exigencia, primero desarrollar un factor pragmático que termine de liberar a la medicina del yugo filosófico (cosa que ni aún Galeno había conseguido hacer en favor de la ciencia); y por otro lado cristalizar ciertas variantes en la acepción de *ars*, que acotaban el significado productivo de Aristóteles. Todo lo cual sucedió de manera paulatina y hacia la llegada del renacimiento.

Por otra parte, estos dos aspectos de la medicina esotérica, se desarrollan en coincidencia con un movimiento cultural que recoge y acentúa el papel del “hábito” sobre el *ars* aristotélico. Ello se da estrechamente vinculado con ciertos exitosos prototipos de *ars* surgidos en la misma época, entre los que fueron quizá si los más conocidos se puede mencionar el *ars vivendi* y el *ars moriendi* (el arte del buen vivir o del buen morir). Lo que aparentemente respondía a la necesidad de conseguir una particular forma de *ethos*, o de practica racional, al auge de una cierta autoformación espiritual, que orientada hacia la

perfección moral, al bien, o al equilibrio aristotélico. Reflejando la idea de aquel entonces sobre el significado del ars como trabajo voluntario, de autodisciplina, o de autoformación, para conducir al premio celestial. Era el camino moralmente aceptado y obligado para todos, el ars era un método de virtudes posibles de trabajar, más que una tekhné productiva. Y en ese sentido, el Ars medicorum no estuvo ajeno a esta influencia, ya que para el médico lo importante era aprender y practicar el virtuoso arte del correcto comportarse como todo un médico (el buen médico). Independientemente de sí aquello lo hacía con mayor o menor eficiencia, de sí eso llevaba o no a la verdad comprobable, o a la mejor predicción, etc. Y todo ello entremezclado con una atmósfera de magia, esoterismo, herejías, cambios sociales y violencia social.

En tal sentido, la figura que mejor recoge el espíritu de aquel tipo de Ars medicorum fue Paracelso. Él fue el médico que mejor representó la necesidades de la convulsionada medicina de la época, y su contradictoria propuesta, que mezclaba: magia, ciencia y religión. De esta manera y con su fórmula heterodoxa, que congenia diferentes aspectos, como fundamentos del nuevo quehacer médico, pasó a imponerse una nueva alternativa viable de medicina renacentista. Basada en el respeto a un ars parcialmente productivo, pero que a su vez resulta capaz de criticar la tradición, aunque ello fuera a punta de especulaciones alquimistas, astrológicas y hasta de una “scienza” química, o de la bienhechora experiencia. Este aggiornamento (la entrada de aire nuevo), es muy importante porque ofrece una alternativa a la tradición médica medioeval (Papp, 1975, p.39) del anterior Ars medicorum, aunque con ello se introduzca provisoriamente un sello mágico en la medicina, y dándose inicio a una segunda etapa, o de culminación del Ars medicorum. Habría que agregar que aquel sesgo, mágico y alquímico, está imbuido además de una atmósfera catastrófica, propia de esa época. Se trata de un momento caracterizado por grandes movimientos sociales, y por consiguiente de gran inestabilidad, el que ha sido descrito magistralmente por otro afamado historiador de la medicina: Ch. Webster (De Paracelso a Newton). Según él todas estas zozobras motivaron a la intelectualidad de la época (profundamente religiosa) a interpretar los sucesos ocurridos como resultado del término de la historia, del advenimiento del juicio final y de la simultánea llegada del

paraíso terrenal. Un asunto en el que si podía intervenir la voluntad de los seres humanos, y hasta la ciencia, con su particular tipo de conocimiento, aportando mejoras materiales (en lo que podría ser el origen de la idea modernista de progreso).

Así se instaura una interesante fase de “medicina esotérica”, un período que reclama un reconocimiento al *Ars medicorum*, es decir de la medicina definida como tal. Por ejemplo, gracias a ella se demanda de los médicos “artistas” cada vez mayores conocimientos racionales y hasta el respaldo en una cierta especialización. Lo que no es menor si se considera que hasta entonces cualesquier astrónomo o cosmólogo renacentista podía ser médico, de hecho muchos de ellos fueron educados como médicos, por ejemplo: Rheticus, Copernico, Brahe, Kepler, etc. (Webster, 1988, p.22). La diferencia de ellos con Paracelso radica en que este último tuvo una concepción rupturista, profundizando sobre el fundamento del sistema micro/macrocósmos, y manteniendo como exigencia el imperativo, poco común para la época, de una consistencia con la evidencia experimental, química o fisiológica. Sin embargo, y contrariamente a lo que pudiera esperarse, ese reclamo cultural (experimental) no fue recogido por la ciencia sino que un movimiento cultural llamado de la “magia naturalis”, cuyo propósito no era experimental sino que el de comprender las armonías internas del universo (Webster cita a Ashmole (1652), op.cit., p.120). Según Webster esa magia natural contribuyó de esta manera, indirectamente, a elevar la expectativa por la ciencia, pero principalmente dando los elementos para la renovación cultural. Y gracias a ello, como a otras fuerzas intelectuales, se consiguió finalmente un estatuto de confianza para la “*renovatio mundi*” (op.cit., p.113).

En este tipo de ordenamiento surge la imagen de un responsable, un tipo de hombre que podía dominar la naturaleza: el “magus” (en el caso de la medicina el magus-médico). Puede decirse que él era un artista especial, un contemplador de la ciencia celestial y divina, estudioso observador y expositor de las cosas divinas, figura respetada en los evangelios, nunca como brujo o conjurador, sino como sabio y sacerdote (Webster cita a Ficino (1576), Op.cit., p.109). Cuya inspiración fue obtenida de las sagradas escrituras, y corresponde a la de los Reyes magos, a Salomón, etc. Todos ellos son personajes elegidos por dios, capaces de leer el cielo (macrocosmos) ya sea para entender que nacía un redentor

en la tierra (microcosmos), como para entender otros detalles pero al mismo tiempo ellos podían actuar ejemplarmente, siguiendo al cometa hasta el hijo de dios o aconsejando moralmente, etc. Estos seres portentosos eran sujetos capaces tanto de conocer las causas ocultas como también de producir obras admirables, como la “magnalia” (el secreto y la fuerza) de la naturaleza (en este caso cita a Bacon, op.cit., p.116). Y más concretamente, a ellos se debe la fundación de las primeras sociedades científicas. El año 1560 en Nápoles, la “Accademia dei Segreti”; en 1660 la Inglesa “Royal Society” y en 1666 la francesa “Académie des Sciences”. Desde luego que este Magi podía entenderse con acentuaciones como en Paracelso. Para él el Magi se confundía con el astrónomo, quien era llamado a transferir los poderes del firmamento al individuo (cita a Paracelso (1538.), op.cit., p.106). Así, concretamente, los principios activos de las drogas eran equivalencias de esencias puras derivadas de estrellas. Tal era el exponente paradigmático del magus medicorum, el médico de aquel entonces, un ser portentoso pero poco eficaz, seductor y mitológico como no lo volverá a ser en la historia de la medicina.

Esto nos lleva una vez más al papel jugado por Paracelso, el que desde luego trascendió a la medicina, y de hecho fue mas conocido en su época por sus interpretaciones sobre las profecías cosmológicas, y cuyo pensamiento se vio atrapado en este entorno religioso-celestial del hombre. Sin embargo, su mayor legado fue la contribución a la orientación temprana y cultural del magus hacia los conocimientos de los procesos naturales, a la habilidad en la manipulación y la dirección de las fuerzas inherentes a la naturaleza, mas que al empleo de inteligencias o poderes milagrosos (cita a Paracelso, op.cit., p. 107). Para él la ciencia, basada en el experimento (como aspecto central), servía para determinar el tipo de cada cosa, esto es la relación de cada cosa con el cielo, con aquella estrella que representaba su destino (cita a Paracelso, op.cit., p.105). Se trataba de una ciencia con una visión animista de la naturaleza, la que permitía correspondencias entre el mundo celestial y el terrestre, suministrando el fundamento intelectual para la magia. Este reformador de la medicina, y del Ars medicorum, llegó a enfrentarse a Galeno, especialmente respecto de su “patología de los humores”; pero también lo hizo con Aristóteles y Platón, porque consideraba que sus conocimientos médicos eran simple retórica, ajena al reino y sabiduría

divinos, y cuya defensa era producto de un concepto de mundo degenerado por los eruditos. Además creyó firmemente que la sabiduría de dios estaba infundiéndose en su época a través de las artes manuales, como las del minero y su conocimiento experimental, quienes descubrían los tesoros de la naturaleza y los explotaban provechosamente, preparando la llegada del juicio final y la culminación de la obra de dios, con el advenimiento de un nuevo mundo. En esas condiciones ¿qué podrían decir textos que no contemplaban esta situación y que tenían 2000 años de diferencia? (cita a Paracelso, *op.cit.*, p.98.).

Todo esto autorizaba a Paracelso para romper con todas las tradiciones de las artes liberales. Pero en términos prácticos no fue más lejos que la postura que permitía su época, promoviendo los fundamentos de la nueva medicina de acuerdo con elementos filosóficos, astronómicos y alquímicos. Dejando como legado más trascendente una aproximación al paciente según un tipo de conocimiento que aspira a la sistematización y a la demostración. Y por lo tanto, el médico estaba obligado a considerar cada vez más el plano individual, debía de ser más crítico, y hasta más independiente de la religión, si ello convenía al enfermo. Según ese historiador inglés de la medicina, con ello se fomenta el abandono de la magia y la aceptación de la ingerencia científica (lo que no quiere decir que la ciencia haya hundido a la magia), pero en ningún caso de cualesquier ciencia y menos de una manera simplista. Por ejemplo, las cosmologías, el estudio de los astros o macrocosmos, siguen interesando para develar la marcha de los microcosmos del enfermo concreto, bajo la creencia de que dios le dejaba señales al hombre, de sus intenciones, en el cielo. Y justamente, Paracelso es una figura muy representativa de esta época, como de aquel tipo de médico, que como un mago o un artista virtuoso debía tener la aptitud y el cultivo espiritual suficiente como para poder leer aquellos signos celestiales, con relación a lo que ocurría en ese momento en la tierra y específicamente respecto de su paciente concreto (el cual no exigía otra cosa).

Esta actitud, estaba subsumida en un marco cultural obsesivo por la búsqueda de signos del fin del mundo, lo que a su vez hacía retomar un lugar a aquellas cosmologías basadas en el desarrollo de la nueva ciencia. Este nuevo conocimiento, que a pesar de todo era más exacto que el anterior, servía tanto para determinar el cataclismo religioso, como para

preparar la nueva llegada de Cristo, pero también para replantearse un nuevo tipo de medicina, y todo ello en forma independiente a sí se pertenecía o no a una determinada religión. No hay que olvidar que es la época de la reforma de Lutero, y que media Europa representaba el anticristo para la otra mitad. Este era el ambiente en que termina el período del Ars medicorum, aquí coincide el tipo de medicina que Foucault llama de la medicina clasificadora o pre-clínica (siglos XV al XVIII). Una medicina que Paracelso prepara para los más radicales cambios en la forma de conocer, y que estará influida grandemente por el advenimiento pre-científico de la “scienza nuova” y el mecanicismo. Es el final de una forma de hacer medicina, para dejarle el paso a la siguiente, a la medicina moderna y sus propias definiciones.

3.3.- FIN DEL ARS MEDICORUM Y DE LA MENTALIDAD ANALÓGICA

No se debe de olvidar que todo lo anterior ha sido soportado por la llamada mentalidad analógica (descrita por Foucault en su libro “Las palabras y las cosas”), y que esta ha llegado al final de su período de vigencia histórica. En otras palabras, se podría decir que ya no se podrá seguir ordenando el conocimiento de acuerdo a las “relaciones de semejanza”, lo que alimentaba y daba el respaldo tanto a la definición de Ars medicorum como a la anterior de Tekhné iatriké. No hay que olvidar que a partir de esta mentalidad se pudo sistematizar el conocimiento desde la Grecia clásica en adelante, especialmente con el aporte de Aristóteles, y que de ello se nutrieron desde Galeno y hasta el cristianismo. En ese sentido, cuando la analogía pierde su vigencia cultural, ese tipo de pensamiento deja de tener validez para amarrar las palabras a las cosas, pierde el sentido de sus juicios, ya no ordena desde sus principios lógicos, ni se aceptan sus códigos sintácticos, etc. Es decir, ocurre un acontecimiento notable, se cierra una mentalidad y su época, para dar paso a otra forma de organizar el pensamiento. Sin embargo, y a pesar de su importancia, el papel de la analogía parece no haber sido considerado suficientemente, a excepción de la notable contribución de Foucault, y su libro citado. Donde sostiene que hasta el siglo XV o XVI la semejanza (analogía) tuvo la misión constructiva del saber de la cultura occidental,

incluyendo la medicina por supuesto, bajo la forma de las cuatro figuras de “la semejanza” (Foucault, 1968, p.26). En una exposición magistral describe las semejanzas: “por conveniencia”, “por emulación”, “por analogía” y “por simpatía”.

Revisemos someramente a cada una de ellas. La primera es la semejanza por conveniencia (op.cit., p.26), es una fórmula del pensamiento que acepta que dos cosas tienen un nexo en común si entre ellas existe un contacto, una vecindad, una proximidad, etc. Por ejemplo, la hierba conviene al animal porque entre ambos hay una cierta afinidad por contacto para la comida y por vecindad porque donde hay una se observa a la otra. Pero el animal también tiene conveniencias con el hombre, al menos eso parecían indicar el hecho que ambos tuviesen sentimientos y a veces del uno por el otro. De hecho se podía argumentar que las cosas poseían conveniencias y estas se ligaban entre sí por medio del espacio. La segunda semejanza se debe a la emulación (op.cit., p.28), es decir a aquella razón que comprende que dos cosas se relacionan porque existe algún parecido entre ambas, el que se ha constituido sin intención y sin que haya habido interacción entre ambas. Como por ejemplo, por su forma las estrellas son plantas celestes en forma espiritual, mientras que la hierba es una estrella que mira al cielo. O la mente como reflejo de dios, y la boca como reflejo de Venus (sensualidad). Tal parece que las cosas podían reflejarse a distancia, un asunto que convenía tener en cuentas si se quería entender el orden del cosmos. La tercera forma de semejanza es la analogía propiamente tal (op.cit., p.30), es la más sutil de todas, por su intermedio se logran las más infinitas combinaciones y además mantiene al hombre en el centro de las relaciones con las cosas. Por ejemplo, una planta se parece con un animal puesto que ambas tienen cabeza y extremidades, algo importante al comparar el tránsito de los alimentos por ejemplo. Y esto además revela cosas relevantes, como que en el hombre la cabeza está arriba mientras que en la planta los pies están arriba. O bien que las venas son como los ríos, que el rostro tiene la misma relación con el cuerpo como el cielo la tiene con el éter, etc. Tal parece que por doquier aparecen más y más relaciones analógicas, las que van permitiendo entenderlo todo con la agudización de la imaginación, un aspecto que entregaba mucha satisfacción al magus medicorum. Y finalmente estaban las relaciones de semejanza por simpatía (op.cit., p.32) que eran aquellas que provocan acercamientos desde

la profundidad del mundo. Por ejemplo, cuando el principio de movimiento atrae por simpatía lo pesado a la pesantez del suelo y lo ligero al éter. Aunque lo contrario de la simpatía, esto es la antipatía, también tenía su papel. Por ejemplo, las rosas de duelo hacen que todos se sientan tristes, mientras que otras flores podían seducir a los amantes.

El asunto es que todas estas semejanzas creaba una cierta doctrina que podía ser conocida de antemano, porque así podían ser predichas las consecuencias, y para ello bastaba conocer las llamadas “signaturas” (op.cit., p.34-38), esto es las marcas visibles (los hechos) de las invisibles analogías (la teoría), ya que no había semejanza sin su signatura. Por ejemplo, no había lugar a dudas sobre los poderes curativos oftalmológicos de las semillas del “acónito” (la teoría), simplemente porque (en los hechos) estas semillas eran parecidas a la forma de los ojos. Y para que decir nada sobre los sujetos que tenían esta virtud de conocimiento, ellos con su aguda imaginación pudieran ser de gran utilidad, especialmente cuando lograban establecer las consecuencias de un determinado hallazgo por medio de “signos”. Signos que podían encontrarse por doquier, en las montañas, como en el cielo, en diferentes situaciones azarosas, etc. Ahora bien, todo este conocimiento interpretativo requería de un infinito proceso elucubrativo de infinitas confirmaciones, que ni la magia, ni la erudición, lograban dar cuenta cabal. Y por lo tanto, esta episteme propiciaba una idea inabarcable sobre los límites del mundo, y una desalentadora imposibilidad lógica para el conocimiento objetivo. Incluso para un conocimiento, que como el médico, quería ser práctico. Porque en realidad se operaba sobre “marcas” y sobre los secretos que esas marcas encerraban, de manera que los esfuerzos por entender las cosas estaban condenados de antemano a pasearse por una antesala del acuerdo, sin poder obtener jamás el premio de la verdad. Más que conocer se quería coleccionar signos e interpretar (op.cit., p.40) y así estar por siempre interpretando.

Un ejemplo de aquella medicina, citado por Foucault en su obra *el Nacimiento de la clínica*, hacia el final del período del *Ars medicorum* (siglo XVIII), lo presenta el Dr. Pomme. Quien la practicaba, hacia el año 1750, “sin apoyo perceptivo y persiguiendo fantasmas” (Foucault, 1966, p.2), como lo ejemplifica aquel extraño tratamiento para curar un cuadro histérico sacándole "membranas" por doquier, desde los intestinos hasta los bronquios.

¿Porqué?, porque la teoría vigente sobre la enfermedad y la salud, la estructura mental que relacionaba lo invisible con lo visible, así lo indicaba. En ese tipo de medicina pre-clínica cabía “de todo”, cualesquier cosa que de pronto pudiera aparecer ante la mirada (tipo “retrato”, según Sydenham), y sin un método de selección. De allí que se pueda afirmar que ella era una perspectiva niveladora, donde todo poseía una importancia semejante: causas, efectos, antecedentes, conjeturas, consecuencias, principios, etc. Algo inconcebible para el orden posterior del Arte médico, pero sobre el que tampoco se puede decir que sea estéril, al contrario muchos descubrimientos de la clínica semiológica pertenecen a esta época. Como por ejemplo, el enunciado con los cuatro signos clásicos de la inflamación (enrojecimiento, tumor, calor y dolor). Desde luego que el un tipo así de enfermedad tiene la gran desventaja de no poseer un espacio de proyección, ni de profundidad, donde investigar o desarrollarse.

Por otra parte, aquella medicina pre-clínica, de fines de la clínica analógica o “clasificadora”, otorgaba la mayor de las importancias a que las enfermedades se definieran por analogías, en tanto que esencias, pero ello no permitía el adecuado ejercicio del diagnóstico diferencial. Por ejemplo, para diferenciar un síncope (como episodio) de una apoplejía (como ataque) orgánico-funcional. Lo que tampoco quiere decir que no existiese entonces un diagnóstico diferencial, sino que este se hacía sobre la base de divisiones menores tales como que el mismo síncope se separaba de la apoplejía en que el primero interrumpía los movimientos respiratorios, por ejemplo (cita a Cullen (1785), op. cit., p.21). Porque durante el *Ars medicorum* el simple parentesco entre enfermedades pasaba a ser identidad, cuando las semejanzas alcanzaban una cierta plétora de analogías, es decir que aquello hacía suponer que el resultado correspondía a un orden ontológico que estaba organizando, desde el interior, el mundo de la enfermedad. Esa era la experiencia cotidiana, y así se observaba en aquella clínica, como cuando los síntomas que le son propios a una fiebre de la época, como la “cuartana”, forman una especie. Y esto último era homologable con otros géneros del saber, porque se suponía que era el orden natural el que mostraba la verdad, tal como la verdad botánica dejaba entrever que el florecimiento de las plantas señalaba su pertenencia a una especie, en tanto que ellas crecen y florecen siempre de una

manera característica (cita a Sydenham, op.cit., p.22). Hay que recordar que aún estaba vigente la idea aristotélica del conocimiento que logra hacer corresponder la idea con el objeto, aunque ello fuera ya una limitación que jugara en contra de la medicina analógica. De partida, en las condiciones analógicas de la era pre-clínica o de clínica primigenia, la enfermedad era ordenada forzosamente en familias, géneros y especies; generando con ello, además de una regla nemotécnica, una cierta “configuración” de la enfermedad. La que dejaba incluso a la localización en el organismo como un asunto subalterno, con una lógica interna que suponía desarrollos, subordinaciones, divisiones, similitudes (op.cit., p.18). Lo que no debiera de tomarse como algo estéril, ya que ello permitió sentar valiosas bases comparativas, y minuciosas descripciones semiológicas de fiebres, espasmos, derrames, catarros, etc.

En todo caso, estas penetrantes puntuaciones focaultianas sobre las analogías le dan un sentido y una comprensibilidad insospechadas al tipo de medicina practicada hacia fines del período en que aún se definía como *Ars medicorum*. Lo que incluso permitiría llamar a este tipo de medicina como de “medicina analógica”, dada la importancia que pareciera tener este factor en su vigencia histórica. Este pensamiento analógico permitió creer que la enfermedad circulaba libremente, sin leyes, ni patrones, mostrándose por el cuerpo. Primero en un órgano cualesquiera y después (azarosamente) en otro, siempre con sus designios inescrutables. Una hemorragia nasal por ejemplo, podía convertirse en hemoptisis (desgarro con sangre), o bien en una hemorragia cerebral, o sabe dios que tipo de hemorragia (op.cit., p.27). Nada la retenía en una figura determinada, salvo las simpatías y las antipatías, porque solo ellas podían explicar las posibles asociaciones en este aparente caos (ver *Las palabras y las cosas*, cap. II. pp.26-34). El organismo por ejemplo, para este tipo de medicina, poseía una comunicación simpática que unía el diafragma con los espasmos, y al estómago con las obstrucciones del humor.

Con ello Foucault permite caracterizar inmejorablemente a la mentalidad médico-analógica. Como cuando se apela a un último principio, el de “las especies” (enfermedades), las que son a la vez naturales (al enunciar su verdad esencial) e ideales (llegan a la experiencia indirectamente y gracias al desorden). Con ello se obligaba, por la verdad del hecho

patológico, a atender a la naturaleza antes que al enfermo, a lo esencial (la naturaleza) antes que a lo accidental (el paciente). De allí que Sydenham, iniciador del pensamiento médico-clasificador, considerase que el acto fundamental, en cuanto conocimiento médico de la época era el de llegar a establecer “una señal”. La que se conseguía por medio de la relación signo-señal. Ya que a través de una señal se establecía un mecanismo para que el signo se expresara. Y así, una vez señalizado el signo, este último permitía el acceso a “la esencia de la enfermedad”. Tal como se adelantó, allí el enfermo pasaba a ser lo accidental de la enfermedad, es decir lo ajeno a su esencia (op.cit., p.32). Quedando así el paciente pospuesto tras esa verdad lúdica que, se encuentra y se pierde por momentos, y que lleva por nombre “enfermedad”. En ella el enfermo es un objeto transitorio de quien se ha apoderado la enfermedad (op.cit., p.92), es algo así como un estorbo para la expresión de lo esencial. De hecho esta clínica no tiene un solo cuerpo que agrupe todos los resultados de la experiencia médica y desde luego que le falta una verdad científica. Se puede sintetizar esta idea en la frase “la clínica analógica simboliza más que analiza”. A su vez, Fourcroy (op.cit., p.107) la critica así “poco leer, mucho ver y mucho hacer, esto enseña el verdadero Arte de curar”, en vez de vanas fisiologías.

Este tipo de pensamiento médico, como es obvio, está afincado en la historia (no-ciencia) natural de la época, para la cual no contaba “la vida” como concepto (y por ende la biología), sino solo la historia natural de los seres vivos, los que se clasificaban según una taxonomía esencialista. Tampoco “lo normal” fue un concepto de aquella época, lo que no se va a mencionar sino hasta el siglo XIX, con la fisiología (op.cit., p.61). Esta circunstancia (pre-científica) es abordada por Foucault en otro de sus libros “Las palabras y las cosas” (pp.258-273), especialmente al referirse a Cuvier, anatomista de fines de siglo XVIII (un autor conocido por su aporte a la noción de organización, en la clasificación de los seres vivos, y su teoría del fijismo de las especies). Si bien su analogismo se diferenciaba del clásico al utilizar la función del órgano para indicar la organización y jerarquía de la “entidad” profunda del fenómeno de la vida, su pensamiento no abandonó el aristotelismo con su esencialismo, la causa final, etc. En todo caso, Foucault considera que gracias a su aporte la biología se hizo posible, y que también ayudó con su “anatomía

comparada” a descubrir el “espacio interior” (precursor de la noción de cuerpo). Con ambas contribuciones se ganaba una perspectiva que facilitaría las cosas para que la anatomía patológica diese su fruto definitivo en el cambio de medicina de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX. El mismo Foucault nos recuerda que el espacio donde se encuentra la enfermedad, allí es donde se localiza el mal, el cuerpo, va a ser un legado de la anatomía patológica, un aporte muy posterior del siglo XIX (op.cit., p.17) y su nueva medicina.

CAPÍTULO 4. EL ARTE DE CURAR. UNA TERCERA FORMA DE DEFINIR LA MEDICINA.

4.1.- DE LA MEDICINA CLASIFICADORA A LA CLÍNICA

Hacia comienzos del siglo XIX ya no se recibía con beneplácito los manidos tópicos tratados por la medicina analógica. Es más, ellos ya venían produciendo un cierto rechazo, tanto de parte de los médicos como de los pacientes de aquel período, dado que en la nueva perspectiva cultural estas verdades dejaban de tener cabida. En tales condiciones, el Ars medicorum-analógico había llegado al límite de sus posibilidades, debatiéndose entre: la opacidad de su discurso y las exigencias de la práctica, el interés por las esencias o la salud del paciente, la eficiencia o la mathesis, etc. Otros vientos soplaban sobre los factores oficiosos, cuestionando seriamente a la definición oficial de medicina. De esta manera y en una situación compartida por el resto de la cultura, subía el descontento y la necesidad de cambios se hacía patente en la forma de desciframiento del mundo, la que ya no apelaba al signo sino que a la explicación. Se hacía patente que los nuevos imperativos culturales ya no favorecían el fundamento analógico. En otras palabras, los nuevos aires cognoscitivos apuntaban hacia las representaciones, respaldadas por una ciencia refutable, de objetividades, de diferencias bienhechoras, etc. Así, hacia el final del Ars medicorum ya se postulaba una medicina diferente, la que podríamos llamar “pre-científica”, y que apareció de una manera algo súbita. Así y en un breve lapso de tiempo, en que se confunde el final del Ars medicorum y el comienzo del Arte de curar (la siguiente definición de medicina), se consigue una respuesta a estas últimas demandas.

Se podría decir que la circunstancia que hace de vehículo para cruzar aquel límite, entre sendos tipos de medicina, representados por las definiciones de Ars medicorum y de Arte médico, se haya en la “clínica”. La que sin participar en una nueva definición, y debido a su

aptitud para sistematizar la observación médica, actúa como una especie de espolón, que termina de hundir a la primera de las definiciones, y al mismo tiempo permite que nazca un nuevo tipo de medicina, hacia fines del siglo XVIII (Foucault, 1966, p.4). De hecho, la clínica es la que fuerza las cosas en favor de un tipo de arte asociado más directamente a una forma productiva de salud, y que supera los anteriores límites dados por la cultura analógica. Y como se ha mencionado, ello se logra en un breve período de tiempo, entre esos pocos años, los que van desde finales del siglo XVIII a comienzos del siglo XIX, y gracias a un fenómeno más asombroso todavía: el rejuvenecimiento de la percepción cultural. Porque lo que en realidad estaba en juego no era un aislado cambio de definición de medicina, sino que el status cultural que esa época quería darle a la verdad, como lo señala el esquema de Foucault sobre los “grandes bloques de voluntad de saber” (mentalidades). Recordemos que en esa sistemática la verdad viene residiendo, desde Platón, en lo que se dice, esto es en la razón (Foucault, 1980, p.16). Desde entonces la práctica de la verdad exigió un enunciado acompañado de referencias, un discurso de verdades como franquía, hasta llegar a instaurar una voluntad de verdad en occidente. Pero ello no se ponía en cuestión desde aquel tiempo, hasta la llegada el siglo XVI y XVII, cuando apareció una novedosa “ciencia de la vista”, o más precisamente de la observación (Foucault, 1966, p.126), cuya verdad requería ahora de la medición y de la clasificación, del ver y del verificar.

Tal como se estudió en el capítulo precedente, hasta entonces, hasta la época clásica, las cosas y las palabras estaban unidas por medio de la semejanza, en tanto que las palabras eran cosas que había que descifrar, puesto que las cosas ocultaban y manifestaban sus enigmas como un lenguaje (Foucault, 1966, p.43). Pero la analogía ya había culminado su período, hastiando con sus semejanza, las que ya habían dejado de seducir, contrariamente a la nueva y poderosa explicación que convencía debido a su agudeza y penetración. La representación encandilaba, debido a que la época clásica traía su propia episteme, en la que las explicaciones mágicas no tenían lugar, sino como absurdos o delirios. Se podría decir que ya a principios del siglo XVII el pensamiento había dejado de moverse dentro de los límites de la semejanza (op.cit., p.57). Incluso mas aún, a partir de entonces se

consideraba a ese tipo de pensamiento como no racional, es decir como “quimeras de similitud”. Y contrariamente, las nuevas exigencias racionales solicitaban evidencias de identidades, de diferencias, de medidas y de orden (op.cit., p.59). Justamente aquellas que la clínica se esmeraba en ofrecer. Y con ello queda en evidencia cuan poco tenía el *Ars medicorum* que decirle a la nueva manera de practicar la medicina.

Esa parece ser la importancia de la crisis médica del siglo XVIII, cuando sus paradigmas se vieron sacudidos como no lo estaban desde la Grecia clásica. Entonces se definieron también los límites para una nueva medicina, atendiendo a las nuevas expectativas clínicas que el cuerpo médico de la época aceptaba o defendía. De modo que esta disciplina pasó a redefinirse como un tipo de arte médico, diferente al *ars renacentista*, aunque todavía respetara parte de la impronta aristotélica, como por ejemplo respecto del *staus médico* como arte, establecido como algo central para la producción de salud. Este nuevo tipo de arte participaba de la esperanza que el racionalismo y la ciencia iban a traer un nuevo aporte, a través de la clínica, a la lucha contra la enfermedad. Confiando en la capacidad adaptativa de la clínica, la que había comenzado clasificando por analogías y que ahora, al agotarse aquel filón racional, continuaba clasificando pero con una mayor objetividad. Este cambio, que la formulación de Arte de curar no lo destaca suficientemente, marca una diferencia substantiva con el *ars* de la medicina anterior, porque se basa en el surgimiento de un nuevo tipo de mentalidad (médica). Y debido a ello sus resultados fueron sorprendentemente fructíferos, influyendo no-solo al interior de la medicina sino que también en la evolución de las ciencias humanas en general (como lo subraya el mismo Foucault). Por lo tanto, se puede decir que, como parte de aquel terremoto cultural, lógico, y hasta psicológico, la medicina clasificadora (clínica) permite abandonar definitivamente la cosmovisión analógica anterior.

En tal sentido vale la pena retomar el trabajo de Foucault, para comprender mejor el sentido del cambio habido entre ambas medicinas. Lo que se refleja desde el comienzo de su libro “El Nacimiento de la clínica”, donde Michel Foucault presenta el contraste de la mutación ocurrida a fines del siglo XVIII, en el seno de la medicina post-revolucionaria. Ya en el prefacio compara la mirada médica de dos facultativos, uno del siglo XVIII y otro del siglo

XIX, para abordar el cambio de rumbo que experimenta la medicina en ese período. Cambio de rumbo que desde luego queda simbolizado en el Nacimiento de la clínica. Y para ello compara dos textos, el del citado doctor P. Pomme (*Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 1769) y el del moderno facultativo A. Bayle (*Nouvelle doctrine des maladies mentales*, 1825). El primero curando sin apoyo perceptivo, sobre la base de viejos mitos; y el segundo describiendo lesiones con precisión cualitativa (op.cit., p.2). De manera que una portentosa pregunta recorre ese texto: ¿qué ocurrió entre ambos médicos, o mejor dicho, entre ambos tipos de medicina, separados por apenas 50 años?, ¿qué produjo un cambio tan revolucionario como este, que en tan corto tiempo tuvo tanta importancia estratégica para incidir en la constitución de las ciencias del hombre como objeto de saber positivo? (op.cit., p.277).

Tal como pudiera esperarse, este salto no hubiera sido posible sin una paulatina preparación durante el último período del *Ars medicorum*, especialmente durante los siglos XVI al XVIII, cuando se deja atrás la época clásica, con su especulación e imaginación. Y solo a partir de entonces, se puede sostener que otro horizonte pasó a preocupar al médico, ahora subyugado por una nueva y poderosa posibilidad de curar más y mejor. En ese sentido el concepto de enfermedad debía responder a otras exigencias prácticas y académicas, por ejemplo debía ser enteramente enunciable en su verdad, marginándose de hacer comentarios “artísticos-irrelevantes” al nuevo tipo de voluntad médica, y a su pretendida eficacia. En esa situación, y frente a la acometida primero del diagnóstico y luego del tratamiento moderno, el anterior aporte especulativo pasa a ser una rémora, un anacronismo. La revolución es total, aplastante, y súbita, virtiendo el trabajo de varios siglos previos, vinculado al cambio en la estructura del pensamiento en general, estudiado por Foucault en la mencionada relación visible-invisible. En suma, se puede decir que la razón habría reemplazado a la imaginación del período anterior y la percepción a la especulación.

Aquella mutación de perspectivas, que cruzaba toda la cultura occidental de aquella época, queda reflejada en uno de aquellos vanguardistas intelectuales que permitieron el cambio de mentalidad. Se trata de Gianvattista Vico, un contemporáneo del doctor Pomme, que a

mediados del siglo XVIII participa del nacimiento de un nuevo espíritu: libertario, autónomo, y basado en la razón. Y aunque ambos exponentes sentían el peso de la tradición religiosa, y de su dependencia espiritual, cada uno cortó estas cadenas a favor de una nueva actitud cultural. Vico, por ejemplo, tuvo la aspiración de crear una ciencia que buscara el orden de la historia bajo la tuición de la razón, más allá de que estuviera o no la “voz de dios”, o la “providencia”. Sin olvidar que él mismo consideró a su obra como una “teología civil razonada de la providencia divina” (Vitiello, p.47). Sin embargo, el aporte de este pensador se debe a su empeño en fundamentar una ciencia de la historia, o más bien del orden que subyace a la historia, como lo refleja su célebre libro “scienza nuova” (el año 1744), cuyo nombre dará la idea motriz al próximo período. Más allá de sus contradicciones, propias de la generación de sistemáticos del siglo XVIII, Vico ha quedado como otro de los ejemplos de aquel grupo que buscó con ahínco la mathesis (ciencia de la medida y el orden) universal. Un principio del saber universal, que incluyera el conocimiento de lo divino y lo humano, y que consideraba a la ciencia y la historia como dadas en una sola disciplina. En tal sentido Vico es un buen ejemplo de los personajes intelectuales que intervinieron en aquel estado intermedio de cosas, como también lo es el Dr. Pomme, los que permitieron dar el siguiente paso hacia la modernidad cultural.

Como se verá, el factor decisivo para que ocurriera este cambio pareciera estar vinculado una vez más al nuevo trato que se le tenía que dar a la verdad, y en el caso de la medicina, a la importancia que ello tenía a la hora de enfermar. Porque, entre otras cosas, de ello dependía la suerte del diagnóstico, y por ende la consolidación del naciente Arte médico. En tal sentido habría que considerar, la llegada del Arte médico como una consecuencia lógica, o epistemológica, que obligó a dejar atrás a la anterior mentalidad analógica, por sus inadecuados condicionamientos teóricos. Con ello se impedía, entre otras cosas, que la medicina clasificadora (el *Ars medicorum*) continuara desarrollando el modelo de “libertinaje” gnoseológico de la enfermedad, lo que ya venía dificultando cualesquier sistematización. Condillac señaló que la clínica constituía la nueva “mirada, diferencial y calculadora”, con la cual la medicina cambiaba el paradigma que la venía orientando por siglos. Además, ello se dejaba atrás el influjo del virtuosismo artístico, para optar por un

conocimiento por comprobación, por la articulación de un orden subyacente, por convertir la incertidumbre en certeza aislable y calculable. A partir de entonces se abre para esta disciplina la investigación y la posibilidad de la ciencia, dejando la impresión que ese factor por sí solo bastaba para hacer de ella otra cosa. Desde ese momento, la posibilidad de pasar a compartir parte del progreso científico actúa como un acicate al interior de la medicina, considerándose de la mayor dignidad el aspirar a ese “lenguaje bien hecho” de la ciencia. Ahora, hasta la naturaleza y el mismo cuerpo deberán de entrar en el orden científico (Foucault, 1968, p.61).

Así, con la articulación de un paradigma sintético de lo vivo, terminaba la pesada influencia del mecanicismo, aquella que había instaurado la taxonomía y su hipótesis de la transformación evolutiva inter-especies, como también la estéril perspectiva de clasificación por asociaciones de caracteres puramente externos (ocurrenciales). Es decir, de aquel viejo asociacionismo que combatió Cuvier, ejemplificado en la frase que cita Foucault de Paracelso (1559): "los hombres descubrimos lo que está oculto en las montañas por medio de los signos y de correspondencias exteriores" (Foucault, 1968, p.40). Foucault postula que a partir de allí se produjo un viraje, ya que en dos generaciones médicas se barre con el antiguo paradigma, en una suerte de mutación esencial en el saber médico. Y así la clínica se reconstituyó, pero atendiendo a un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable. Con una nueva mirada que incluía una también novedosa distribución de los elementos del espacio corporal (por ejemplo con un aislamiento del tejido, el que ahora aparece como “superficie interior”). Pero principalmente se reorganizan los elementos constitutivos del fenómeno patológico. Es decir, más que en una “botánica” de síntomas anormales, como ocurre con la medicina clasificadora, aparece ahora una “gramática” de signos patológicos. La articulación de las enfermedades tiene como referente al organismo sin tener que recurrir a las llamadas “figuras lógicas”, para fundamentar el “ser de la enfermedad” (Foucault, 1966, p.14).

La solidez de la medicina que nace se basa en ese entramado que lee lo importante, sin distracciones. Mientras que la clínica es un solo cuerpo doctrinario y poderoso, basado en su complejidad y coherencia, donde podían resumirse: experiencias, análisis y enseñanzas.

La proto-clínica, a diferencia de la clínica, tenía un particular sesgo para incluir casos que se adecuaban a la instrucción (Foucault, 1966, p.91), con poco interés en ser abierta o especializada. Obviamente que la comparación favorecía a la segunda, si el fin es el progreso de un modelo de medicina perfeccionable y capaz de acumular experiencia médica. En otras palabras, la clínica con su empirismo (nótese su insito rechazo de la teoría y sus sistemas), deja venir silenciosamente las cosas bajo la mirada, reorganizando el discurso médico pero, sobre todo, aportando un lenguaje sobre la enfermedad y una estructura común, para que desde entonces los médicos puedan cortar y articular lo que ven y lo que dicen (op.cit., p.14-15). El hecho de la causa es que aparecieron los principios fisiológico-científicos, fundando un tipo particular de percepción que es llamada clínica (propriadamente tal), como conocimiento pormenorizado y hasta encarnizado en la descripción de detalles ordenadores. Pero, ¿en qué se apoyaba toda esta estructura clínica?. Foucault cita a Condillac, uno de los fundadores de esta nueva medicina, atribuyéndolo a un análisis particular, capaz de descubrir un signo a partir de un síntoma. De manera que, si lo percibido es el síntoma (tos, fiebre, ictericia, etc.), este no tiene en si gran interés, porque su valor está al servicio de una señal para desenmascarar la verdad de la enfermedad, y sus intenciones futuras. Se trata de convertir al síntoma en signo, esa es la señal (op.cit., p.131), y para hacerlo, para que un síntoma se convierta en signo se requiere de la mirada especial que menciona Condillac. Una mirada que sea espontáneamente diferencial y calculadora, que atienda a la diferencia como a la simultaneidad, y a esta como a la frecuencia (op.cit., p.137). Se trata de emular el lenguaje científico que según Condillac es “lengua bien hecha”. Es, en otras palabras, se trata de la llegada de la fría modernidad.

Este es el momento en que la medicina suspende su purismo por el arte, aunque se sigue definiendo como tal porque la perspectiva aristotélica de la producción es lo suficientemente amplia como para incluir a la última también. Sin embargo, de ahora en adelante su fin será compatibilizar el arte con la búsqueda de alguna de las posibilidades de orden subyacente. Para ello la medicina moderna compondrá y descompondrá diferentes ideas según diferencias y cálculos. De este nuevo método surgirán otros problemas como el de la medicina como conocimiento incierto, frente a las ciencias físicas y matemáticas con

sus certezas. En todo caso ese “defecto” se aminorará bajo el tipo de pensamiento de un Laplace, por ejemplo, para quien la medicina descubre que la incertidumbre puede ser tratada analíticamente como la suma de cierto grado de certeza aislable y susceptible de cálculo riguroso (op.cit., p.141). Es una transformación conceptual decisiva que abre a la investigación un dominio que puede ser comparado con un conjunto, y que permite situar a los acontecimientos y hasta medir sus divergencias, o sus series aleatorias. En una palabra, es la medicina que deja paso a la ciencia. En contraste con la anterior medicina (de las especies), cuando la naturaleza de la enfermedad y su descripción correspondían por medio de un intermediario (el cuadro). En la nueva clínica ser visto y ser hablado se comunican sin tropiezos, y el curso del tiempo ocupa ahora el espacio plano de la medicina clasificadora previa. Foucault vuelve a apoyarse en las palabras de Condillac: analizar es observar, en un orden sucesivo, las cualidades de un objeto, para darle en el espíritu el orden simultáneo en el cual existen, orden que ofrece la naturaleza al presentar los objetos.

Y con ello definitivamente ya no se responde a la misma perspectiva que el *Ars medicorum*, el que ya se ve en lontananza de la historia médica como una curiosidad. Ahora se requiere de una definición que relativice el papel del arte y lo someta a la finalidad de curación, porque el Arte de curar parece ser la alternativa de solución. La enfermedad se ha escapado definitivamente a la estructura visible/invisible y ahora posee otra estructura, con una multiplicidad de síntomas que significan sentido. Verdad y lenguaje devuelven el tiempo, ambas forman ahora una sola cosa. La naturaleza y el tiempo, la esencia de la enfermedad y el síntoma-signo, ya no son cosas separadas (op.cit., p.139). En clínica como en cualesquier análisis la armazón de lo real está dibujada de acuerdo con el método del lenguaje. La mirada médica y la reflexión filosófica suponen iguales estructuras de objetividad, y allí el ser se agota en manifestaciones (significante-significado). Lo visible y lo manifiesto se unen en ese momento en identidad, “el mundo es la analogía del lenguaje”.

En resumen, al comparar puntos de vista entre la medicina clasificadora y la medicina clínica, cuatro puntos resultan de importancia: el interés que mueve a cada una; la analogía usada; la actitud frente a la frecuencia; y la probabilidad como fuerza argumental. Mientras

que la medicina clasificadora se interesa por las esencias, la medicina clínica prefiere las combinaciones de los elementos. Cuando la primera usa formas identitarias con realidades mixtas, la segunda escoge elementos funcionales sobre la base de figuras complejas. Cuando la medicina pre-clínica requiere de un observador normativo, la medicina clínica recurre a la probabilidad más numerosa. Y finalmente cuando la medicina clínica le asigna a la probabilidad un papel como grado de certeza, la medicina clasificadora no le asigna mayor importancia a la probabilidad. De manera que al optar por la clínica, el arte médico se encuentra, sin proponérselo, en medio de la modernidad. Con todo lo que ello significa, como las exigencias de certezas, por ejemplo. Se trata de una situación que no fue buscada por ella misma, sino que vino desde fuera, de la evolución de la mentalidad occidental, donde obviamente ella también está inmersa. Y porque, como toda la cultura occidental, la medicina estaba en una incómoda situación si pretendía buscar certezas allí donde tradicionalmente se venía usando un tipo de razón analógica. Para entonces su desafío, como el de toda aquella época, fue el de encontrar una nueva metafísica que le permitiera enfrentar las exigencias de nuevas verdades de “representación y certidumbres”.

Entonces, y en este marco general, convendría detenerse en al menos tres situaciones, o factores oficiosos, que ayudan a entender el cambio de definición de medicina del “Ars medicorum” al “Arte de curar”. La primera de ellas alude al significado que el arte médico otorgó al cambio de la era analógica, a la evolución modernista del concepto de arte y al de ciencia, como a las repercusiones de todo ello sobre una siguiente definición de medicina. La segunda se refiere a la innegable impresión de una cierta discordancia entre un aparente y discreto cambio en la definición de medicina, frente a un enorme salto cultural en el que se fundamentaría dicho cambio. Y la tercera es el papel jugado por la declinación de la metafísica aristotélica frente al auge kantiano. Sobre el primer aspecto, parece evidente que el cambio de la mentalidad analógica por una “modernista” haya traído algunas consecuencias de importancia sobre la medicina, pero que obviamente la clínica no era la indicada para aquilatar. Las que incluso hoy resultan difíciles de valorar en cuanto al interés de su aporte, a su proyección, a su rol histórico, etc. Ya que la pérdida de la analogía como mentalidad afectó a la nueva forma de definir el trabajo médico en muchos otros aspectos,

aparte de acentuar el papel de la curación, o la respuesta productiva. Podría postularse incluso que la nueva definición fue uno de los productos del arte ante la demanda cultural de certeza y eficacia. Como de costumbre la medicina sufre los cambios pero no es capaz de aquilatarlos.

Y muy ligado con lo anterior, el segundo de los aspectos mencionados, el enorme cambio cultural en el que estuvo involucrado el nacimiento de la definición de arte médico (factor oficioso para la definición), queda algo oculto por obra de un aparente cambio menor en la definición (su factor oficial). Pero se trata de una cuestión de apariencias solamente, porque los factores tradicionalmente considerados para definir la medicina (el arte y la ciencia), parecen haber cambiado de manera considerable, a partir de entonces. Como lo muestra la evolución de los mismos durante este período, tanto en sí mismos, como cada uno respecto del otro. Mientras que el arte evolucionaba desde su papel productivo hacia otro de carácter estético, la ciencia se entronizaba con un papel hegemónico sobre aquello que podía ser representado en el nuevo tipo de mentalidad modernista. De manera que, la suma de estos dos aspectos impactan doblemente sobre el cambio de definición de medicina. Y si además se considera que a lo anterior se le suma el hecho de que tanto la filosofía, como la religión, la astrología y hasta la magia, se batían en retirada del horizonte médico, entonces se podrá entender mejor el peso, hasta entonces oficioso también, que debió tomar la ciencia positiva sobre la nueva definición del Arte médico. Haciendo cada vez más dependiente a la curación no solo de la clínica o de la anatomía patológica sino que de la fisiología, de la medicina experimental, del laboratorio, como de las así llamadas “ciencias básicas”. Un aspecto que por cierto recoge la nueva definición de medicina. Sin olvidar que otros factores oficiosos, como la técnica, crecían también. Este último se independiza paulatinamente, aunque en ese momento mirara principalmente hacia la artesanía y la tecnología (baste con recordar que la revolución industrial está en su apogeo).

Y sobre el tercer aspecto, esto es la influencia que indirectamente ejerció la declinación de la influencia aristotélica y la aparición de otros referentes metafísicos, entre los que destaca el de E. Kant, sobre el cambio cultural y la definición de medicina, ello es una materia a la que se le ha de dedicar un espacio particular. Aunque se podría adelantar que esto último

responde a un mecanismo en común con todo lo anterior, pudiendo ayudar a desentrañar los otros dos aspectos. De hecho el cambio metafísico y la preferencia por la ciencia están íntimamente ligados a la declinación de la metafísica aristotélica, algo que debiera aparecer al investigar las consecuencias de la propuesta kantiana. Para estudiar este aspecto habría que comenzar por recordar la sección anterior el esfuerzo científico por separarse de la especulación, como parte de un movimiento social. Por cierto que aquel rechazo a la especulación provoca el interés de todas las disciplinas (incluyendo la médica) las que intentan confirmarse por medio de la ciencia. Algo que además repercute en el filósofo y la metafísica ya que es justamente la mezcla de investigador y filósofo, a la vieja usanza aristotélica, lo que ha caído en descrédito. Es decir, el investigador en ciencias naturales ya no puede ser filósofo y viceversa. En tal sentido, uno de los méritos de Kant consiste en reconocerlo, en recoger el desafío de la época y proponer una alternativa para volver a reubicar a la filosofía como “guardiana de la ciencia”.

En todo caso, y sea como fuere, no pareciera prudente creer que aquel cambio, entre ambas medicinas (clínicas), se haya debido tan solo a un orden de factores, en este caso de orden cognitivo. Porque aquello es solo una parte de la explicación genealógica, de hecho las raíces del arte médico se asocian a diferentes variables, como fuerzas sociales y eventos políticos. Y en este caso sería imposible olvidarlos, como el papel catalizador de la revolución francesa, y su nuevo estatuto para el ciudadano, al aportar nada menos que las estructuras donde la alternativa clínica pudo desarrollarse. En otras palabras, y con esto se viene a subrayar una idea que no debiera de olvidarse, el cambio de las definiciones médicas no depende tan solo de uno o de dos factores, ni siquiera de los médicos por sí solos, sino que de la sociedad en su conjunto. Como en este caso, en que destaca por sobre otros eventos el rol de aquella revolución, la que tuvo una particular incidencia política al llevar al estado a participar de la lucha contra la enfermedad. Lo que a su vez permitió, entre otras cosas, ayudar a reorganizar a la medicina, su formación, el tipo de médicos deseados, la clínica científica, los hospitales docentes y públicos, etc. Porque un cambio como el señalado pudo haberse visto frustrado si se considera a las fuerzas sociales que se oponían a ello. En tal sentido podría plantearse que no bastó con una revolución

epistemológica como la señalada, para conseguir aquel cambio en la definición de medicina, se necesitó además la fuerza de una enorme revolución política, con su nuevo estatuto del individuo, como agente de esta causa.

En tal sentido, un análisis más concreto de la influencia que aquella revolución indica hasta que punto algunas circunstancias políticas precipitaron el cambio de una por otra medicina. De partida la era preclínica, que se enfrentó a la revolución francesa, no podía ocultar su animadversión contra la reunión de pacientes en hospitales. Un tema clave para el avance de la nueva clínica, debido a que hasta entonces se suponía que el paciente, con sus datos accidentales, complica la manifestación “salvaje”, pura o natural, de la esencia de cada enfermedad. Entonces se suponía el agrupar o sumar enfermos era un accidente que interferiría en la evolución individual (esencial) de la enfermedad, tal como podía suceder en el caso de los hospitales, o en grupos y hasta en la sociedad en su conjunto. Se llegaba a sostener que en los nosocomios se coleccionan y multiplican las enfermedades, que estas se comunican entre ellas mismas, y que además el estudio de las esencias de las enfermedades se dificultaba para el médico. Y de todo aquello se valieron las opiniones en contra del hospital y su tipo de asistencia, con ello se trataba de abogar a favor del domicilio, lo que llegó a confundirse con el interés por las mejores rentas de la visita médico-domiciliaria. Y justamente, para combatir este statu-quo es que se creó una corriente médica que recibió el nombre de “medicina social”, la que pudo haber pasado sin pena ni gloria a no ser que el estado revolucionario hubiera inclinado la balanza a su favor. De hecho el estado revolucionario comienza entonces por aceptar, por vez primera, que su primer deber es reconocer y cautelar el papel social de la medicina. Y a partir de aquello el rol social de los hospitales caería en seguida, por su propio peso, contrariando el discurso interesado de los jadelots (Assemblée Nationale, 1790) que deseaban que el estado se ocupara tanto contra la “medicina de los charlatanes”, como contra los hospitales, y todo aquello para defender el “verdadero Arte de curar”. Y si el otro problema era el de conseguir una probidad médica reconocida, el hospital también otorgaba un estupendo lugar donde experimentar, y donde controlar al médico. De ahí que otro de los logros de la medicina social fuera el de conseguir para la medicina un estatuto de profesión liberal y protegida que rige hasta hoy.

Otro argumento que la medicina social esgrimió a favor de aceptar los hospitales señalaba que pese al intenso cambio en las teorías desde hacía medio siglo, las estructuras no habían seguido tal cambio (op.cit., p.81). Por lo que sólo una mutación estructural profunda podía equilibrar nuevamente a la medicina alrededor de la experiencia clínica, de la nueva episteme, apostando por ella. Había que vencer a la medicina de las especies patológicas pero la medicina del espacio social estaba paralizada por instituciones médicas interesadas en ofrecer resistencia, deteniendo el progreso. Según Foucault (citando a Moscati), en tiempos remotos el arte de la medicina se enseñaba en presencia de su objeto (sin artificiosas teorías) y los jóvenes aprendían la ciencia médica en el lecho del enfermo (léase hospitales).

Pero por otra parte, ese mismo arte médico todavía sostenía apreciaciones heredadas del *Ars medicorum*, como la comparación del médico con el sacerdote, aunque en este caso porque ambos curaban “sufrimientos”. Y en ese contexto es en el que el estado dicta enmiendas y formula proyectos sobre el rol social del médico, otra circunstancia histórica que favoreció la redefinición del rol médico. Porque la idea revolucionaria era como aprovechar la medicina para que también llegara a los pobres, quitándole su elitismo y masificándola. Tomando en cuentas que en aquel entonces, en Francia ya existía la idea de una reorganización completa de la medicina, la que estaba corrompida en muchos sentidos, incluyendo el rol formativo de las universidades de entonces. Por ejemplo, ya en 1700 existía el precedente de una reforma previa a las escuelas de medicina, debido a que los alumnos ya ni siquiera estaban asistiendo a clases y porque se compraban tanto sus títulos como los exámenes (Foucault cita a Gullot, “sur la restauration de l’art de guerir”, op.cit., p.76). Frente a esta situación, y con el conocido ímpetu revolucionario, y cautelando el interés o las necesidades de la nación, se debieron reorganizar las facultades de medicina, e incluso se cerraron las facultades menores, aquellas donde vegetaban profesores incompetentes. ¡Que diferencia con el período anterior!, todo esto se hacía como parte de la lucha contra la enfermedad tomada como tarea política (op.cit., p.59). Hay que considerar que ya en aquel entonces la lucha por el poder estaba en su apogeo, y que inevitablemente la revolución había inclinado las cosas hacia la medicina social (con la clínica detrás). Y

que así la clínica había encontrado su lugar en esta lucha política, al satisfacer la nueva organización médico-revolucionaria, tanto por su utilidad social y política como por su aspecto científico. Pero por otro lado, al interior de la medicina también existían los argumentos como para aprovechar las condiciones favorables de cambio, y en este caso la corriente médica llamada medicina social terminó uniéndose a la nueva clínica para enfrentar a las estructuras de poder anteriores. En resumen se podría afirmar que la revolución deja a su haber dos grandes mitos, el de una profesión médica nacionalizada, organizada e investida de poderes similares al clero, y el de “la desaparición de la enfermedad” por obra de una sociedad sin trastornos (salud de origen). Interviniendo en ello, tanto un cambio en la verdad aceptada socialmente, como también en cuanto a las prácticas exigidas sobre aquella medicina.

4.2.- KANT PROYECTA LA MEDICINA MODERNA TRAS LA DECLINACIÓN ARISTOTÉLICA

El ámbito cultural de aquel entonces, allende la medicina, necesitaba con urgencia que se llenara el vacío dejado por la retirada de la influencia analógica aristotélica, lo que quizás si explique la rapidez de aceptación de la alternativa ofrecida por E. Kant. Se podría decir entonces que el espacio dejado por la declinación del primero ayuda al segundo quien, armado con su “conocimiento del conocimiento”, se presenta como una opción capaz de reordenar el panorama intelectual, y de darle contenido a la naciente modernidad. Lo que en términos más prácticos significaría algo así como dirimir cuestiones cruciales, sin perder el apoyo de la razón, y para ello se le reasigna un nuevo rol a la metafísica, y se privilegia a la ciencia. De acuerdo con esta fórmula se fortalecería el papel de la libertad del sujeto, se separaría el arte del resto de las facultades por medio de la estética, se abriría el estudio de la subjetividad a la filosofía, etc. Y frente a ello, la medicina del siglo XVII al XVIII, que también ha venido viviendo intensamente la declinación de la influencia aristotélica, no podía quedar indiferente. Aunque, desde luego que Kant no viene a resolver problemas de tipo clínico, se podría afirmar que él ordena la perspectiva frente a la cual tendrá que desarrollarse una medicina que quiera llamarse a sí misma como moderna. Y que, como

una de las consecuencias del nuevo orden, la sistemática kantiana termina por acentuar el decaimiento aristotélico sobre conceptos como el de salud y vida, favoreciendo la alternativa científica que se concentra en las certezas sobre la enfermedad y la muerte (como Foucault lo apuntó en el anterior capítulo). Y en este nuevo ordenamiento se convierte la medicina en un discípulo adelantado del cambio generalizado del eje cultural y/o metafísico, desarrollando con gran seriedad una nueva respuesta al “cotidiano” trato del hombre con la enfermedad, su dolor y sufrimiento. En todo caso estos elementos estratégicos son algunos de los ejemplos que permiten entender la importancia del aporte kantiano al cambio de épocas.

Como se podrá comprender, el problema no se reducía a la lucha teórica entre dos escuelas filosóficas, de Aristóteles y Kant, sino que más bien a dos alternativas metafísicas que se suceden para ordenar y enfrentar la realidad vista con los ojos de dos épocas, culturas o mentalidades sucesivas. Aunque entre ambas escuelas exista una innegable disputa por el poder y la hegemonía sobre la razón, en el proceso más general de la adaptación occidental. Lo que puede observarse con mayor nitidez en la forma en que ambos enfrentan el problema de la naturaleza, un tema crucial para la evolución de la medicina. De hecho, a mediados del siglo XVIII aún persistía una cierta paternidad de la física aristotélica en materias filosóficas vinculadas con la ciencia natural, como también persistían los ecos de los universales aristotélicos, los que habían logrado llegar con su metafísica hasta el siglo XVII. Sin embargo, todo ello no fue suficiente a la hora de contrarrestar la fuerza con que se precipitó el rápido cambio cultural. Hoy se podría decir que lo sucedido entonces fue un privilegiado momento de cambios, con el que llegó a su fin una era de realismo basado en un empirismo ingenuo, y fundamentado por la teoría aristotélica. Para ser reemplazada por el racionalismo kantiano, con su realismo empírico y desconfiado, al que bien podría llamarse un idealismo crítico. En tal sentido, y acompañando a este momento histórico, también la medicina rompe con la epistemología aristotélica, porque ella ya no podía seguir apostando a su desarrollo basado en el planteamiento de que las cosas se aprenden porque ellas poseen categorías en sí mismas. Al menos era claro para entonces que una mentalidad como esa ya nada podía aportar, porque se había acabado ya con la confianza en el filón

analógico, y a todas luces se comprobaba la afirmación kantiana de que las cosas se aprendían porque el sujeto proporcionaba las categorías, que conocer significaba una conquista, y una oportunidad de progreso, de ciencia, etc. Toda una empresa que estimulaba a la razón, y en la que aún los más escépticos, como Hume (que suponía un conocimiento sin principios causales), confiaban. Es decir, en el progreso de la razón y la ciencia, y en la fuerza de ambos para abrir nuevos horizontes de dominio a la humanidad.

Como se verá estas dos posiciones sostienen miradas diferentes, mientras que para Aristóteles, al conocimiento le estaba franqueado el paso a un equilibrado acceso hasta la esencia, y allí no cabrían arrebatos utilitarios. Mientras que para Kant, correspondía una actitud crítica frente a las posibilidades del conocimiento, pero tolerante frente a la posibilidad pragmática. Si para Aristóteles se imponía una cierta medida frente la voluntad de dominio, para Kant, y su revolución copernicana, el conocimiento debía estar abierto a la indagación de nuevas posibilidades para la voluntad de dominio, por tratarse de un universo abierto al reordenamiento subjetivo. De manera que, esta disputa de principios trajo consecuencias variadas, confrontando en la práctica a una medicina de tipo aristotélica, el *Ars medicorum*, con el moderno Arte de curar. Con lo que la búsqueda de la esencia en patología fue depuesta, por el dato científico, o cuando menos por la observación clínica. Orientado por un claro interés voluntarista y pragmático de la medicina moderna. En cuyo concepto productivo de arte se privilegiaban las virtudes médicas de imitar a la naturaleza por medio de la mimesis, con un tipo de arte de curar modernista, pragmático, racionalista. El que ahora venía afectado además por la escisión del arte respecto de las demás facultades, y por la acentuación de la producción de belleza, según lo dictaba la estética kantiana. Contrabalanceado por un privilegiado apoyo científico (positivista) sobre el artístico. Un asunto que ya había conquistado por sus bondades al hombre moderno, incluyendo a Emanuel Kant. De manera que, todo aquello dará un duro revés al ideal tradicional del “buen médico” o “médico virtuoso”, entre cuyas metas estaba no solo el hacer bien las cosas imitando a la naturaleza, sino que la de responder al espíritu de equilibrio aristotélico, como fin en sí mismo del *Ars medicorum*. Pero al declinar este aspecto con la anacronía de lo virtuoso, el médico deja de ser ese tipo de incómodo artista, distanciándose

nuevamente del arte. Lo que por contraste no sucedió con el resto de los artistas más ligados a la belleza, como en el caso del violinista por ejemplo, cuya virtud artística nunca se puso en discusión.

Pero Kant también interviene sobre la curiosa evolución que aquella medicina debe enfrentar respecto del papel del arte, especialmente sobre el vínculo naturaleza/arte. Como es bien sabido, estos dos conceptos venían entrelazados desde que el arte griego se auto-definió como mimesis, es decir como imitación perfecta de la naturaleza, pero ahora ello era cuestionado por los nuevos tiempos. Como se podrá recordar, para aquel griego toda producción se podía diferenciar en aquello que hacía la naturaleza por si sola, y lo que solo la imitaba. Esta dicotomía también había sido defendida por Aristóteles con su verdadera pasión hacia la naturaleza, logrando traspasar con su fuerza al teísmo medioeval, el que además había integrando a ambos, naturaleza y dios, en la idea de lo absoluto. De manera que los científicos, que recibieron esta herencia y que la enfrentaron a respuestas experimentales, pudieron ver como se agotaba esa opción natural, hacia fines del siglo XVIII. Lo que además desacralizaba a la naturaleza y la ponía en un segundo lugar del interés modernista, con la razón y el subjetivismo como las nuevas vigas teóricas. Esta situación de agotamiento y desvinculación en el vínculo naturaleza/arte produjo también muchas repercusiones, las que Kant reordena por medio de la subjetividad autónoma y la experiencia, relacionándolas indirectamente con la naturaleza. Frente a la unidad griega que reúne todo en la naturaleza, esta se separa ahora del conocimiento a partir de la escisión sujeto/objeto, interesándole a Kant la unidad de la razón trascendental.

De manera tal que, para el galeno modernizado por ejemplo, Aristóteles con su imitación de la naturaleza para la cura, parecían un asunto ingenuamente auto-afirmativo, o algo peor aún. Para aquel entonces, tanto la historia, como la crítica, y hasta la perspectiva científica, coincidían en que aquel era planteamiento inoportuno, ineficaz y hasta autocomplaciente. La medicina de las semejanzas parecía agotada, hasta el extremo que ya parecía dar lo mismo conocer que no conocer (habría que recordar, en capítulo anterior, la reacción de la medicina francesa al respecto), y porque su débil autocrítica no le permitía plantear deficiencias en la interpretación de la naturaleza. Frente a esto, la nueva mirada crítica,

ejemplificada en la ciencia experimental, venía a permitir el renacer del interés por la naturaleza, solo que esta vez desde la ambición voluntarista. Con la esperanza puesta en algo mas que la admiración por la naturaleza, en las consecuencias que ello traería para el hombre, en los alcances prácticos de su conocimiento, en su capacidad de progreso, de sacarle partido a lo conocido científicamente, etc. Y así, la naturaleza y su exterioridad, como medida de las cosas, dejará paso al sujeto y su interioridad. Siendo este ultimo aspecto el que devendrá, desde entonces, en el centro de las nuevas fundamentaciones. Y así la consciencia, los misterios de su constitución, la subjetividad y la autonomía, atraerán desde ahora a la inteligencia modernista. Tal era el panorama, cuando Kant decide enfrentar la incómoda situación de la metafísica (a fines del siglo XVIII), replegada frente al embate de la ciencia (introducción a la Crítica de la razón pura). Pudiéndose afirmar que Kant rescata a la metafísica de ese desgastado papel histórico, heredado de Aristóteles, y lo hace proponiendo un sujeto de conocimiento activo, el que a su vez determina al objeto. Con ello, al igual que en su momento lo hizo Aristóteles, Kant no solo resume el sentir de su época sino que además ofrece un nuevo fundamento para la época que está por venir, un desafío y una nueva tarea metafísica para construirla. Al mismo tiempo, la medicina moderna, que hacía su debut en la avanzada del modernismo, había encontrado un aliado teórico que le permitía sistematizar su propio cambio de folio. Un cambio asumido con cierta timidez, como lo refleja la modificación de su definición. La que sin embargo, al deslatinizarse (pasando de ars a arte), deja ver una obstinada referencia al arte ligado a la producción pragmática, con la fórmula final de “Arte médico”. Habría que recordar que el ars había quedado condicionado a una producción más genérica, más virtuosa, o más esotérica incluso.

Pese a todo, lo anterior no aclara muchas dudas, como por ejemplo ¿porqué la definición de medicina no cambió drásticamente su acentuación por el arte frente al terremoto cultural de la modernidad?. Y lo que es más notable aún, si se considera que la misma definición de arte apunta con Kant mas bien al plano estético, entonces ¿cuánto estaría influyendo en la nueva definición de medicina la novel forma de tomar el arte por lo bello más que lo productivo?. O bien, ¿ porqué, si el hincapié moderno viene puesto en la ciencia, cosa que

reconoce el mismo Kant, la medicina moderna no reconoce esto hasta mucho después, entrado el siglo XX?. Incluso más aún, y como no se trata solo de una cuestión entre la ciencia y el arte, ¿podrían estar influyendo en la mutación de la definición citada otros factores, como la nueva forma de entender al hombre, o la ética autónoma propuesta por Kant, o bien su revalorizada capacidad cognitiva?. Estas son algunas de las preguntas que convendrían hacerse sobre el desarrollo de la definición de medicina, cuya respuesta habría que ir a buscarla en algunos conceptos extraídos, con cierta libertad interpretativa, de la fuente misma de la metafísica kantiana.

En la nueva situación del conocimiento, incluyendo al conocimiento médico desde luego, la ciencia ya venía ocupando un lugar destacado, cuando Kant se ocupa del problema. En el prefacio de la primera edición de la “Crítica de la razón pura”, Kant muestra su preocupación, mencionando como los “vientos que en estos tiempos corren son muy contrarios a la metafísica, otrora la reina de todas las ciencias” (C.R. Pura, p.119). Y en el segundo prefacio, también anota que la ciencia avanza (la *cuestio facti*) mientras que la metafísica no lo hace. Parece obvio considerar que el súbito empuje de las ciencias se asocia a la irrupción de la representación, porque ellas se adaptan muy bien al cambio en las reglas del juego, que implica esa nueva mentalidad, y frente a lo cual no cabe sino la ponderación de la razón. Kant pareciera estar muy consciente de aquello, e invita a la última a aceptar su nuevo rol como ordenador del conocimiento. Un rol que contempla, en su sistema filosófico, devolverle a la metafísica el papel rector del pensamiento moderno. Porque, el problema podría resumirse en que hay que salvar a la metafísica para salvar a la razón, para así ofrecerle una explicación del mundo, e incluso un marco teórico para pensar a la ciencia.

Y una vez planteado el problema de esta manera, las consecuencias son tan amplias que alcanzan también a disciplinas como la medicina, las que tienen que ser repensadas desde esta perspectiva, y para su nueva redefinición. Se trata de una medicina diferente, regida por otro paradigma, que jerarquiza a la enfermedad, y la curación desde sí misma, y por sobre la salud. Debido a que la racionalidad y sus representaciones son los nuevos parámetros, con los que la medicina moderna triunfa al combatir (tratamiento) la enfermedad

moderna. Y además, porque la nueva actitud de esta disciplina la aleja de la salud, a la que entiende como una instancia más conceptual y menos experimental que la enfermedad y la curación. Como se verá a continuación, la nueva esperanza radica ahora en el racionalismo y la ciencia, y de ellas se espera un progreso indefinido en el terreno del diagnóstico y del tratamiento. Porque así lo refuerzan, tanto los resultados experimentales, como una cierta mitología social, que alimentan la creencia en héroes médicos que por fin garantizan eficacia en los inciertos dominios de la salud individual. En otras palabras, y con la ayuda de la ciencia, la medicina parece exultante, al haber conseguido unos principios y una fórmula definitiva, para sacudir el misterio de la enfermedad y del tratamiento eficaz.

Como alumno aventajado de aquel tipo de conocimiento representativo, además de aval del proceso, está la ciencia y todo su éxito. Esto se debería, según Kant, a que ella interrogaba al objeto (fenoménico) y no era prisionera de la fórmula anterior en que el objeto era el que condiciona al conocimiento (Aristóteles). Pero en la sistemática kantiana también le cabía una participación a la razón, como un “conocimiento” especulativo, que aunque ordena, no puede participar en el “auténtico conocimiento”. Una situación que permite a la metafísica enseñorearse del objeto suprasensible, cuyo conocimiento remite al “el ser” o a “la realidad”. Por lo tanto, Kant ofrece la oportunidad para que desde la metafísica se ordene el avance del “auténtico conocimiento” (también de la ciencia), haciendo posible el conocimiento para la explicación del mundo. Y con ello, la metafísica kantiana dejará planteado el futuro de los límites del pensamiento moderno y sus representaciones. Asumiendo la necesidad de un conocimiento que se dé solo en la “experiencia”, esto es por medio de una razón, que se presenta ante la naturaleza llevando: en una mano sus principios (leyes), y en la otra las experiencias que estos principios han establecido (C.r.pura, p.130). Más específicamente propone Kant (op.cit., p.132) que, tal como Copernico probó sacar al hombre (el espectador) del centro del universo, en este caso: que el objeto sea reemplazado del centro de la cognición por el sujeto. De manera que, en adelante, la objetividad sea dada por el sujeto. Porque, a su entender, el conocimiento actúa cuando el entendimiento ya lo hizo previamente (a priori). Y de esa manera propone terminar con la opinión, muy en boga hasta entonces, de que el objeto era el que gatillaba el conocimiento en el sujeto pensante.

Por lo tanto, al cambiar el referente, queda un “réglese el objeto por la naturaleza de nuestra facultad intuitiva” (op.cit., p.131). En otras palabras, sería la experiencia la que exige la presencia del entendimiento, y de sus reglas a priori (op.cit., p.133). Desde luego que este conocimiento permite moverse solo en el ámbito de los fenómenos, dejando de conocer las “cosas en sí” (op.cit., p.134). Así deja Kant delineado también uno de los principios rectores de la metafísica moderna, hasta la consumación de la misma. Una propuesta que aún no termina de sorprendernos con sus consecuencias, como la tarea pendiente de aceptar un tipo de conocimiento que posea la grandeza de aceptar su rol provisorio, relativo y hasta instrumental. Tal parece que este principio, como una regla de oro del conocimiento moderno, va a continuar señalando límites, hasta la consumación de esa época.

Por otra parte, la revolución (kantiana), que coloca al sujeto en el centro de la relación con los objetos, aboga indirectamente por la existencia de un mundo externo. Y con ello concede mucha importancia y responsabilid a la razón, en tanto cuanto ella sería la que permitiría la relación entre el sujeto y el mundo externo, y la unidad del mundo fenoménico. Otorgándole, dicho sea de paso, un realce particular a la interacción entre el mundo, la razón y el sujeto, como la consecuencia fundamental de que solo así se puede conocer. Pero Kant va más lejos aún, al proporcionar una razón acotada y esquematizada en tres ámbitos, sistematizados entre ellos. Los que se pueden analizar según sean las facultades que intervienen, y el objeto con el que han de vérselas. A saber, las facultades de: conocer (objetivar), desear (deber) y de agrado (subjetiva, que siente, se atrae, o gusta de algo). Estudiadas respectivamente en: la Crítica de la razón pura, en la Crítica de la razón práctica y la Crítica del juicio (de arte). Y de donde además devendría la axiomática moderna que separa el pensamiento, de la voluntad y del sentimiento. Para uno de sus más conocidos traductores, el filósofo Manuel García Morente, por ejemplo, Kant ofrece un sistema del espíritu, al que consideraría como: sujeto de la cultura, como productor del saber, del querer y del gozar humanos (Introducción, Crítica del juicio, p.26). Es decir, el tipo de conocimiento que aporta esta sistemática, y sus condicionantes, traen variadas consecuencias no solo sobre el sujeto, sino que repercuten además a nivel social, en la escisión cultural generalizada de la modernidad, incluyendo la medicina. La que se vio

obligada a ponerse al día, e incluir la nueva perspectiva, con aquellas facultades referidas al sujeto, como condición para el éxito en sus tratamientos, y desarrollo de su arte de curar. Una complicación en que se conjuga el reinado de la representación positiva (con su consabida referencia a la ciencia), la independencia de las facultades, el desafío de la estética, el asumir la ética de la autonomía, etc. Aspectos que, desde luego, no habían tenido tantas resonancias en la anterior medicina, ya que en su integración no predominaba el poder de la representación y por ende de la ciencia.

Ahora y gracias a Kant, la razón y su crítica pasaban a ser “el nuevo juez”, y con su examen público y libre daban o quitaban el respeto. Parte de la tarea de este filósofo fue descubrir el punto preciso donde la razón había estado equivocada, destruyendo esas ilusiones por medio de la filosofía. Se trató de dar los límites, de hasta donde podía llegar la razón (C.r.pura, p.123). En la introducción a la Crítica de la razón pura, Kant señala que la razón, en el pasado, avanzó por caminos de la especulación pero que ya es hora de indagar sobre los fundamentos en que descansa (op.cit., p.153). Especulación que se ejemplificó al estudiar, en el anterior capítulo, a la medicina analógica. Y para buscar los fundamentos, Kant comienza por indagar en la propia razón, iluminando primero la diferencia entre diferentes tipos de juicios. Con un meticuloso trabajo que se ejemplifica con la búsqueda de la diferencia entre los “juicios analíticos” (cuando el predicado pertenece al sujeto del juicio) y los “juicios sintéticos” (cuando el predicado no pertenece al sujeto). En los “juicios sintéticos a priori” falla este apoyo, hay una incógnita en que se apoya el entendimiento, con un predicado ajeno pero que está unido al sujeto (op.cit., pp. 154-156). Estos juicios son especialmente importantes para la ciencia (matemáticas y física) ya que ella se basa en este tipo de juicios. Un riguroso procedimiento para analizar no solo los tipos de juicios, sino que ilustra el método con el que parsimoniosamente edificó un sólido sistema de crítica de todos los aspectos inimaginables de la razón kantiana. Un tema además muy sensible para la nueva medicina, que encuentra una forma diferente de acercarse al método científico. Aunque Kant no estuviera mirando en esa dirección sino que su preocupación era saber si la metafísica podría o no optar a dichos juicios, y así poder

pasar a ser al menos una ciencia en ensayo (op.cit., p.159). Y para eso se proponía la crítica de la razón pura.

Pero por supuesto que esta obra iba mas allá aún, a “la detección de las condiciones a priori del conocimiento”, aquello que demostraba que el sujeto era quien organizaba la percepción del objeto y su realidad. Por ello propone una suerte de disección, desde entonces clásica, de la representación en tres tipos. Las intuiciones que radican en “la sensibilidad”, los conceptos que enlazan lo múltiple en “el entendimiento” y las ideas que sobrepasan la experiencia en “la razón”. Todo ello con el nexo relacional de una síntesis final. Ahora bien, debido a que la imaginación es ciega para conocer, y ya que la razón sistematiza u ordena pero tampoco conoce, solo por medio del entendimiento se conoce, el que no-solo unifica sino que además legisla a las otras dos. Y de acuerdo con esta sistemática, la naturaleza diferente de las cosas recién percibidas se homogeneiza por el uso posterior de las categorías, las que se le aplican a cada cosa percibida. En otras palabras, la sensibilidad entrega una primera síntesis representacional (intuición), mas bien pasiva, al aplicarles el espacio y el tiempo. Y enseguida el entendimiento, que busca lo condicionado en la comprensión en conceptos y juicios, siguiendo categorías (condicionamientos), porque para hacer juicios hay que tenerlas. Estas dos facetas forman la experiencia (Hartnack, 1984, p.69). Con las categorías kantianas (a saber: cantidad, cualidad, relación que incluye a la causalidad y modalidad) y las formas que ellas establecen, sumada a las de la sensibilidad, constituyen el conocimiento fenoménico (op.cit., p.100). Lo que recoge o valida la razón con otros propósitos, para buscar siempre lo incondicionado (op.cit., p.113), la condición de la condición. Así el conocimiento queda aceptado por la razón en función de la totalidad. Un asunto que debe estar vigilado por la crítica, atendiendo especialmente a las categorías que garantizan el éxito del juicio. Aunque la razón que siempre anda tras una conclusión, intentará aplicar los conceptos mas allá de sus límites dando origen a la Ilusión trascendental. Es más, la metafísica misma es una ilusión trascendental (op.cit., p.160).

Y como está visto, la anterior medicina tampoco tuvo que vérselas con un conocimiento que hipertrofió su papel, por medio de la representación, hasta el extremo de hacer que arte pareciera haber retrocedido del escenario médico. Estrechando de paso el repertorio para la

producción de destinos de salud, en este caso por destinos de curación positiva. En parte además, porque esa representación anulaba la relación de necesario misterio entre la sensibilidad y la naturaleza. Incluso, porque el arte iba a preferir, a partir de Kant, el ser una respuesta sobre gusto estético y ante lo bello. Y sin embargo, el arte luchaba por otro lado por acercarse a la frontera de la ciencia, al querer participar también de ella. De hecho el concepto de “ciencia de la sensibilidad” ya rondaba en críticos del arte como Baumgarten y Winkelmann, como lo advierte M.García Morente en su introducción a la traducción de la *Crítica del juicio* (pp. 20-21). Frente a este confuso panorama, el sistema kantiano y su giro hacia el sujeto parece la solución, por el orden que trae su poderosa teoría del conocimiento. Un tema en el que se podría llegar a incluir hasta su estética trascendental, como la ciencia de todos los principios a priori de la sensibilidad (C.juicio, p.173), o el de la sensibilidad como capacidad de recibir las representaciones, pero que desde luego trasciende ese ámbito. Aunque Kant declara querer ir mas lejos que la sensibilidad epistemológica frente los objetos que nos son dados (op.cit., p.172), para avanzar en los subjetivísimos terrenos del arte como gusto, mas que del arte como producción. Y cuyo dominio pertenece al estudio del juicio en sí.

Esa cercanía entre la naturaleza y la sensibilidad otorgaba una relevancia particular, o estratégica, al tema de la experiencia estética. Porque ya no era la relación entre naturaleza y objeto la que dirigía la relación de arte, sino que justamente era el sujeto, y especialmente las primeras formas de procesar las representaciones (en la sensibilidad y el entendimiento), donde se encontraba la explicación del fenómeno artístico. De allí que el tema, aunque incluía la sensibilidad, iba mas lejos que esta, esta vez como facultad del sentimiento de agrado que amparaba el gusto, y cuyo ejemplo más preclaro se encontraba en el placer por lo bello. Un planteamiento que deja maltrecha la idea de arte sostenida hasta entonces (mimesis), incluido el Arte médico, y que a su vez excluye al *Ars medicorum* como un obstáculo a la clínica y la curación. Porque el Arte médico, como producción de destinos en salud, tuvo que hacer un viraje en el sentido señalado por Kant, ya que como producción de curación se acercaba más a la voluntad, y se salía del cauce artístico, para ir a parar más cerca de la ética. Dejando pospuesta a la sensibilidad que conducía al médico por el terreno

del gusto, como una alternativa poco eficaz de canalizar o mantener el sentido de la producción. Y desde luego resultó un híbrido, al que incluso tiempo después se tratará de componer, agregando monotemáticamente a la ciencia como solución.

Es interesante mencionar que Kant analiza este aspecto en la *Crítica del juicio* (análisis sobre el papel del arte) alrededor del año 1790, como parte de su sistemática persecución a las incógnitas de la razón en los “juicios sintéticos a priori”. En este caso de aquella razón que ya no es ni práctica ni pura sino solo subjetividad. La que se muestra sumamente atractiva para él, dado que en esta razón propia de la subjetividad está, por decirlo de algún modo: la incógnita de la incógnita. Especialmente para comprender la experiencia y su capacidad de orientarse frente a lo desconocido, como si fuera un órgano del conocimiento. Piénsese en la definición de lo bello que da Kant respecto de la satisfacción (C. juicio, p.178) bello (reemplácese por salud) es lo que sin concepto es conocido como objeto de una necesaria satisfacción. Es claro que un juicio de gusto no aporta conocimiento, ya que no es lógico sino estético (op.cit., p.131), así empieza Kant esta obra. A lo bello no se llega por el conocimiento, es una sensación o intuición, es una síntesis (imaginación) que no posee propiedades pero que tiene pretensión de universalidad. En cuanto gusto atrae por sí mismo, reacciona frente a la presencia, es algo público, y se comunica por medio de principios universales a priori. En tal sentido, no solo no hay reglas para reconocerla ni para producir la belleza, sino que esta deja de ser propiedad de la cosa como de la perfección griega.

Sin ser exhaustivos con el análisis kantiano se podría decir que queda en claro que entre las características del gusto está la de darse a sí pretensión de universalidad, mientras que se llama bella a una cosa según la propiedad que en ella se acomoda con nuestro modo de percibirla (op.cit., p.231). En el mismo sentido la aprobación de los demás no proporciona prueba alguna valedera para el juicio de la belleza, me niego a oír fundamentos y razones (op.cit., pp.243-244) argumenta este pensador. Es la universal validez del juicio del gusto, unido a un objeto, donde se encuentra el “a priori” de este tipo de razón. Pero por su parte, el juicio “x es bello”, como juicio estético, interesa por ser anterior a la experiencia. Aquí la intuición o sensibilidad mandan en el conocimiento, sin tener que llegar a la razón que

representa, podría decirse que “rebotando” frente a las ideas. El juicio estético es desinteresado, no es conceptual, y suspende el entendimiento. Kant señala que no puede haber regla objetiva o concepto, para el gusto, y que su fundamento está más bien en el sentimiento del sujeto (op.cit., p.167). Pero en todo caso se trata de un sentimiento vinculado a un valor universal, el que determina lo que place y lo que disgusta (op.cit., p.175). Valor al que por cierto también podría optar la salud, como juicio anterior a la experiencia, fundamentado en un sentimiento y señalando que place de manera universal.

Todas ellas son características que en un cierto sentido, en base a un análisis libre, bien podrían hacerse extensivas a la salud. Ya que ella también es síntesis, y por lo tanto no se llega a ella por medio del conocimiento, e inclusive porque la salud posee pretensión de universalidad, de ser considerada como una sola para todos. Y por lo tanto, un juicio de salud como el “yo estoy sano”, también podría ser postulado como un tipo de comunicación pública, por medio de principios universales a priori. Además, al igual que lo bello, no posee reglas a priori para reconocerla, y menos para producirla. En este sentido, ambas (salud y belleza) atraen, y frente a las cuales se reacciona, mientras que por otro lado, no se puede decir que alguna de ellas sea propiedad del sujeto que las vive. Como tampoco hay reglas para reproducir ni reconocer a la salud. Aunque lo bello, como la salud, vayan y vengán, uno puede estar en salud o en enfermedad, y lo que es bello también puede dejar de serlo. Sin embargo, la salud parece diferenciarse del gusto estético porque mientras a uno le agrada la “flor bella” a otro le ataca el olor, porque lo que conviene a uno por salud no siempre le viene al caso a otro. Kant cita el ejemplo de la sal que uno necesita y a otro lo perjudica, lo mismo pasa con el agua, la temperatura, etc. Sin embargo la salud como valor es universal, ya que todos desean disfrutarla. Aunque ciertamente alguien puede también sentirse saludable con la mitad de la energía de otro. En todo caso para Kant arte es producir, por medio de la libertad del sujeto, conservando ese aspecto de la definición aristotélica. Lo que de cierta manera responde a la inquietud por saber en que condiciones quedará el arte respecto de la producción, y que además permite postular la definición de medicina de Arte médica, en el sentido productivo tradicional. A pesar de que el arte kantiano está referido a la estética como ya se citó.

Ahora bien, el arte se distingue de la ciencia debido a la habilidad, como la práctica se diferencia de la teoría. O bien arte se diferencia de oficio, en cuanto a que el último es una obligación (op.cit., p.257). Y si el arte bello trata de parecerse a la naturaleza, el arte se distingue de naturaleza como el hacer lo hace del producir (la salud también trata de parecerse a la naturaleza). Pero en esto último el deber del arte es ser análogo a la naturaleza, y obrar en él “como sí”, esto es en reciprocidad, pero no en imitación (arte=naturaleza). Esta relación arte-naturaleza no queda reflejada en la crítica de esteticistas modernos como Gilson, Malraux, etc. quienes vuelven sobre la mimesis y la noción platónica de imitación. Esta mimesis, cargada del elemento platónico-coercitivo será recogida por la modernidad, con una sospechosa complacencia, como si viniese a reafirmar su postura. Lo que se revela tempranamente ya en I. Kant, cuando opone al genio creativo con la poca libertad de la imitación a la naturaleza (Crítica del juicio). Posiblemente porque su sistema, que después será recogido por la modernidad, ya había establecido que la moral era superior al conocimiento y al arte, los que además corrían por carriles separados. Cosa que también recogen Thomasma y Pellegrino en su definición de medicina como virtud (buscar lo bueno, lo mejor, para el paciente), más que ciencia y más que arte (1981, p.147). En todo caso, y mientras que una cosa bella en si es natural, la belleza artística se refiere a una bella representación de una cosa. Representación que la modernidad exige de la salud para que el médico aplique la curación. Y por ello para definir el límite entre salud y enfermedad se requiere de algo más que la orientación intuitiva, porque ya no basta aquí como en el resto de arte la racionalidad subyacente a la sensibilidad y la imaginación. Obligando a la medicina, esta vez por medio del expediente representacional a considerar más que un arte de la salud, al arte de la curación. Tal como se desprende de lo anterior, los aportes kantianos sobre la teoría del arte pudieran tener una gran importancia en el desarrollo de la nueva forma de considerar la medicina.

En el mismo sentido, se pueden mencionar otros aspectos relacionados, los que también concitan el interés, como el giro que le da Kant al nuevo papel del arte moderno y de la sensibilidad, para dejarlo en manos del artista, y en este caso del genio. En su sistema, solo este último es capaz de ser la causa o aquel que sabe poner las reglas para hacer arte.

Aunque detrás de él y su sensibilidad, particularmente dotada, estaría la naturaleza que le concede esa genialidad. Aquí la teoría kantiana se acerca a la griega, en el sentido que la naturaleza no solo otorga belleza sino que además da la regla al arte (op.cit., p.262). Aquí entra el genio, original y espontáneo, como individuo de talento, allí donde no hay reglas. Él invita a imitarlo porque opera en la libertad de las reglas naturales (en su sintonía), además posee una receptividad especial (semejanzas inéditas) para producir y apreciar la belleza, él da horizontes al pensamiento. Habría que recordar que para este autor las facultades del espíritu, que constituyen al genio, son la imaginación y el entendimiento (op.cit., p.274). Huelga aquí el comparar el caso de este genio artístico con el del médico y sus dotes naturales para poner las reglas, ya sea de producir salud o curación, inspirado a su vez en su conocimiento natural. Aunque en el Arte de curar, que se impone como definición moderna de la medicina, las cosas son más relativas, porque allí la razón representativa juega un papel más importante que el de la imaginación y el entendimiento. Mientras que la naturaleza parece estar concretamente más cerca de la salud que de la belleza, al menos después de la clínica, por cuanto estudia el cuerpo biológico y su dependencia para con la primera. Como a su vez las bellas artes parecen estar más cerca de la creación genial. No obstante, queda aquí para el médico algo de la marcada y respetuosa relación con la naturaleza, que le da esa aureola de mediador, o de ungido por la naturaleza, que en este caso se incrementa hasta lo sublime al ponerlo frente a lo inconmensurable de luchar contra la muerte. Aunque lo sublime es otra cosa, es la experiencia frente a lo desmesurado de la naturaleza, de la insignificancia de lo racional frente a lo inconmensurable. Un aspecto que el romanticismo se encargará después de consolidar. Y así, el arte queda relegado a la belleza, por el desarrollo de la razón nominativa, porque lo innombrable pierde valor y el arte con ello, porque él piensa cosas in-dominables, inútiles, y que no van más allá que a la intuición imaginativa y el concepto. Así el juicio estético, fallido y desinteresado, separa aguas del Arte de curar. Lo que no quiere decir que ambos (médicos y artistas) no se dejarán amedrentar por la primera modernidad, y mantendrán a pesar de todo una adhesión a la vieja definición de arte como producción. Aunque ella no produzca ya destinos en salud sino que destinos de curación, más cercanos a los propósitos de la representación.

Pese a todo, la incipiente medicina moderna, era cuestionada por la sistemática kantiana, en otros ámbitos, como el ético. Y más allá de la incomodidad dada por las bellas artes, más allá de tratar de alcanzar a ser considerada como ciencia, la primera buscó también sus fundamentos entre aspectos de destino, de bienestar, o de valores asociados a la libertad del sujeto. Se podría decir, de una manera muy general, que la nueva medicina se vio obligada, por una nueva jerarquización moderna, a confiarse al valor ético más que al estético, por su vinculación la acentuación cultural-voluntariosa. Pasa así a tener una gran importancia, como alternativa de perfeccionamiento la autonomía, como motor valórico en la lucha contra la enfermedad. Como lo refleja el desarrollo moral del arte de la curación, que impone lentamente (varios siglos) el motor autonómico (darse la regla a sí mismo) a la relación médico-paciente, hasta consolidarlo como un hecho central de dicha relación. Tal como finalmente terminará por confirmarse en la década del 70, cuando la bioética reconozca “oficialmente” el gran giro que Kant propuso varios siglos atrás. De allí que, para redondear todo ello, se pueda agregar que la medicina de aquel entonces aceptó su vocación por una facultad complementaria al Arte de curar, un estado de autocrítica permanente que generará un contrapeso para el respeto de los sujetos involucrados. Aunque, en esa solución, y según el sistema kantiano, la ética quedaba escindida de las demás facultades, separada del arte y del conocimiento, y para proyectar la modernidad. Porque la voluntad y su independencia de la experiencia, son consideradas por Kant como otro de los aspectos que interesan explorar separadamente. Principalmente porque allí hay otro tipo de razón particular, que posee sus propias leyes (morales), las que finalmente no pueden ser explicadas por medio de otro tipo de razón. Aquí trata Kant la naturaleza de la libertad, como algo suprasensible, y por ende con leyes independientes de la condición empírica, que pertenece a la razón práctica pura (C.r.práctica, p.48). Pudiéndose incluir a la salud como uno de los aspectos de dicha libertad, y por lo tanto esa salud ha de compartir ese análisis sobre la segunda.

En un análisis muy sucinto, la naturaleza suprasensible, en este caso de la ley moral, se desprende del tipo de causalidad que debe asumir, esto es de causalidad mediante libertad (C.r.práctica, p.54). El mismo Kant se pregunta, que sucede con la aplicación de la

causalidad como categoría a cosas que no son objeto de experiencia posible, sino que se hallan mas allá de los límites de esta (op.cit., p.60). Este abordaje lo hace en dicho texto, donde analiza el problema de si existen determinaciones o principios universalmente válidas para la voluntad (op.cit., p.39). Se refiere a los imperativos categóricos o leyes válidas para todos los sujetos o entes que posean razón y voluntad. Y al respecto Kant considera que efectivamente existe un principio de deleite (ser feliz) tras la determinación de la voluntad, ello porque existen necesidades que dirigen al sujeto hacia objetos, pero que no forman leyes universales, como el bienestar por ejemplo, que no es una ley universal porque es dirigido por la necesidad. Siendo justamente la tarea de la critica de la razón práctica revelar cómo puede suceder que esa razón determine la máxima de la voluntad (op.cit., p.51). Importando la determinación de la voluntad en cuanto a su libre albedrío, porque la voluntad libre encuentra en la ley (razón) su meta, un motivo determinante, incluso en la máxima. En otras palabras, y de acuerdo con lo anterior, sería la ley moral la que hace ver la posibilidad de la libertad. Juzga que si puede hacer algo cuando sabe que “debe” hacerlo (el motor). De aquí a la ley fundamental de la razón práctica “obra de tal modo que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre al mismo tiempo como principio de una legislación universal” (op.cit., p.36).

De esta misma manera, el mandato moral del “se sano” aparece como un principio universalmente válido, y quien desee acceder a él seguramente lo hará porque le deleita este estado llamado salud. Pero este paso de la enfermedad a la salud no deja suficientemente claro hasta donde llega la necesidad o la voluntad del paciente. El “se sano” parece no determinar una ley universal a este respecto porque la necesidad es aquí mandataria. En ese mismo sentido, el deleite se relativiza más aún cuando alguien sano se plantea a su vez el principio: “permanece sano”. E incluso más aún, y como si no fuera suficiente, tampoco queda del todo claro el papel que juega la voluntad intermediadora del médico en ese “se sano”, ya que la relación médico-paciente parece imponer algo así como “si quiere sanar busca un médico”. Ahora bien, si se tiene en consideración que la voluntad kantiana es producto del entendimiento con la facultad apetitiva, en su relación con objetos (op.cit., p.61), se comprenderá mejor lo que ocurre con la salud y su compromiso entre necesidad y

voluntad. En otras palabras, en una relación entre un enfermo-necesitado y un médico-voluntarioso, exige un entendimiento entre ambos, en los límites de la libertad de la ley moral (autonomía kantiana). Hay que tener en cuenta que en su concepto está contenido el de una causalidad con libertad (esto es no determinable por leyes naturales). Y de acuerdo con ello la curación pasa a ser un deber (un motivo determinante) para la voluntad libre y preparada como la del médico. Un deber de curación, que actúa como acicate de las exigencias representativas y progreso modernizador, condiciona al médico como un especial artista de la curación. Un deber que lo invita a adherir a la ley moral, en la libertad de su rol (Arte de curar), para a cambio de su participación, facilitarle la experiencia de la libertad. Así con la curación eficaz, la medicina moderna ha dejado de ser una excusa virtuosa, pasando a ser parte de la autonomía o compromiso adquirido según la característica que califica su tipo de arte. Esto es gracias al tipo de libertad que otorga la ciencia. Por lo tanto, se podría decir que ya desde fines del siglo XVIII, y simultáneamente con el viraje hacia la clínica, la medicina consolida un nuevo motor para su impulso terapéutico. El deber hacia la búsqueda de eficacia curativa.

Por otro lado, la regla de la facultad de juzgar, bajo leyes de la razón práctica, es preguntarse por el asentimiento de la voluntad propia, en el caso de que la acción propuesta sucediera según una ley de la naturaleza (de un orden de cosas) de la cual se formara parte (op.cit., p.76). Y esto se basa en la autonomía de la voluntad (op.cit., p.39), como único principio de todas las leyes morales. Frente a la heteronomía anterior (aristotélica) que no produce obligación alguna, el querer heterónimo (apetito por ley) no convence a Kant, porque la voluntad no puede ser obligada a darse una ley, porque el querer es autónomo y no se obliga. Y la concepción de una voluntad que tiene que apoyarse en una ley moral mas allá del mundo sensible, como un forzado equilibrio, coloca su determinante fuera del terreno de la crítica de la razón pura. Tal fue el caso de aquel médico virtuoso y su concepto de la salud como parte de la felicidad, obligado por una heteronomía que no se debe a la eficacia de la curación, que se moviliza ajena a sus representaciones, obligada por la belleza de su arte, por la bondad de la felicidad, por amor al equilibrio, etc. Frente a ello

el deber de la curación obliga por la ley moral, se debe a la eficacia, a la representación y la ciencia. Así debe determinarse la voluntad en la nueva era.

Habría que agregar que la alternativa moral, planteada por el empirismo escéptico de Hume, no logra resolver el problema de la heteronomía. Porque al poner al hábito en lugar de la necesidad objetiva, con el concepto de causa como aprobación social, esta ley moral permite preservar los conceptos de bien y mal como consecuencia empírica de la llamada felicidad (un tipo de heteronomía). Así el empirismo arranca de cuajo la moralidad de las intenciones (deber), para poner en su lugar el interés por las inclinaciones (op.cit., p.78). En este caso el médico buscaría la salud vinculada a la felicidad, por hábito. Los únicos objetos de una razón práctica son los del bien y los del mal (op.cit., p.64), y estos se refieren a acciones antes que sensaciones. La existencia del objeto de bien promete placer, determinando una causalidad en el sujeto a producirlo (facultad apetitiva). Donde lo bueno y lo malo se juzgaran siempre por medio de la razón. Bien y mal son una referencia a la voluntad, por la determinación a hacer algo con un objeto (op.cit., p.67). Lo que se llama bueno tiene que ser objeto de la facultad apetitiva en el juicio de toda persona por lo que su formulación necesita de razón (op.cit., p.67). Frente a todo ello, Kant cita el ejemplo de la enfermedad como algo no necesariamente malo porque no rebaja el valor de la persona sino solo el de su estado. Incluso un dolor puede enaltecer cuando es inmerecido (op.cit., p.67). Algo desagradable como una intervención quirúrgica se declara por la razón como bueno. Pero es la ley moral la que determina la voluntad a priori, y enseguida como consecuencia de esto, el objeto del bien y del mal. Ya que objetos de agrado (bien supremo) hay varios como la felicidad, la perfección, una ley moral, un dios, etc. Todos ellos determinan la heteronomía. Y de allí no sale una ley moral imperativa universal a priori. Y su motor está en el ánimo, en el que influye la ley moral al producir un sentimiento sobre la voluntad, un sentimiento de agrado favorable a ella. Para Kant y gran parte de la modernidad será el respeto por la ley moral lo que nos mueve, esto es el deber, es la obligación. Resumido en la fase: observancia por deber. Su origen está en la independencia de la naturaleza, en la libertad. Libertad que puede definirse como independencia de la voluntad de toda otra ley que no sea la ley moral (op.cit., p.101). Para que el entendimiento pueda someter la

multiplicidad de los apetitos a la unidad de la conciencia de una razón práctica imperativa. Estas son las categorías de la libertad, formas del pensamiento que contienen conceptos prácticos elementales, ya que persiguen el libre albedrío. Donde Kant también encuentra categorías, de cantidad como las máximas, principios y leyes; de cualidad de obrar o abstenerse; de relación como personalidad y de modalidad como el deber y lo lícito (op.cit., p.73).

En resumidas cuentas, se podría sostener que de los tres tipos de razones kantianas, la preferida fue la razón moral, por sobre la del conocimiento y la del arte. Y así también parece entenderlo la propia medicina la que la postula como su principal fundamento, por su incidencia sobre el actuar humano. Lo que a su vez se encuentra potenciado por la situación de las otras dos facultades, por las exigencias de representación y razón eficaz; y por las dificultades del arte determinado por la razón estética. Frente a todo lo cual, la medicina que produce destinos en salud, tuvo que reinventar una definición mixta de arte que moralizara la producción y el concepto de curación. Con todo, el impacto fundamental del Arte médico parece ir marcando ya un cierto sesgo sobre un progresivo aumento en el peso de lo voluntarioso en la producción médica y ulteriormente de la técnica. Un aspecto que Kant estudió solo tangencialmente como “las proposiciones en ciencias prácticas”, las que pasan a ser técnicas si no determinan la voluntad, ellas son más bien acciones suficientes para producir cierto efecto (op.cit., p.31). Esto es, si solo se busca el efecto (en este caso salud), entonces se trataría de una técnica. Un problema que parece alejarse de la curación y la salud como deber (obligación médica) o como placer (felicidad de paciente). Y además, como si lo anterior no fuera suficiente, Kant deja esbozados los alcances de la modernidad. En efecto, y si recordamos un par de aspectos estudiados anteriormente, podríamos deducir del pensamiento de este filósofo, que en primer lugar la modernidad parece poseer un tipo particular de pensamiento o de representaciones, dirigidos a defender la preeminencia del sujeto sobre el objeto, y posiblemente con la finalidad de aumentar el grado de libertad del sujeto cognoscente (algo tan caro tanto para la modernidad como para el mismo Kant). Como es bien sabido la respuesta de Kant fue separar “el fenómeno” de “la realidad en si”, proponiendo aceptar lo que podríamos llamar un modelo de realidad más

humilde y provisorio, y que además se reconozca como subjetivo. Este planteamiento, demasiado revolucionario, y nunca aceptado en su totalidad por la modernidad, ha dejado abierta una herida en el corazón de esta, ya que mientras aquello esté pendiente ella no se habrá agotado culturalmente.

Ahora bien, si se tiene en consideración que para Kant la razón depende de la crítica, y que esta última pareciera haber conducido a la modernidad sin estar a la altura de la tarea, entonces no se puede esperar sino confusión de parte de las alternativas que la razón presente. Demorando innecesariamente la culminación del período moderno debido a que el tipo de conocimiento que debió haber sido aceptado libremente por la razón, el giro copernicano planteado por Kant, continúa esperando aún la sanción favorable de la crítica. Y mientras tanto la modernidad debe sufrir las consecuencias desatadas por una inadecuada solución metafísica que postula por un lado el acceso a la “realidad en sí” (como aquella que permitía la metafísica de Aristóteles), contradiciéndose al aceptar también una estructura cognoscitiva en que el sujeto es el factor central, la que no permite el acceso a la realidad en sí sino tan solo al fenómeno. Con el límite al conocimiento kantiano que alcanza solo a los fenómenos se plantea un desafortunado conflicto que la crítica modernista no supo resolver por indecisión, inseguridad o necesidad, ya que no ha querido perder la relación previa que se tenía con la realidad y sus objetos, cuando ellos sí determinaban el conocimiento. Y así, para mantener esta fórmula, metafísicamente contradictoria, la modernidad y su crítica han tenido que ir ofreciendo diferentes alternativas (entre las que destaca el pragmatismo, por ejemplo) que desde luego no contemplan la necesaria tutela, planteada por Kant, de la metafísica sobre la ciencia. Y en tal sentido se podría explicar mejor la vigorosa predilección de la modernidad, y su particular crítica, por el modelo científico de realidad, al que vuelve una y otra vez como un verdadero comodín, y respecto del cual la medicina se hizo un eco especial en su última definición de Arte y ciencia de curar. Porque la misma crítica ha hecho suponer que la ciencia no se interesa por la relación sujeto-objeto, sino que solo interroga al objeto con su mítica neutralidad experimental.

En segundo término, también se deduce del análisis de Kant la importancia que la modernidad le otorga a la separación de las facultades como otro de sus elementos señeros para redundar en una mayor libertad para el sujeto. En este caso porque permite a la razón moral tomar la preeminencia sobre los demás imperativos, situándola como el motor respecto de lo que deba o no hacerse durante la modernidad, acusando el peso de lo voluntarioso en esta mentalidad. Por otra parte, la facultad de juzgar se basa en el asentimiento de la voluntad propia, la que sigue el imperativo de la ley moral de manera autónoma. Como lo evidencia la medicina moderna que ya desde su anterior definición (Arte de curar) acentúa tanto el voluntarismo, con el “deber de curar” no solo como una obligación médica (lo que redundaba en su eficiencia), como el respeto a la experiencia de libertad (destino y derecho de autonomía) para los sujetos (pacientes) modernos. Aunque este último aspecto sea una meta que la modernidad consigue se acepte tardíamente, para la segunda definición de medicina (a fines de los años 70). Y en tercer término, Kant permite avizorar la confusa y hasta tortuosa relación de la modernidad con todo aquello que implique arte, donde la primera ha tendido a colocar, con un cierto desdén, todo aquello que no pertenece ni a la razón ni a la moral. Y como en un cajón de sastre, el modelo moderno incluye sensibilidad, placer, naturaleza, etc. Separando la vieja relación entre la producción y el arte, pero también independizando la sensibilidad del conocimiento, proclamando la libertad del artista, su camino de placer y del respeto por la naturaleza. Generando un terremoto sobre el concepto de arte médica cuyas réplicas alcanzaron a la medicina moderna, haciendo trastabillar a la definición de Arte de curar hasta su derrumbe en el siglo XX.

4.3.- EL ARTE DE CURAR DIECIOCHESCO.

Durante aquel período, que va entre los siglos XIX y XX, la medicina moderna continúa su evolución, pero esta vez bajo el alero de una definición que es, aunque oficial, típicamente contradictoria. Por un lado, deseaba abandonar aquel arte que se confundía con la tradición analógica, y por otro lado aspiraba a formar parte de la nueva mitología: la opción positivista, que la consagraba como ciencia. Hay que considerar que en aquel tiempo se

afirmaba que la medicina era un arte, pero al mismo tiempo se la empujaba para transformarla a la brevedad en una ciencia (factor oficioso). En tal sentido, se podría decir que durante este período, la definición de medicina como Arte de curar comienza a ser considerada a regañadientes, mientras que la medicina dieciochesca debe asumir un doble estándar (ciencia y arte a la vez). Con todo, el fundamento o el origen de esta situación parecía estar en un fenómeno cultural más básico, del que no se tenía control, en aquella mentalidad representativa que conquistaba la modernidad. De hecho, la introducción de este factor (representación), permite comprender mejor la importancia del ordenamiento cosmológico moderno, el que pasa a depender de un tipo de orden cognoscitivo que privilegiaba el cálculo y la eficacia, para alimentar el necesario poderío frente a la enfermedad. Y en ese sentido, la representación positiva de la realidad (ciencia) era muy seductora, ya que prometía el progreso a través de conocimientos eficaces y descubrimientos sistemáticos, y con solo cambiar el tipo perceptivo. Aquello contaba además con la comprobación y los fecundos resultados de lo que estaba ocurriendo con muchas disciplinas, las que también intentaban transformarse en corrientes científicas, o en ciencias aplicadas, debido a la misma circunstancia. Como consecuencia de todo aquello, la ciencia se convertía en la forma más valedera de representación para el ordenamiento cultural de la realidad, desincentivando cualesquier otra alternativa, incluyendo al arte. Al mismo tiempo que la nueva mentalidad moderna cuestionaba el arte, lo interrogaba, le generaba inseguridad y lo obligaba a buscar un nuevo rol. Tal como lo ofrece la sensibilidad kantiana, luego la libertad romántica, y finalmente el arte se orienta (a fines del siglo XIX) hacia el dominio del deseo, en torno los límites de la representación productiva.

Pero, a pesar de todo, esta aproximación hacia la ciencia fue un movimiento lento y parcial que, al menos durante el período dieciochesco, permitió que la medicina continuara practicándose como Arte de curar (definición oficial). De hecho, soportó enhiesta el siglo XIX, como un fiel testigo de lo ocurrido, relativizando con su expresión la obsesión todavía reinante sobre la ciencia. Esta actitud conservadora permitió además que esa situación pudiera decantar progresivamente, sin desatar las esperadas resistencias, a raíz de sus contradicciones. En todo caso, esta circunstancia se va a ir tornando cada vez más notoria, y

solo podrá ser despejada a posteriori, hacia finales del siglo XX, cuando finalmente la ciencia pase a ocupar la casi totalidad del horizonte médico. Además, habría que agregar la acción oficiosa de un conjunto de elementos que podríamos llamar extracientíficos (para diferenciarlos de esta factor), los que incluyen a la técnica, y que coadyuvaron a desbancar a la definición oficial de “Arte de curar”. Sin embargo, no conviene adelantarse tanto, por el momento convendría atender al rol que todavía va a jugar el arte médico dieciochesco, para continuar siendo el elemento central en la definición de la medicina de aquel entonces. Debido a que ello no fue una circunstancia fortuita, sino que respondió al peso que aún tenía la lógica del arte, que podía conducir a la medicina con sus representaciones y su racionalidad productiva. Se trata de una porfiada lógica médica, que resistía las presiones por expulsar del arte todo lo que no fuese estético, y además tenía que poner en su lugar el “ataque” de parte de la ciencia. Hasta que ya no pudo sustraerse a la mentalidad representativo-positivista, la que finalmente terminará por desencadenar una suerte de alianza entre ambos, para salvar el cometido de curación.

Este misterioso papel jugado por la representación, podría ser considerado como un problema directamente vinculado al escaso desarrollo de la medicina, la que todavía no estaba preparada para la representación científica. Al menos algo así parece haberse supuesto, dejando esta posibilidad como una cuestión de mayor desarrollo, entonces lo que tenía que hacerse, para pasar a ser definido como científico, era una asunto de lucha y progreso. Y mientras tanto, no había muchas opciones, había que aceptar el papel artístico, porque la medicina dieciochesca se continuaba practicando de acuerdo al virtuosismo del artista, el que desempeña su papel de manera individual y privada. Esta disciplina seguía manteniendo su estructura intimista de acto médico, con escasa tecnología y tratamientos poco eficaces, que invitaban principalmente a esa virtud. Al menos esa parece ser la explicación que ha llegado hasta nosotros sobre lo sucedido, especialmente cuando se observan los cambios que trajo el desarrollo de la Fisiología moderna, al interior de la medicina dieciochesca.

Como se sabe, esta disciplina es una corriente de investigación, científico-médica, que explora las funciones corporales. Y al decir de los historiadores de la medicina, esta rama

de la ciencia triunfa y se consolida bajo el predicamento de representar de manera científica a la vida, y especialmente de aquellos aspectos que más interesen a la profesión médica del siglo XIX. De acuerdo con ellos, la historia de la fisiología subraya el papel de la representación científica, que la medicina dieciochesca (del arte médico) tuvo por misión unilateralizar, para llevar a esta disciplina hacia una determinada visión de la realidad. Incluso podría decirse que, bajo esta perspectiva, la fisiología otorgaba la autoridad cultural que necesitaba esa medicina, cosa que además se refuerza con la pretensión de ciencia. En ese empeño suele remitírseos hasta la clínica fisiológica de Bichat (a comienzos del siglo XVIII), por ejemplo, ya que desde entonces habían cobrado nuevos bríos el afán médico de ser aceptado en el seno de la ciencia, aunque sin mayores resultados (Lain,1978, p.464). Y mientras más aumentaba el rechazo, más crecía su anhelo por convertirse en ciencia, pasando a ser este el mayor empeño de los grandes clínicos de aquel entonces (op.cit., p.464).

Para realzar la importancia de esta circunstancia convendría tener presente que hasta entonces la historia de la fisiología se reducía al conocimiento “científico” del cuerpo humano, y no la revelación científico-experimental de las funciones corporales, como ahora se pretendía. Tal es así que esta disciplina, bajo la inspiración de Aristóteles, se venía dedicando al estudio de la naturaleza de las cosas en general, incluyendo el cuerpo humano. Recordemos que tan solo dos siglos antes, esto es hasta Harvey y Descartes (en el siglo XVII), la tradición biológica todavía se basaba en los escritos de Aristóteles y Galeno (Goodfield, 1987, p.14), donde el desarrollo de los órganos, y sus funciones, ocupaba una parte central de aquella fisiología. La que, de acuerdo con la mentalidad analógica, debía apuntar más bien a la descripción que a responder porqués, y que por lo tanto aceptaba explicaciones que incluyeran ciertos factores espirituales: los supuestos “espíritus de cada cosa”, como el espíritu del vino por ejemplo. Lo que pasaba a formar parte de la explicación que solía usarse, tanto para el análisis de gases, de fluidos volátiles, de almas, principios de animación, de energía animal, de la causa de la vida y hasta del calor animal (op.cit., p.15). Frente a aquellas explicaciones la modernidad termina por preferir el aporte de un Harvey, quien abogó contra aquel uso indiscriminado de la palabra espíritu,

sugiriendo abocarse a distinguir entre conceptos más provechosos, como los de proceso o substancia, ya fueran estos químicos o biológicos. La novedad estriba en que este autor aboga por el uso de representaciones científicas, que sí pudieran observarse o demostrarse por medio de experimentos.

Mientras que Descartes, a su vez, venía proponiendo que todo se explicara de manera mecanicista, excepto el Alma, porque todo era parte de la máquina del cuerpo. Incluso homologando el uso de las mismas leyes físicas para lo animado que para lo inanimado. La fisiología va a madurar esta metodología, y la recogerá después de dos siglos, bajo la perspectiva de la representación positiva de la ciencia y con la generación de fisiólogos cada vez más “científicos”, como Claude Bernard por ejemplo. Sin embargo, en el breve lapso de tiempo (50 años) que la ciencia invade a la fisiología, la primera transforma a la segunda, la que termina midiendo fenómenos ligados a la naturaleza de los organismos vivientes y finalmente al organismo humano, aprovechando el trabajo previo de las representaciones anatómicas. El problema que parece rescatar la fisiología dieciochesca es la posibilidad de establecer una correcta representación de lo vivo, que en este caso equivale a decir una “definición científica de lo vivo”. Por lo tanto las exigencias representacionales pasan a tener ahora requisitos físico-químicos, esto es de conceptos calculables, predecibles, manipulables, etc. Pero entre Harvey y Bernard encontramos el trabajo de muchos fisiólogos, los que aportaron datos experimentales a la nueva representación de los dilemas biológicos (como la localización del lugar en que se producía el calor corporal, por ejemplo). Había que concentrarse en elementos susceptibles de medición, y sus relaciones con otros fenómenos homologables, como la absorción de oxígeno por la sangre, o el origen del gas carbónico de la sangre, entre otros. En el año de 1837 Magnus establece la relación entre los dos últimos fenómenos, un asunto que algunos años más tarde cerrará Bernard, pero desde una perspectiva fisiológica más madura. Y cuya orientación queda ilustrada con su frase: “el verdadero santuario de la ciencia médica es el laboratorio y no el hospital, el que solo es el vestíbulo de la medicina” (Laín, 1987, p.477). De manera tal que este último autor, imbuido por la nueva perspectiva, propondrá redefinir a la fisiología, no ya como filosofía sino como la ciencia, cuyo objetivo es el estudio de los

fenómenos acaecidos en los cuerpos vivientes, además de determinar las condiciones materiales en que ellos aparecen.

En tal sentido, para él las palabras “salud, enfermedad, vida y muerte“ parecen no tener realidad objetiva, proponiendo que estas fueran tenidas desde entonces como expresiones usadas solamente para abreviar el discurso. Expone lacónicamente que perseguirlas es perder el tiempo. Con lo que deja estatuida una condena indirecta hacia las humanidades médicas, las que se venían dedicando a este tipo de materias. En cambio y desde su punto de vista, los fenómenos fisiológicos están determinados, y la tarea inmediata de la fisiología es estudiar esa interacción físico-química, entre las células y el medio ambiente interno que las rodea. Porque es justamente la existencia de un medio ambiente corporal interno y constante lo que contrarresta las variaciones del mundo externo, la mayor contribución de este autor (Goodfield, 1987, p.117). Pese a todo este científico nunca perdió de vista los alcances teóricos o los límites a la inevitable especulación fisiológica, exigiendo se dejara al margen de ella aquello relativo a la metafísica. Y en segundo lugar, que los límites metodológicos sean los mismos para esta rama de la ciencia que para el resto de la medicina, para que no hayan más explicaciones por “fuerzas vitales” (op.cit., p.132). Se requería una explicación en los límites de la física, para que sirviera a la ciencia.

En suma, si con Boyle la clínica había aspirado a ser ciencia, ayudada por la anatomía patológica (estudio científico del cadáver); con la fisiología (estudio científico del organismo vivo) ella entra de lleno en la ciencia, y con figuras tan señeras como C. Bernard. Al respecto Laín Entralgo señala que la fisiología ha entrado en su mayoría de edad durante el siglo XIX, constituyéndose en la segunda ciencia básica de la medicina, después de la anatomía (Laín, 1978, p.438). Es más, este historiador de la medicina distingue dos claras etapas, divididas por el año 1850, la primera con el desarrollo del vitalismo y el romanticismo; y la segunda con la mentalidad científico-natural (Laín, 1978, p.440). La última constituye el nuevo paradigma fisiológico, en términos físico-químicos (op.cit., p. 450), como regla general de la investigación fisiológica, tal como propuso Bernard. Identificando además, en este proceso, la sucesión de tres tipos de mentalidades al interior de la medicina (op.cit., p.464). Primero, la “anatomo-clínica”, que estudia la lesión;

después se deja paso a la “fisiopatológica”, que se aboca al desorden funcional; y finalmente ya con el cambio de siglo, está la “etiopatológica”, que busca causas externas a las enfermedades. Una sucesión que fue marcando la profundización del acento científico-experimental. Y con este marco general, la medicina de la segunda mitad del siglo XIX insiste en el rol de la ciencia, tratando de asumir ese tipo de representaciones. De manera que, hacia finales del siglo, se consagra la búsqueda de la etiología, esto es la causa de cualesquier enfermedad dictada por la ciencia, y en su lenguaje. Por estos motivos también no resulta extraño que la aspiración íntima de cada médico, de fines de ese siglo, haya sido la de emular el éxito de un Pasteur, que inventa científicamente las vacunas, o del Doctor Koch que descubre científicamente el bacilo tuberculoso, o de un Klebs que descubre de la misma manera el bacilo de la difteria, etc. Todos ellos armados de un microscopio, y tras ingeniosos experimentos, habían conseguido transformarse en verdaderos héroes nacionales (op.cit., p.486).

Esta secuencia de éxitos científicos asociadas a la fisiología, caracteriza las postrimerías de aquel período que define oficialmente a su medicina como Arte de curar, y al mismo tiempo constituyen un buen ejemplo de cómo tuvo lugar la constitución de un moderno prejuicio científicista. Un ejemplo de semejante actitud defensiva, de parte de la modernidad, es la línea de definiciones de medicina que se han esmerado en consolidar una fórmula que acentúe el papel científico y que niegue el rol de factores oficiosos extracientíficos, debido a la aspiración de que esta disciplina llegue a consolidarse oficialmente como una medicina científica. Y de acuerdo con lo anterior, la consagración de la fisiología ayudó en la suposición de que se estaba más cerca que nunca del anhelado status de actividad científica, aunque ello no repercutiera en la mejor comprensión de su situación de cambios. Por cierto que todo aquello estaba directamente vinculado a la argumentación algo miope, majadera y cuasi-mitológica, que ensalzaba el positivismo y minusvaloraba las demás variables culturales. Se suponía que la ciencia y su tipo de representaciones eran la demanda fundamental de la modernidad, olvidando que tanto la ciencia como los demás factores responden a una necesidad cultural anterior, como sería la de ordenar las representaciones de la realidad en aras de un interés superior. Ya sea este: el

progreso de la humanidad; o la eficacia adaptativa como especie; o la voluntad de poder; etc. Y de esta manera se constituyó un tipo de reduccionismo científico, tras el error epistemológico de suponer que la ciencia era un fenómeno independiente, que poseía un fin en sí mismo, desconociendo que esta última presta su servicio a una mentalidad cultural. En otras palabras, al eludir el papel que desempeña otro tipo de representaciones, y sus tipos de racionalidad, pareciera haberse cometido un error que trajo diferentes tipos de consecuencias para el análisis del desarrollo de la medicina. Por un lado, se deja en un mal pie a las correspondientes explicaciones de su evolución, se hicieron ininteligibles sus cambios, y los pronósticos sobre ellos, además se tornaron absurdas y desesperanzadoras las medidas para enmiendas, etc. En suma, y a fines del siglo XIX, la medicina ha tomado una actitud obcecada respecto de la ciencia, obsesionada hasta tal punto con ella que no repara en el precio que está pagando, la pérdida de la comprensibilidad y hasta del control sobre sí misma.

4.4.- EL COMPONENTE EXTRACIENTÍFICO

Como se recordará, esta disciplina ha debido de sufrir diferente tipo de influencias unilaterales de parte de factores oficiosos que fueron dando un apellido al arte médico. Si se revisa lo que se ha anotado con anterioridad se encontrará que en su momento estuvieron presentes la magia, la religión, la filosofía, etc. Y su papel fue tan considerable que llegó a superar en importancia el rol que la ciencia tuvo a fines del siglo XIX, lo que no generó problemas a la mentalidad analógica, amplia y tolerante al respeto. En otro contexto, y durante el período de la Medicina dieciochesca surgen, con diferente suerte, dos factores oficiosos: el científico y el técnico. Sin embargo, el Arte de curar, influido por el prejuicio cientificista, no tuvo la objetividad suficiente para descubrir la importancia del último, el que ya entonces comenzaba un larvario desarrollo del componente productivista, voluntarioso, y hasta economicista (el que a la postre podría resumirse en torno al tema de la mercadería). Su fuerza radicaba en que detrás de este factor extra-científico estaba la representación, la organización y la satisfacción de necesidades sociales (llamémosle el deseo). En otras palabras, el elemento subjetivo del deseo, del inconsciente colectivo y

hasta de sus mitos, que hizo proclamar a W. Benjamin que “el mundo del intercambio y de la circulación de las mercancías” ha pasado a ser el más importante de los problemas modernos (Frisby, 1992, p.471). Incluso más aún, y frente a la idea moderna de ver en la ciencia el rol central en el desarrollo de la modernidad. Este autor considera que solo se podrá despertar de la actual situación de conciencia falsa o estado de ensueño (op.cit., p.381) cuando se acepte trascender la ilusión científicista, con una actitud escéptica (madura). Esta situación solo podrá apreciarse en su real dimensión cuando, a fines del siglo XX, la perspectiva científica adquiriera una fisonomía multicausal y estadística, y hasta entonces las sucesivas definiciones de medicina lo mantendrán entre las penumbras del prejuicio.

De acuerdo con lo anterior, y desde la perspectiva que da el tiempo, pareciera indispensable tener que reconocer la complejidad de la medicina dieciochesca, y la introducción en la medicina occidental de un importantísimo elemento oficioso-extracientífico, vinculado finalmente a la organización de la sensibilidad y/o el deseo (a la demanda, a las necesidades, al bienestar, etc.). Debido a que este componente permite entrever aquello que interviene “bajo la línea de flotación”, en la fundación de la medicina moderna, combinando temporalmente varios tipos de representación (tanto científicas como extracientíficas). Es decir, lo que finalmente permite la reformulación del producto cultural que llamamos “definición de medicina” es el conjunto de todas esas fuerzas, y de la jerarquía (cambiante) de sus aportes, en función de la representación preferida. En este caso, la integración extracientífica podría equilibrar la importancia del papel de la ciencia, tanto sobre el discurso como en el plano de los hechos, o de la voluntad, al aceptar una perspectiva más amplia respecto del arte. Lo que podría entenderse también como un mandato de exigencia subjetiva (la necesidad) sobre la objetividad científica, dada la nueva perspectiva que asume la interioridad del sujeto. De una interioridad que, por lo pronto, trae aparejado un desafío racional: comprender los nobles aspectos vinculados a la sensibilidad, y de su repertorio de intereses, a través de otras facetas de la subjetividad, o interioridad del sujeto. Descubriendo el papel del inconsciente colectivo, de la mitología, del deseo, de la simbología, de la semiología, etc. Un desafío que incluye también a la

ética, la que también tendrá que revisar el papel de la autonomía frente a las demandas de autenticidad. En tal sentido, la definición oficial de medicina nuevamente acusa toda la rusticidad del historicismo moderno, que no ha sido capaz de abrirse a la complejidad del fenómeno cultural, minusvaluando componentes como el mencionado. Pero ello no es gratuito, ya que posiblemente así se permita que aquellos factores encuentren una mayor facilidad para desarrollar su labor revolucionaria al interior de la medicina. En este caso concreto, la disciplina quedó entregada a la ensoñación científicista y sin capacidad crítica, para terminar por aceptar con candidez un aspecto que va a cambiarle su fisonomía definitivamente. En todo caso, esta dialéctica entre el discurso oficial y la realidad no representa un hecho aislado en la historia de la medicina, como demuestra el breve vistazo que se ha realizado.

Por lo tanto, y hechas estas consideraciones previas, parece necesario dedicarle algunas líneas a caracterizar mejor este concepto de un componente extracientífico, que actúa en la profundidad evolutiva de la definición de medicina, a la par del interés científico. Y para ello habría que comenzar por señalar que su accionar se debe al “origen” (Ursprung) cultural de la modernidad (Frisby, 1992, p.398), un fenómeno más amplio que el dominio médico. Y por lo tanto, para comprender este elemento, habría que mirar al siglo XIX de una manera determinada. Por ejemplo, Walter Benjamin lo analiza como si fuera un texto que nos hablara del siglo XX (op.cit., p.413), y para ello realiza una suerte de descripción topográfica del París del s. XIX, y propone representaciones que permitan sumergirse en el ámbito de lo subjetivo. Porque él supone que París era el lugar o ciudad donde se pudo haber fundado la modernidad propiamente tal, a partir de fines del siglo XIX, tal como la ciudad de Nueva York podría hoy representar al paradigma urbano de la más reciente modernidad, y a partir de la cual se podría estar fundando un futuro tipo de vida urbana. De allí que no podamos extrañarnos cuando este autor se refiere a una suerte de “excavación” (teórica) arqueológica, en un supuesto “yacimiento de la prehistoria de la modernidad” (op.cit., p. 416). Pero no de toda la prehistoria sino que de ciertos objetos (fragmentos), aquellos que permitan formular reflexiones sobre los orígenes sociales de la experiencia moderna, o bien de aquellos que permitieron a la modernidad transformar la estructura de la

experiencia (op.cit., p.465). Entiéndanse ambos como representar lo subjetivo o bien los deseos que transforman las representaciones. Aunque él aluda especialmente de los objetos pertenecientes al mundo de las mercaderías, donde Benjamin suponía estaba la esencia subjetiva de la modernidad.

Así vistas las cosas, podría decirse que los “fragmentos prehistóricos” buscados por Benjamin adquieren una compleja estructura filosófica. La que, en todo caso, resulta necesaria para enfrentar el más intrincado tema de la reflexión sobre los fundamentos de la modernidad, y por ende de la medicina moderna. El punto está en que, para poder avanzar realmente, hay que estar dispuesto a aceptar un método racional diferente, más atrevido que lo usual, porque con ello hay que abocarse al análisis “del mundo onírico”, de los “pasajes” de París del siglo XIX, y su arquitectura, porque allí pudiera estar el testimonio de su “mitología latente”. Y porque según Benjamin, el mundo del mito impregna al mundo moderno de la novedad, con la creación de los mitos modernos de la vida urbana, y sobre todo porque esa mitología constituyó la entrada al “paisaje primigenio del consumo”. De manera tal que él elige especialmente dos aspectos ligados a la mentalidad moderna: el “fetichismo de la mercancía” y la “conciencia falsa”. Los dos aspectos mencionados, y que además nos ayudarán a entender a la medicina moderna, están ligados al cambio de mentalidad del individuo moderno, sin olvidar que tanto el médico como el paciente también participan de ese cambio.

Efectivamente, la investigación de Benjamin llega a detectar un cierto trasfondo que enlaza la mercadería con el deseo, constituyendo el factor extracientífico mencionado. Observa como una característica del tiempo moderno, su monotonía, homogeneidad y vacío juegan un papel cultural re-ordenador. El que se vincula posiblemente a la naturaleza de la experiencia, en este caso sobre la progresiva incapacidad de la modernidad para aumentar la asimilación del mundo por medio de la experiencia (op.cit., p.466). Él llegó a sostener que en dicha mentalidad existe una “atrofia” en el aumento de la experiencia. Un problema que se puede observar desde el trabajo en serie de una fábrica hasta la atención médica de consultorio. De manera que la experiencia moderna aparecía así completándose en un plano individual, sin pasado ni historia. Y los datos del recuerdo pasan a ser datos de una

prehistoria. Mientras que el futuro deja de existir para la modernidad (op.cit., p.470). Desde otro punto de vista, también se llega a la conclusión de que la comunidad moderna no conoce historia ni concibe futuro, esto es porque se trata de una comunidad que está en un estado de “ensoñación”, a merced del inconsciente colectivo. Explicable, en un plano mas concreto, porque las fuerzas burguesas dejaron de preocuparse del futuro de aquellas fuerzas productivas que ellas mismas desencadenaron (incluyendo a los médicos). Siguiendo con ese raciocinio, parece hoy ingenuo el preguntarse que habría sido de, o dónde estarían, las actuales profesiones si el profesional moderno efectivamente se hubiera preocupado por las consecuencias profesionales de su quehacer. Una respuesta que es tomada en serio por la medicina moderna solo a fines del siglo XX, con la bioética.

Además, ese marco general de donde nace la importancia que la modernidad le asignaría a la mercadería, en la perspectiva benjaminiana del estudio de la mentalidad primigenia, debe concentrarse en el examen de un París desaparecido en el siglo XIX. Porque allí se encuentra un hecho de significación, la posibilidad de analizar el problema del inconsciente colectivo de esa época (dormida), en la “decrepitud” del proceso de desaparición de la cultura parisina. En otras palabras, pareciera que aquellos primigenios paisajes, convertidos ahora en una ciudad desierta y poblada con habitantes míticos, proporcionaban una maravilloso paisaje de decrepitud, el que podía utilizarse como método de estudio del inconsciente colectivo y su latente mitología. Todo ello como fundamento de la mentalidad moderna que enlaza ciencia y otros factores extracientíficos. Por lo demás, esa decrepitud también marcaba otros rasgos de interés sobre la modernidad y sus construcciones, por ejemplo la fragilidad de la gran ciudad con su transitoriedad. Esa decrepitud de paisajes primigenios también es aplicable al estudio de la génesis de la medicina moderna, por ejemplo desde la decrepitud de sus hospitales, donde habitan fantasmas como el del gran clínico de aquel entonces, un médico que llegó a saberlo todo, con su ojo clínico, su equilibrio, etc. Él es un buen ejemplo de aquel médico-héroe-científico, del abnegado apóstol que detuvo el sufrimiento, que supo intuir la norma de la salud, del heredero del magus renacentista. Pero en este método cabe también otras decrepitudes de los hospitales-decréritos que aún existen, como aquellos de los países pobres, con sus insuficiencias, sus

grandes salas multitudinarias, y la falta de comodidades; hechos para la beneficencia, o para acoger al menesteroso. Todo ello permitiría comprender por contraste el origen de aquellos otros hospitales actuales, los que se organizan para grupos de privilegio, que les permiten acceder a ordenados y mezquinos edificios, ultra-especializados y abarrotados de equipos tecnológicos. Recintos que a partir del siglo XX van a ofrecer febrilidad y preparación para la eficacia, expedita y anónima. Es justamente el análisis de Benjamin el que podría permitir que se encuentren las evidencias de estudio, las condiciones prehistóricas y la simbología que posibilitaron semejantes cambios en la medicina moderna. Lo que, a su vez, permitiría comenzar a entrever que ya desde el comienzo o del nacimiento de la medicina moderna ella poseía ciertas características estructurales y señeras. Esta comprensión, desde el punto de vista del mundo onírico de la medicina post-dieciochesca, se basa en un posible estado de ensoñación, donde se está a merced del inconsciente colectivo, esto es: sin autoconciencia ni autocontrol de sí misma (sin humanidades médicas). Y a su vez, esto le otorga un mayor peso tanto al deseo como a la mercantilización de la medicina.

Sin embargo, para abordar una perspectiva (extracientífica) benjaminiana como la señalada, sobre el desarrollo de la medicina a partir del siglo XIX, resulta indispensable adentrarse en el elemento central de esta teoría: la mercadería, vinculada a la aparición del fenómeno de masas como poder económico. Porque la sociedad moderna se ve sometida a este como a otro tipo de fuerzas del deseo, siguiendo las reglas impuestas por la mentalidad representativa. Así se posibilita un nuevo ordenamiento comprensivo con una lógica que desafía al mito científico como motor de la modernidad. En esta nueva mentalidad, con la atrofia de la experiencia y enajenada en su ensoñación, la mercadería toma un peso inconcebible en otras circunstancias. Allí pasa a destacarse la mercadería como un referente de las necesidades en medio de la confusión, como símbolo de los deseos sociales, como una medida de ellos, como un filtro, etc. Pero no se trata de cualesquier representación de ella, Benjamin analiza como en esta época nace la mercancía ni más ni menos que como un “fetiche social”. No hay que olvidar que, ya desde 1930, Benjamin postula que el fundamento de la modernidad radica en el carácter de fetiche de la mercadería. Un aspecto

que profundiza los alcances de este concepto ligado directamente al origen del deseo y de su influencia cultural, un aspecto oficioso para la definición, pero capital para entender hacia donde se dirige la medicina moderna, y sobre el cual nada podría decir una visión científica de esta disciplina. Y aunque el concepto mismo de fetichismo sea un asunto lleno de misterios, como lo revela el análisis antropológico, que incluye desde la veneración animista de objetos hasta la versión o representación más técnica, como la psiquiátrica por ejemplo. Sobre esta última, el fetichismo se clasifica médicamente como pérdida de salud mental, o una perversión del instinto sexual, o una pérdida negativa de la meta sexual (Ey, 1980, p.348). Este difundido sesgo psiquiátrico del fetichismo ha generado una idea nosológica del concepto, denotando una vinculación erótica patológica y anormal (enfermedad) con un objeto. Y por ende, hoy en día, el fetichismo ha quedado en el imaginario moderno principalmente como enfermedad, obstaculizando la correcta comprensión benjaminiana. De hecho la perspectiva psiquiátrica subraya ciertos lineamientos, como por ejemplo que el impulso sexual se ve desplazado por el deseo sobrevaluado de un objeto alternativo, por lo que bastaría con mantener a cualesquier fetichista alejado de la representación de su objeto de atracción sexual (foto, ropa interior, perfume, etc.) para bloquear su impulso sexual. Ahora bien, en aspectos más bien técnicos, en este modelo lo incomprensible, y por lo tanto anómalo, se presenta por ejemplo al considerar que pocos impulsos superan la fortaleza del Impulso sexual, cosa que hace el fetichista, quien puede ir mas allá de esa fuerza o instinto sexual. Como lo hace notar K. Jaspers (1980, p.722), para quien el terreno de lo incomprensible es el dominio psicopatológico de la locura. Mas concretamente aún, los psiquiatras ortodoxos como Jaspers, relacionan la enorme fuerza del fetichismo con la fuerza similar de un cierto tipo de locura como es la manía (1980, p.723), es decir de un desquiciamiento del afecto, que bulle y lleva a la hiperactividad, a la sensación de placer y de bienestar irreal. Y además produce fallas en el juicio, por sobre valoración.

Sin embargo, y a pesar de las indudables directrices de anormalidad, podemos suponer que el aspecto psiquiátrico no era lo que más interesaba a Benjamin, ni lo que lo decidió para utilizar el término. Es más probable que el interés por el concepto haya llegado a él desde la

influencia de Marx y/o del psicoanálisis de la cultura (hay que recordar que Benjamin pretendía ir hasta el inconsciente colectivo a desentrañar el concepto de modernidad). Incluso, habría que considerar también que el aspecto animista del fetichismo fue rescatado por el psicoanálisis a pesar de que el primero había ido quedando relegado al estudio antropológico especializado. Con todas las perspectivas citadas, médica, psicoanalítica y antropológica, parecieran apuntar en la misma dirección. Haciendo la salvedad de que la médica reduce el fenómeno a los aspectos que representan la anormalidad sexual. Para los psicoanalistas en cambio, más especulativos que el modelo médico, la anormalidad del fetichista es tan solo uno de los aspectos a comprender. Llevando el concepto de fetichismo a sus aspectos culturales, que lo acercan a la virtud, como una capacidad hedonista exagerada del sujeto frente al objeto representado, o bien como un redescubrimiento y revalorización del objeto ligada a un deseo superlativo. De acuerdo con esta perspectiva, y desde el punto de vista del objeto, el fetichista puede llegar a presentarse como un ser portentoso para desear como nadie lo haría, como el único capaz de darle una importancia individual, y hasta mística, al objeto de su deseo. En su actitud, el fetichista, parecería que se trata de un ser elegido, de un individuo con poderes especiales, que le permiten darle urgencia posesiva al objeto representado. Y así el fetichista podría ser presentado como el único poseedor, como el coleccionista por excelencia, como aquel que puede tornar un objeto cualesquiera en algo particular, etc. Esto último si parece estar más cerca de la imaginación de Benjamin (al que volveremos enseguida).

Aunque en ambas perspectivas, la médica y la antropológica, se alude a una predisposición enajenante, que deforma la realidad. Para la psiquiatría el fetichista se constituye en el terreno individual de la anormalidad mental previa. Mientras que para una mirada etnocultural se trata de costumbres grupales, de valores animistas o religiosos. Por tanto, en ambos casos se alude a diferentes planos de subjetividad en individuos predispuestos, sanos en el caso de la antropología, y enfermos en el caso de la psiquiatría. Pero aunque sean defectuosos o predispuestos por su desarrollo psicosocial previo, se trata de alguien negador por lo menos, y además negador por entrenamiento (Fenichel, 1966, p.386-9). Quien, tras su exagerada valoración, y especialmente en el caso de la psiquiatría, esconde

un sustrato de represiones y malas experiencias previas que terminan por interesar al psicoanálisis mas que el mismo fetichismo. Así el objeto mismo de fetichismo se convierte solo en la bandera de un buque que se hunde. O en otras palabras, al desear el zapato en vez de su dueña por ejemplo, el fetichista no elige el zapato separado de la mujer, sino que a ambos en una oscura relación de significados, o bien de tensión entre ambos deseos. De allí que se diga que misteriosamente solo la parte inspira al fetichista, mientras que el todo se le esconde.

En esa particular negación fetichista, tanto del pasado y del futuro, como del todo de la verdad, se esconde uno de sus principales misterios y aquel fue elegido por Benjamin como argumento del enajenante trato que se le comienza a dar a la mercancía a partir del siglo XIX. Y a través de la mercancía al objeto representado supracientíficamente. Con el deseo por delante y el instinto extraviado, el fetichista confunde el rol de la cosa y al mismo tiempo la eleva a la categoría de meta, tal como sucede con la mercancía y su representación. Aquí la sensibilidad llega al extremo, la subjetividad es monstruosa, y la confusión del individuo que padece del fetichismo de la mercadería llega al máximo, puesto que de faltarle esa cosa hecha fetiche, queda desestructurado en el plano impulsivo del deseo. Estableciéndose una dependencia mutua entre el fetichista y el objeto de su apetencia desmedida (la mercadería). Una circunstancia que por lo demás permite desarrollar una estructura de producción y comercialización masiva de mercaderías, donde solo es el gusto el que aumenta (aunque sea a punta de mercaderías superfluas) (Frisby, 1992, p.453). De manera que, mas allá del hedonismo del objeto médico que se levanta, mas allá de la relación posesiva por la que el objeto tiene la posibilidad de pasar a ser algo mas que particular, mas allá de todo aquello se evidencian seres que practican la medicina enajenados, y que en su anormalidad “duermen “ o al menos viven de “ensoñaciones”, agregará Benjamin. En lo que podríamos llamar una “medicina de la ensoñación”. Un tipo de medicina imbuida de un afán negador, cuyos estrechos horizontes no dejan apreciar toda la profundidad de la salud para quedarse solo en sus ribetes más concretos de curación. Aunque la mercadería se adapta tanto a la curación como a la salud. Se encontrará mercaderías por doquier en el medicamento, en el examen, en el status de la clínica, en la

clasificación diagnóstica, en el recurso humano, etc. Donde las necesidades y el gusto toman un rol predominante para indicar la más correcta alternativa, tal es el papel del goce en la “medicina de la ensoñación”. Un gusto que lleva a la salud, como a la curación, al terreno sobrevaluado de la mercancía, que ya en aquel entonces organizaba seguros de salud, mutuales, colectivos y todo tipo de comercio alrededor de la medicina. Siendo el deseo de compraventa de curación, el que progresivamente ganará más terreno, al margen de la científicidad, debido a una completa reorganización social en tal sentido. Poco a poco el problema central de este tipo de mentalidad, caracterizada por un cierto defecto de quienes padecen de este fetichismo, se apoderará también de la relación médico-paciente.

Al revisar la representación benjaminiana de esta cultura moderna de ensoñaciones, enseguida sobresalen los conceptos de “consciencia falsa”, y el sueño colectivo. Un sueño que desafía la imaginación de Benjamin, y que lo lleva a preguntarse por aquellas vivencias que dieron origen al fetiche, que conducen al estudio del deseo y sus fuentes, a la estructura de la inspiración, a los valores que prefieren los fragmentos al todo, a aquello que permite que el fetichista de la mercadería elija la parte desarticulada de sentido. Un interés que remite al inconsciente y su “bosque de símbolos”, por los mitos que consolidan esa perspectiva, etc. Ese es el marco de la mentalidad que permite al instinto extraviado, donde Benjamin buscó la explicación más profunda de la modernidad. Él abordó desde las metas placenteras desviadas, con sus apetitos perversos hacia la mercadería, mirando hacia el motor del extravío, precisamente allí en la sala de máquinas del trastorno, allí donde un tipo de mentalidad produce la experiencia del fetichismo de la mercadería (más allá del psicoanalítico impulso libidinal).

Para Benjamin existiría una insuficiencia en la mentalidad de la civilización moderna, que pervierte el curso del placer y lo detiene o lo desvía hacia la mercadería. Desde luego que asombra constatar tal denuncia Benjaminiana, ¿cómo puede ser que toda una civilización (soñando) pudiera estar enajenada o hasta enferma?, pareciera inconcebible aceptarlo. ¡Toda una civilización tuerce su mentalidad hasta conseguir desviar el impulso de goce hacia la compraventa de mercaderías, de ser así se trataría de una hecatombe!. Pero a Benjamin no lo detienen estas consideraciones, según él y dado el camino que señala la

evolución de la mercadería, ella se ha hecho una misma idea con la cosa y cuyo origen estaría dado en un nuevo trato con las cosas. Cosas erotizadas, cosas deseadas, cosas deshumanizadas, cosas que conmocionan, etc. Cosas que seducen al fetichista que valoriza diferente, a las nuevas cosas (a las mercaderías). Esta mentalidad fetichista (Benjamin la llama el mundo del sueño de las mercaderías) da origen a una mitología particular que se crea y se sostiene, a su vez, por un cambio de valores. Siendo justamente el estudio de este cambio de la mayor importancia para entender la nueva mentalidad, donde se sostiene la modernidad.

El fetichismo de la mercadería desarrolla una estructura de comercialización masiva de mercaderías, incluyendo a la nueva medicina de la ensoñación, debido a un mandato social que le otorga el visto bueno. Solo así podría explicarse que la nueva mitología pueda demandar la producción de una cuota de salud y enfermedad fetichizadas, y desviadas de su fin por obra del placer. Todo ello nos debe hacer reflexionar en sus fundamentos, porque sería inconcebible que ella se sostuviera a sí misma si no estuviera recibiendo el apoyo de un tipo particular de mentalidad, o si no tuviera tras de sí una estructura valórica de sostén. La que resumidamente presenta principalmente dos mecanismos axiológicos para mantener la situación de fetichismo. Por un lado está la jerarquía homogeneizada de las cosas sometidas a las reglas de las mercaderías, esto es a la valoración de todo por el precio. Y por otro lado está la masificación de las exigencias para disminuir la valoración estética de la “aura” de las cosas. Es decir, su intimidad, lo originario, lo individual, etc. que obliga a buscar sucedáneos (autenticadores espurios) de esa “aura”. Para Benjamin el primer elemento valorativo se reafirma en su rol gracias al segundo, y ambos por la permanente conmoción de la novedad, la que impide ponerlos en tela de juicio, así se cierra el círculo del nuevo trato. Con esta estructura de valores se entrega una civilización a su propia mitología, en el sueño de las mercaderías, cuyas consecuencias también se manifiestan en la evolución de enfermedad, justipreciándola, calculándola, masificándola, midiéndola, etc. Tendencias que se justifican tras la búsqueda de la novedad en la enfermedad, e incluso por el espectáculo mismo que ella genera al buscar sucedáneos del aura. En esto la ciencia nuevamente juega como un gran autenticador o comodín. De manera que la medicina

instala el fetiche de la mercadería usando a la ciencia para concitar esperanzas en la solución que ofrecen las mistificadas mercaderías. En otras palabras, el mito señala que hay que esperar que exista algo que comprar para conseguir alguna curación, algo que la ciencia haya inventado y que el mercado ofrezca a la venta, y cuando no lo haya hay que saber esperar.

Como se verá la identificación de las cosas con las mercaderías repercute en un cierto “desarrollo axiológico”, el que conviene profundizar con un poco más de detalles. La modernidad y su fetichismo han cambiado el valor utilitario de una cosa, el que otorga el uso del objeto ese valor por otro, de intercambio o trueque, por medio del dinero. Cuya consecuencia es la homogeneización del universo. Posteriormente, y ya identificada la cosa con la mercadería, el valor de trueque de la cosa evoluciona nuevamente. Primero hacia el valor sentimental de cambio (contenido en el precio) y enseguida hasta la interpretación inconsciente del precio según alegorías (el sentido figurado de algo). Así el precio como valor alegórico de la mercadería comienza su influencia y lo importante pasa a ser no ya el precio sino que la distracción, la ficción, la metáfora, etc. Todo ello contenido en preferencias simbólicas o irracionales. Como los deseos que ahora pasan a ser sostenidos por la novedad de la mercadería. De manera que el fetiche de la mercadería queda así finalmente apoyado en el dominio de la curiosidad, en la novedad. Apuntando lo siempre nuevo al inconsciente, a la simbología de la eternidad. Pero también de aquello con que se cuenta y que resuelve toda necesidad incluso la necesidad médica, ya sean soluciones útiles o simplemente alegóricas de la “medicina de la ensoñación”.

La nueva valoración que Benjamin describe, que evoluciona desde los valores de trueque a los de cambio y finalmente a los alegóricos, señala los cambios que también ocurrirán a la medicina moderna. Como por ejemplo, el dinero que es reemplazado por el precio y sus alegorías, ya sea en la distracción, ficción o metáforas; las que obviamente marcan también las preferencias de la medicina y su ámbito de influencias. En ese sentido existen múltiples alternativas, ya se trate de precios para chequeos médicos rutinarios, o de los valores monetarios para alcanzar cierto canon de belleza con una cirugía estética, o quizás si hasta el monto para conseguir longevidad, y muchas otras alternativas médicas con su

correspondiente costo. Todo ello alimentado por mitos, como el del progreso médico que todo lo cura, o el de la sanitización de la vida cotidiana que evita el sufrimiento, o el de la justicia social en la fragmentación mercantil de la salud, etc. Cuyo sostén no está dado por la ciencia precisamente, sino que la curiosidad y las novedades que bombardean continuamente el inconsciente, con su mezcla de ilusiones y logros.

Por otra parte, la masificación de la producción obliga a que la elaboración de dichos objetos no se contemplen valores individuales, se trata de soluciones masificadas, porque la mercadería es extensiva. La valoración “aurática”, estética si se quiere, aquella que contempla la dignidad y misterio que aporta el arte (también el arte médico) en la construcción de una cosa, fue entendida por Benjamin como un excepcional fenómeno de distancia, que atestigua la autoridad del arte en su capacidad de revelar la condición de singularidad de un objeto y su distintivo de autenticidad (Frisby, 1992, p.461). Una condición que por cierto, al ser una característica de excepción, es inseparable de la tradición. Por lo tanto, el objeto sin “aura” queda de este modo desvalorizado o deshumanizado como cosa (la extensión a las enfermedades es obvia). Aunque las cosas así desvalorizadas, como mercancías sin aura, puedan ser mejor coleccionadas según un nuevo clasificador de cambio, para ser agrupadas sin problemas en una casa comercial por ejemplo. Estas cosas siguen ahora al nuevo valor sentimental de cambio, y con el agregado de algún sucedáneo del valor aurático: esto es con el valor alegórico. La experiencia aurática se puede substituir ahora por la búsqueda y/o colección de huellas (op.cit., p.467), como lo muestra el ejemplo de la moda por los manuales de tratamiento médico, cada vez más minuciosos y esquemáticos. E incluso la experiencia ya señalada de la conmoción de lo nuevo, la nueva investigación, el último fármaco, las que no solo amenazan la “aura” sino que además y de hecho se han transformado en sus substitutos (op, cit., p.463).

El trabajo rutinario o en serie, el que después será indicado como una característica de la modernidad, resulta así un fiel testimonio de lo que está en juego, porque allí es patente que el valor aurático se ha perdido y que ya nada interrumpe la rutina. Solo un shock de los sentidos es capaz de interrumpir todo aquello, con la conmoción de lo nuevo bajo la égida de experiencias contrarias a la “aura”. Esta experiencia estremecida, repetida una y otra

vez, conmociona los sentidos hasta embotarlos, y de esa manera consigue modificar las valoraciones de la mercadería masiva hasta un extremo, el de perder su “aura”. El valor aurático fue estudiado por este autor en la Estética de la reproducción masiva de la obra de arte. Y de acuerdo con este estudio el autor pudo plantear que el valor aurático del mundo del arte se vio substituido por su valor de exhibición. A lo que contribuyó mucho el aumento de los medios técnicos de reproducción o de imágenes acercadas (op.cit., p.462). De acuerdo con ese mismo estudio la evolución de la producción de la obra de arte revela además un hecho social, que la forma de la mercancía alcanza a la obra de arte como artículo de consumo masivo, para traer así la decadencia a la experiencia aurática. Lo que a su vez reduce al artista a su condición de productor de mercancías para un mercado (op.cit., p.461).

En suma, para Benjamin pareciera que la pérdida del valor estético de la “aura” ocupa un lugar central en la modernidad al permitir el fetiche de la mercancía y su sueño mitológico, porque al actuar el deseo libre de la tutela de la “aura”, este se pervierte y se extravía. Ese es el sentido en que la medicina moderna, como otras actividades de esta era, posee esta condición enajenada. Entre cuyas consecuencias tenemos el cambio en la percepción del médico y la consiguiente generación de desconfianza en él (y que tanto preocupa a la bioética), lo que obviamente también afecta al paciente (dañando incluso su capacidad de recuperación). Por consiguiente, la elevación de la mercadería a patrón de intercambio cultural tiene también sus consecuencias sobre el aura de la salud y la medicina, de partida y al homogeneizarlas con otros aspectos culturales las hace perder relieve, nobleza o jerarquía. Porque la entrega de todos ellos en términos de mercadería origina una serie de rituales que pervierten la medicina y la ensombrecen. Porque el sometimiento universal al valor de precios acepta la comparación entre todo aquello que lo acepte. Y por otro lado, las exigencias de producción masiva, incluida la medicina, requieren dejar de lado la profundización, el aspecto individual del arte médico de producir salud con “aura” (esto es con distancia y exclusividad), de construir el acto médico como obra de arte. La curación en términos de mercadería, susceptible de medidas de goce o bienestar, y bajo la nueva perspectiva técnica de la conciencia fetichista, pide la simplificación de la producción,

sustrayendo dicha aura por su pesada carga de trabajo adicional. Su consiguiente deseo es obtener una colección de enfermedades (diagnósticos) en esos términos, que le permitan dejar de lado el estorbo de un aura que le otorga una onerosa individualidad a cada enfermedad y reemplazarlo por el valor novísimo de la enfermedad masificada. Para ganar en eficacia y sistematización del tratamiento. Jugando aquí un papel decisivo la manutención de los sucedáneos del aura, como es “la novedad” por ejemplo. Los que toman prestada a la ciencia y a la tecnología para mantener suficientemente adormecida la conciencia médica, absorta en el progreso, ya sea en el último descubrimiento, o bien en la lucha por estar a la cabeza de la siguiente novedad, la que premiará con la consagración momentánea a su descubridor, etc.

Sin embargo, habría que tener en cuenta que los elementos constitutivos de la modernidad hasta aquí examinados corresponden a la vertiente interior de la modernidad, y su mentalidad subyacente, pero todavía no se examina su contrapartida exterior, en las obras que testimonian, en los rastros arqueológicos de ese comienzo de la modernidad examinado por Benjamin. El análisis de este rastro de la subjetividad pertenece a otra área importante del análisis Benjaminiano de la modernidad. Para este autor, la “mitología moderna” no es un asunto accesorio debido a que ella representa un cierto estado mental e indeseado de ensoñación (sueño metafísico) que dejó una huella o rastros de mitología, en los sueños colectivos del siglo XIX tales como las configuraciones arquitectónicas (“las casas del sueño de la colectividad”). Y por lo tanto son de índole externa al mito, porque se construyen a la sombra de él. Estas incluyen: pasajes, jardines invernales, estaciones de ferrocarril, fábricas, hospitales, consultorios, etc. A lo que incluso podríamos llegar a agregarle hasta construcciones culturales, como el sistema de salud social, entre otras creaciones del espíritu moderno. Es por eso es que Benjamin se atreve a plantear que frente al desarrollo de una nueva mentalidad aparece también, y como contrapartida, un mundo de hechos materiales con su propia vida secreta (externalidad). Entre los que destaca especialmente la vida secreta de la mercancía, revelando la adaptación de la mercadería al nuevo esquema cultural que alimenta la nueva mentalidad. En tal sentido la mercadería posee su propia metamorfosis que comienza por revelarse a partir de en un lugar físico en particular: “El

pasaje” (asunto que es narrado por Aragón en el pasaje de la Opera, op.cit., p.430). Allí la mercancía esperaba una mejor oportunidad con un papel más público, la que llega con los grandes almacenes y las ferias universales, desde entonces la mercadería no ha cesado de cambiar en incesantes transformaciones. En ello también ha jugado un papel destacado la moda y la publicidad ya que ambas se encargan de mantener realizada su faz siempre nueva.

El tema de los “pasajes” cautiva a Benjamin porque allí se originaría físicamente el fenómeno del fetiche de la mercadería, apodándolo “el paisaje primigenio del consumo” (op.cit., p. 432) o el comienzo de “los templos del capital mercantil”. Mientras que como rastro arquitectónico (estético) es crucial para entender las fantasías perdidas del siglo XIX (op.cit., p.379) porque está justo en un lugar estratégico: en el umbral, entre los laberintos de las calles y de las multitudes. O bien, según la historia de la arquitectura-comercial, este sería el predecesor de los grandes almacenes, porque la historia de la mercadería no termina aquí sino que continua en otra parte. Compuesto por un largo conjunto de tiendas elegantes en las que se vendían “souvenires”, poseía en lo arquitectónico, ciertas características típicas: un piso de mármol; techo de fierro y vidrio; alumbrado a gas; etc. En todo caso, en los pasajes las mercancías se cernían y se imponían sin oposición, como las imágenes del sueño más extravagante. Sin embargo su vigencia fue fugaz, como siempre ocurre con las creaciones modernistas, y debido al mismo progreso desapareció pronto. Las causas de aquello fueron múltiples: el ensanche de calles; la luz eléctrica; la prohibición de la prostitución y la llegada de los bulevares de Haussmann.

Muchos autores han abordado el tema de los pasajes, por ejemplo Benjamin se inspira en Aragón para estudiar el contenido onírico los pasajes de París, así puede tomarlos como una clave surrealista, y para hacer una “topografía mitológica” de esa ciudad, y volver transparentes sus mitos al respecto. Allí observa, como también lo hizo Breton, una ciudad concebida como una constelación de símbolos, o bien ve en ella tal como lo hizo Baudelaire: “un bosque de símbolos” a investigar, para que el mundo del sueño de las mercancías pueda revelar la clave de su misterio... Justamente allí, en la “prehistoria” de la modernidad, se puede conocer sobre el origen de ese mundo del sueño. En el caso de Benjamin el pasaje viene a representar la noción más básica del laberinto y no solo como

concepto arquitectónico de la modernidad sino que, y lo que es más importante, está transformando la noción de Laberinto arquitectónico en una figura gnoseológico-antropológica, como toda construcción humana. Lo que a su vez permite que el lector se vea tentado de pensar los laberintos no solo como construcciones materiales, exteriores a la subjetividad, sino que además como modelo de conocimiento y por lo tanto pertenecientes al mundo interior. Cuya más excelsa construcción racional la habría alcanzado la metafísica (un sofisticado laberinto espiritual), que creó y solucionó sus propios laberintos, especializados en explicaciones. En tal sentido tendríamos que aceptar laberintos de muchos tipos que sistematizan idéntica gama de experiencias. Incluyendo aquellos que utilizamos para: observar, vivir, disfrutar, padecer, etc. Así vida, voluntad y conocimiento todo pareciera responder a la misma teoría del laberinto. Sin embargo, Benjamin prefiere vincular su teoría de los laberintos a la comprensión de la dialéctica entre la arquitectura moderna y la arquitectura soñada por los antiguos (Grecia clásica), como lo indica su definición de lo moderno como “lo nuevo en el marco de lo que siempre ha existido” (op.cit., p.375), ya que la novedad no puede impedir que la modernidad misma se derrumbe en lo sempiterno (op.cit., p.422).

En el caso de la medicina moderna, como ocurrió antes con todas las medicinas, la novedad tecnológica no podrá impedir su derrumbe en lo sempiterno o clásico de la vieja medicina. En ese sentido, la mitología modernista mencionada participa plenamente en los laberintos (interiores y exteriores) de la medicina de todos los tiempos. Aunque en un plano más concreto, puedan cambiar los mitos con que, la medicina moderna crea los laberintos. Pero los laberintos actuales para el médico de hoy incluyen otras calles y callejuelas. Como el de conocer los laberintos de los seguros médicos, también el de ser más atractivo o seductor en el negocio médico, etc. Para el paciente a su vez la cosa se complicó más, hoy debe distinguir en los intrincados laberintos al buen médico del malo, pasillos que también exigen hacerse respetar por el médico, entre otras cosas. Y en tal sentido, serían parte del laberinto externo de la medicina no-solo los hospitales (monumentos ciudadanos) sino que también la pléyade de médicos especialistas y hasta los primeros laboratorios. Aspectos que durante el siguiente siglo continuarán el desarrollo laberíntico externo de la medicina

dieciochesca cuyo umbral, en vez de los pasajes, se encuentran donde limitaba lo externo con lo interno, en el acto médico o la relación médico paciente. Mas específicamente, el rastro arquitectónico crucial de las fantasías perdidas (del siglo XIX) vendría siendo el nuevo hospital, ordenado por especialidades y laboratorios. Mientras que el fetiche de la mercadería, en el caso médico con sus propios lugares de peregrinaje, que ya no se limitará a los hospitales como grandes almacenes sino que a las exposiciones universales (Benjamin, 1998, p.179), encuentran su expresión médica en los congresos mundiales y hasta en las transnacionales farmacéuticas. Y otro tanto ocurre con los hospitales ultraespecializados, institutos, o los grandes centros hospitalarios especializados, tales como la clínica Mayo, el instituto Pasteur, entre otros. En todos ellos se transfigura el valor de cambio de las mercaderías (Benjamin, 1998, p.180), para terminar dirigiendo al paciente moderno hacia el laberinto comercial que atrapa con sus redes de telaraña.

Lo que en ningún modo significa que a su vez no haya laberintos interiores, los que como veremos también existen, aunque para comprenderlos se deba recurrir a otra memorable figura benjaminiana: el *flanêur* (op.cit., pp. 49-83). Este personaje es el habitante de los pasajes parisinos, y a él considera Benjamin como el fundador de la mentalidad moderna. Para Frisby (op.cit., p.380) el “*flanêur*”, como azotacalles, es quién mejor representa ese período, aplanando calles y perdiéndose en sus laberintos, o bien en el laberinto formado por las multitudes, siempre mirando, observándolo todo (Benjamin, 1998, p.79). Aunque acompañan a la figura del *flanêur* otros personajes que caracterizan la modernidad, como el coleccionista, quien será el que haga uso de un elemento destructivo importantísimo al separar objetos del contexto falso, para reordenarlos en una verdad originaria, oculta. Entendiéndose por contexto falso a la transmisión por tradición. Sin embargo también el *flanêur* es una especie de corta vida (de acuerdo con la ley de la modernidad), y cuya perdición fue el embotamiento de los sentidos por la conmoción de lo siempre nuevo, ya que buscando la novedad pasó de la multitud a la mercadería (Frisby, 1992, p.458), del bulevar a su última comarca “el bazar” (Benjamin, 1998, p.71). Su ocio de holgazán fue rápidamente reemplazado por la febrilidad por la conmoción (Frisby, p.449), y de observador de multitudes termina abandonándolas para convertirse en masa, en miembro de

la multitud. Entonces sucumbe al mundo de las mercancías, ya sea como mercadería el mismo o bien como consumidor. Desde entonces el flâneur vaga por el laberinto de las mercancías como en otro tiempo había vagado por el laberinto de la ciudad (Frisby, p.451). El flâneur se entrega a la ebriedad de la mercancía (Benjamin,p.71).

Así mismo, a partir del el siglo XIX el médico pasará de una actitud de observador (flâneur) científico de la enfermedad a la de servicio a la producción de salud para las masas. Preocupado tanto de los detalles científicos, pero también de los eficaces aunque no sean científicos, el nuevo tipo de médico-flâneur posee el afán de coleccionar, y no solo enfermedades sino que también tratamientos, y hasta éxitos y eficiencia. Pero este médico, coleccionista y observador se interesa por la enfermedad en cuanto ella sea expresión fetichista de la mercadería, en otras palabras que ya se le pueda dar una desmesurada importancia individual para llegar a establecer con ella (hacia fines del siglo XX) un trato semejante al que se consigue con un objeto de deseo. De manera que en su evolución modernista el médico se transforma de héroe en hedonista de la salud, y en tal sentido en el único capaz de velar por el deseo de estar sano. Este nuevo poseído por la finura de su misión queda lejos del héroe. En resumidas cuentas, podría afirmarse que a comienzos de ese siglo (con el nacimiento de la clínica) el médico moderno venía siendo un consumado observador al modo naturalista, y a mediados del siglo, pasa a ser un observador mas especializado, un coleccionista con anhelos científicos. Si se considera este aspecto se puede suponer una modificación substancial del laberinto médico tradicional, frente a las exigencias sociales de la modernidad, con toda la fuerza que la mercadería y la masificación exigen a partir de entonces. Estas nuevas exigencias mediadas por el deseo, que a su vez forma mitología, podrían explicar en parte el hecho de que poco tiempo después la medicina evolucionará dejando de lado el anterior papel de héroe por el de su disfraz, otra de las cosas que según Benjamin caracteriza el período (Benjamin, 1998, p.116). Dado que el héroe moderno ya no existe sino que él es representado en su papel.

Pero en todo caso la actitud del coleccionista, al margen de la utilidad personal, que crea configuraciones sorprendentes que sirven para ordenar el destino de su objeto para hacer avanzar la medicina. La colección de lo atípico se da no solo en los museos, sino que

alcanza hasta las mercaderías en las tiendas, e incluso a la medicina donde se acumula, salud o enfermedades, pacientes, medicamentos, etc. Sin embargo, paulatinamente el médico moderno no quedará conforme con la colección, él preferirá poner esa realidad en términos de comercio y no-solo para observarla. Es posible suponer, siguiendo los lineamientos de Benjamin, que a mediados del siglo XIX el médico-flaneûr pudo observar el espectáculo de los nuevos laberintos comenzados ya a construir como resultado de la impresionante curiosidad y el apoyo de la medicina experimental. El médico faneur cabalga sobre dos épocas, por un lado sobre los testimonios escritos en rancios textos de semiología con aquella memorable sabiduría práctica, como el ejemplo de conocer el sabor de la orina de un diabético, o el color del líquido cefalorraquídeo de un sifilítico, o la diferencia de olores de las deposiciones de diferentes enfermedades, etc. Pero por otro lado, depende también del fenómeno que sacudió nuestra cultura, del fetichismo de la mercadería que modificó el tipo de arte médica, dando la oportunidad de coleccionar nuevos y más potentes tratamientos y/o enfermedades. Este tipo de médico tuvo que adaptarse a ese impacto que desafiará a la definición de la medicina moderna, porque cambiará tanto en el trato con los diagnósticos, con los tratamientos, con las costumbres de atención, las formas de financiamiento, etc. Y todo esto con el sesgo de la negación de la experiencia, con su nueva monotonía, vacuidad, homogeneidad y desde luego con la facilidad para el olvido que facilitaba la arremetida de la novedad, generalmente “científica”. Todos los factores que la cultura moderna viene prefiriendo desde aquel entonces.

Pero además y sospechando ya de su rol artístico, el médico moderno sumido en su mitología fetichista, parece haber desatendido su autocrítica debido al estado de ensoñación antes referido por Benjamin. En su estado de falsa conciencia, progresivamente mercantil, no cabría la crítica ni las arrebatadoras confrontaciones por la finalidad de la profesión, descritas por Foucault entre los galenos que fundaron la clínica, a fines del siglo XVIII, las que prácticamente ya no se vuelven a dar. En tales condiciones menos aún habría tenido lugar un cuestionamiento de la mitología o del deseo desviado ahora hacia las mercaderías y sus reglas del juego, que ya venían comandando los cambios. En todo caso la

preocupación médica por las consecuencias políticas o sociales, o bien por las características propiamente efectistas del acto médico, desaparecen de su primer plano, pudiéndosele atribuir alguna responsabilidad en este factor a la declinación del humanismo médico. Con un estado tal de ensoñación, de debilidad de la auto conciencia del médico, y su particularidad moderna de desatender tanto su pasado como su futuro, se avientan las barreras para el cambio o las reformas al interior de la medicina. Quedando el proceso de cambios mas a merced de factores extraracionales y hasta de fuerzas inconscientes y/o sociales que de la misma ciencia, la que pasa a desempeñar un rol de alimentación de este sistema. Así no es raro que la medicina, como toda la sociedad moderna, que se ve sometida a este tipo de lógica, genere una atmósfera negadora en que la mercadería tome el peso inconcebible de un fetiche social.

En suma debemos de suponer que, a pesar de no ser considerado el factor oficioso extracientífico en el desarrollo de las definiciones de medicina modernas, y de la generalizada opinión a favor del rol científico, el Arte médico dieciochesco dio origen a un nuevo factor extra o supracientífico que pronto comenzará a exigir atención. Porque en la intimidad de la relación médico-paciente se desarrolla paulatinamente, y siguiendo los pasos de una cultura mercantil, que desarrolla una expresión más bien fetichista de la enfermedad, y no aquella supuestamente científicista. En otras palabras, en su faceta cotidiana e individual la experiencia médica modernista sigue un derrotero que poco a poco se separa del orden científico, facilitando un trato organizativo para explotar la necesidad en términos económicos. Tal es su nuevo ordenamiento, el que conlleva la aparición de un tipo de salud del mismo tipo, hedonista, defendida por un médico que supone poseedor de la llave para descubrir y tratar con la maldad que impide poseer el objeto deseado o adorado, o de un encargado social del deseo de estar sano. Y de un paciente que mira la salud como se mira el derecho a gozar algo propio, esperando hallarla si es necesario según el patrón de cualesquier mercadería. Y lo anterior sucede a pesar de la doctrina oficial, la que pretende en breve aceptar en la definición de medicina a la ciencia, reconociéndola como una parte indispensable de su accionar, ignorando el aporte extracientífico de otras perspectivas modernistas como el mundo de la ensoñación científicista o de esta

hipertrofiada valoración del goce. Claro está que esta actitud parece ser parte de aquella ensoñación, y que ello ha de condicionar una mirada sesgada sobre el origen de la actual medicina, lo que a su vez ha de impedir que esta última se comprenda mejor. De hecho la medicina moderna insistirá en el papel central de la ciencia, convencida de que el médico debe ser un científico y hasta aceptará en la siguiente definición justamente esta alternativa como un gran aporte intelectual. Quizás si aquello pudiera deberse a que intuitivamente se entiende que cuando menos la ciencia podría aportar una cuota de seguridad y confianza por medio de la objetividad y la predicción, y con vistas a no desorganizar la producción médica en su vinculación con la realidad. Incluso porque la situación actual va de la mano con la mantención obligada del actual ordenamiento metafísico. Aunque esta actitud condene a la medicina moderna a permanecer en el mundo de la ensoñación y enajenamiento, del que solo podrá despertar cuando despierte del sueño de la modernidad.

CAPÍTULO 5. ARTE Y CIENCIA DE CURAR. CUARTA FORMA DE DEFINIR LA MEDICINA.

5.1.- PERÍODOS CIENTÍFICO Y TÉCNICO

Hacia principios del siglo XX, nuevamente la medicina moderna se vuelve a permitir un cambio oficial de definición. Y como era de esperarse, aquello no considera a los factores oficiosos extra-científicos, sino que precisamente lo contrario, es decir le da la oportunidad de incorporar a la ciencia a dicha definición, sacándola del papel oficioso. En ese sentido, el paso del “Arte de curar” al “Arte y ciencia de curar” se presenta como una respuesta enunciativa a una larga aspiración cultural, de acercar la atención médica al ideario científico. Dado que esta demanda había llegado a percibirse como una suerte de exigencia, por la enorme importancia que la ciencia venía tomando en los procedimientos médicos. Y de esta manera, la modificación aludida parece ser la única posible, hasta cierto punto obvia, y además en consonancia con el grado de influencia científica que el grupo médico deseaba para su quehacer (como lo muestran las crónicas de principios de ese siglo). Sin embargo, hay evidencias contrarias, que señalan que la incorporación de la ciencia a la definición oficial de medicina no era ni la única alternativa de cambio, que tampoco era tan baladí, y que ni siquiera se trataba de un acontecimiento dirigido a incrementar la influencia de la ciencia en la medicina.

De partida, habría que aceptar que este acontecimiento transcurrió sin despertar un mayor interés cultural. A pesar de que era la primera vez, en 2500 años de historia, que la medicina se atrevía a introducir algo más que arte en su definición, aquello no era noticia, ni despertaba ningún tipo de curiosidad intelectual. Y esto, sin olvidar que la anterior definición había prevalecido desde el comienzo de la era moderna, es decir desde el siglo XVII y hasta las primeras décadas del siglo XX. Se podría interpretar esta inconsistencia

como una suerte de intuición sobre el corto período que se esperaba durase esta nueva definición oficial, ya que efectivamente ella va a tener una vigencia real muy corta. Efectivamente, alrededor de 30 o 40 años, después pasó a tener un rol de “etiqueta”, porque lo que realmente se deseaba era constituirse en una “ciencia de curar”. Todo ello creaba un estado de cierta confusión, así como también lo hacía una percepción soterrada de la inminente introducción de una seguidilla de factores oficiosos y extracientíficos, de la mayor importancia, los que se podrían englobar bajo la denominación genérica de “técnicos”, entre los cuales destaca especialmente el economicismo, por ejemplo.

De modo tal que para aquilatar las circunstancias que llevan a introducir esta nueva definición oficial de medicina, y el auténtico peso cultural de este último cambio, habría que despejar algunas incógnitas. Por ejemplo, habría que preguntarse por aquello que hizo necesario que esta disciplina se comprometiera tan decididamente con la ciencia, o de cómo es que esta última (ya sea fisiológica u otra) se transformó en un factor omnipresente para la medicina. Una duda que se encuentra relacionada con el grado de compromiso que debió tener la anterior definición, para verse obligada a esa, y no a otra, reformulación. Pero también habría que reflexionar porqué hubo tal desatención sobre las influencias intelectivas y definatorias de otros factores. Como el de los citados elementos extracientíficos expuestos por Benjamin, que tanto bien le harían hecho a la comprensión del fenómeno médico moderno. Se trata pues de un asunto que no parece sencillo, sino que al contrario, dado que aquel cambio de definición apuntaría en muchas direcciones a la vez. Sin negarle a la ciencia la importancia que ella ha tenido en la evolución de la medicina contemporánea, ella parece ser tan solo uno de los factores, ya que los hay también históricos, culturales, antropológicos, y otros. Y todos, o cada uno de ellos, parecen estar ejerciendo algún tipo de relación de continuidad entre ambas definiciones. En tal sentido, la tarea comprensiva resulta algo descorazonadora, lo que pudo haber influido en que la modernidad se haya negado a utilizar, aparte del arte y de la ciencia, terceros o cuartos elementos en esta definición. Más aún, tampoco se podría descartar que esta supuesta imposibilidad de redefinición extra-científica escondiera alguna otra razón, todavía más de fondo, y que orientara el cambio en un determinado sentido y momento.

En ese sentido, y dado que el cambio de definición parece ser un asunto de la mayor amplitud, habría que considerar una perspectiva que, como la genealógica por ejemplo, contemple un grado suficiente de abstracción, para incluir respuestas más globales, y asumir la integración de los aportes señalados. En otras palabras, para acometer el desafío que plantea el más reciente cambio de definición de medicina parece necesario tener que llegar a aludir a una controversial forma de análisis: al proyecto de civilización llamado “moderno”, a pesar de la incomodidad de un tema incompleto y evanescente. Es decir, habría que partir de lo más abarcativo, como el desarrollo histórico de un marco cultural, y hasta de una supuesta mentalidad moderna, y su especial hermenéutica para la validación de su experiencia. Aunque sea un tema que aún está en desarrollo, y que en esa medida difícilmente pueda alcanzar la objetividad, y la independencia necesarias. Lo que a su vez plantea un desafío adicional, encontrar un planteamiento señero, que otorgue cierta garantía de consenso sobre de los límites y las metas del proyecto de modernidad. Este método ha de ser respaldado convenientemente, bajo la autoridad de un pensador que haya incluido esta inquietud en su sistemática, como podría ser un E. Kant por ejemplo.

Desde esa perspectiva, y como ya se analizó, la modernidad aparecería con algunas tareas cumplidas y otras por cumplir, lo que pudiera servir para interpretar sus constantes cambios, sus preferencias y hasta el grado de predecibilidad del cambio. Donde el arte médico practicaría su cambio a favor de la ciencia, como una respuesta a una tarea esperada, de establecer un modelo de conocimiento objetivo. Y sin olvidar, ni el papel jugado por la inseguridad que causa el cuestionamiento estético sobre el concepto de arte en general, ni la debilidad tan característica de su crítica. Con la enunciación de estos límites ya se puede prever que el cambio de definición de la medicina moderna, ambicionó una fórmula definitiva pero debió conformarse con una apuesta provisoria por la ciencia. En lo que también le cabe un rol al oportunismo del voluntarismo modernista y su deber de eficacia, dado que encuentra un aliado en la llegada de aquella ciencia. Hasta tal punto que la misma crítica modernista parece participar activamente en el fomento de una idea equivocada de medicina, y acepta la modificación de una definición que apela a la ciencia, a pesar de su sentido provisorio y quizás sí hasta de ensoñación social. Sin lugar a dudas

que valdría la pena profundizar algo mas sobre este aspecto, y especialmente si se tiene en cuentas que ya desde las postrimerías del siglo XIV, y en forma previa a la modernidad, ya venía creciendo el ideario científico y sus expectativas, el que parece haber llegado a un cierto grado de madurez cultural recién durante la época contemporánea. De esta manera el caso de la medicina moderna vuelve a servir como ejemplo sobre la magnitud de la fuerza que toma este factor modernista, ya que la medicina posterior al advenimiento de la fisiología se vio obligada a postular una forma de atención médica de acuerdo con el método científico.

Ahora bien, y sea como fuere, para entender el ultimo de los cambios de definición de la medicina, pareciera imposible dejar de considerar la faceta más esencial que ha jugado la ciencia en todo ello. En otras palabras, habría que empezar por sopesar el verdadero rol que ella ha desempeñado, ya que este podría representar algo más que un simple método para asegurar el correcto interrogatorio al objeto. De hecho, y para M. Heidegger por ejemplo, la ciencia posee innegables pretensiones metafísicas, porque su labor se orienta a crear una “teoría de la realidad” (Heidegger, 1980, p112), aunque ella misma no lo reconozca así. Dónde “teoría” significa saber algo sobre una cosa ateniéndose al aspecto que ese algo tiene. Mientras que “realidad” es lo que “actúa”, o que “hace”, desde la naturaleza, o bien aquello que por esta ultima es aportado a la “presencia” y que además “permanece”. Todo lo cual se traduce hoy en día en un cierto tipo de realidad fenoménica como lo que “es cierta o efectivamente así”, o incluso lo “contrastable” (op.cit., p.114-118). De allí que la ciencia como “teoría de la realidad” significa que todo científico debe estar dispuesto a reformular sus saberes, para hipotetizar sobre un cierto tipo de realidad, la que está restringida solo por lo que resulta contrastable, experimental u objetivo. O dicho en otras palabras, la ciencia que ha aceptado la medicina en su definición viene a cumplir con una función considerada estratégica para esa disciplina, el ajustar (estrechar) la realidad para asegurar el conocimiento en lo objetivo (op.cit., p.124). Porque como Heidegger lo sostiene, la objetividad de la naturaleza es ya y de antemano solo uno de los modos en el que se ex-pone la naturaleza (op.cit., p.130), y que además le interesa a la medicina. El autor cita el ejemplo de cómo la física clásica y la física atómica sostienen sendas (dos)

teorías sobre la naturaleza (a saber y de manera respectiva: una precalculable inequívocamente y otra relativa o estadísticamente calculable) (op.cit., p. 128).

Por lo pronto, se podría decir que lo que el cambio de definición busca sería que la ciencia venga a aportar a la medicina la posibilidad de acceso a una teoría objetivista de lo real, porque este es el modo que la modernidad ha preferido para concebir los límites de su relación con la naturaleza. Algo que hoy por hoy quizás si no llame tanto la atención de nuestra crítica (léase humanidades médicas), pero que ciertamente resultaría chocante para el pensamiento de otras épocas. En todo caso, se trata de una forma de entenderla, que descansa, o más bien está avalada por un método que no intenta cambiar la naturaleza sino solo descubrir sus leyes y predecir su comportamiento. Para que finalmente se pueda ordenarla, medirla y especialmente manejarla, de acuerdo con su perspectiva o teoría de la realidad. Recordemos la definición de Max Plank sobre lo real como “aquello que se deja medir” (o calcular) (op.cit., p.125), y enseguida podremos imaginar que si se integra toda esa información recogida en leyes o fórmulas matemáticas, pronto tendremos un cosmos ordenado y previsible. Se trata de una vieja aspiración, que por lo demás resulta muy seductora para una humanidad que no asume a cabalidad el giro copernicano que planteó Kant, y que además cree descubrir en esta formulación de la realidad la posibilidad voluntarista de terminar con sufrimientos como el de la enfermedad, combatir la cercanía de la muerte, e incluso la forma de paliar necesidades como la salud. Pero, como contrapartida tiene que aceptar que perderá el control de todo aquello que no se deje medir, lo que quedará escindido, como lo inabarcable y sin interés (op.cit., p.131-136). Un precio que sin dudas acepta una modernidad excitada, arrobada, obnubilada por el interés. Así las cosas el giro copernicano kantiano quedará en hibernación.

Y mientras tanto, en medicina, como además les sucedía a todas y cualesquiera de las disciplinas que buscaban su proyección modernista, este papel aparece muy ligado al movimiento archi-científico de la fisiología (Laín, 1978, p.591-604), cuya teoría de lo real creció de manera desmesurada hasta mediados del siglo XX, aportando sus razonamientos, cada vez mas matemáticos, con una encomiable dosis de objetividad y la adhesión de todos los miembros del “cuerpo médico”, como lo muestra la definición de su quehacer. Sobre

esta “fisiologización” de la medicina, dice H. Gadamer (1996, p.14) que en el siglo XIX se impuso en ella, la convicción general de que se había ingresado definitivamente en la era de la ciencia positiva y de que se había superado por fin la (rémora) metafísica. Y todo ello gracias a la intercesión del método científico. A lo que podría agregarse que incluso, esta acentuación científicista, ha permitido a la ciencia jugar un papel de transición o, si se quiere, de atenuación del arraigado paradigma de la medicina entendida solo como arte. Sin lo cual difícilmente se habría podido dejar de lado el paradigma anterior. Es decir que sin esta sobrevaloración científicista, y a pesar del decaimiento modernista del arte, posiblemente aún se seguiría definiendo a la medicina tan solo como arte. Habida consideración de que entonces era más difícil que ahora el asumir otros tipos de paradigmas de definición de la medicina que contuvieran las crudas y profundas facetas que a fines del siglo XX comenzarán a mostrarse.

Así, el mito social queda establecido desde entonces, y la ciencia pasa a ocupar una posición culturalmente predominante e ineludible, para que toda la cultura gire a su alrededor, y por ende también la medicina “fisiologizada”. De hecho ya no es posible enseñar ni practicar los paradigmas médicos si aquello no se hace bajo la tuición científica y su teoría de la realidad. Así, ella pasa a ser el aval teórico, de verdad o falsedad, en los juicios médicos, como en toda explicación sobre la naturaleza de las enfermedades, como también sobre la salud. Se trata de un momento que bien vale la pena de recordar en las palabras de un cronista de la época, el Dr. L. Hervé, quien narra la cotidaneidad de un hospital chileno de aquellos años en la Revista médica de Chile (1982). Como testigo directo del cruce de ambas épocas en el histórico nosocomio colonial de “San Francisco de Borja” (1772-1976), el autor ilustra el momento en que la medicina contemporánea consolida su reciente cambio de definición. Según la opinión de este autor, el año 1930 marca una fecha entre dos medicinas diferentes entre sí (Hervé,1982, p.701) por el aporte científico que logró influir sobre la patología, disminuyendo su gravedad. Narra este autor que en dicho hospital se atendían muchas neumonías que hasta entonces eran mortales (25%), y que solo en 1942 va a aparecer el aporte de la penicilina, vinculado al progreso de la investigación científica. Y algo similar ocurrió también con la artritis gonocócica y la

sífilis, dos enfermedades bacterianas que inundaban las salas (con un 60 al 70% de las camas), las que también se beneficiaron con este mismo antibiótico. Incluso las nefritis secundarias a infecciones mal cuidadas pudieron atacarse con esta droga milagrosa descubierta por un paradigmático científico llamado A. Fleming. Y así sucesivamente, muchas enfermedades infecciosas pudieron curarse, como la fiebre tifoidea que gracias a la aparición del cloramfenicol permite disminuir la mortalidad que en aquel tiempo llegaba hasta un 20% de esos enfermos. Sin perder de vista que el denominador común de todo aquello fue el aporte de la investigación científica en la farmacología de las sulfas (1935) y los antibióticos (1945). Pero también la identificación científica de los microorganismos causales.

Este aporte es de la mayor trascendencia si se considera que hasta hacía poco tiempo se venía apelando a una dudosa causalidad con fuerzas naturales mal definidas y una farmacopea inadecuada, tratando neumonías con digitales (un medicamento cardiotónico), o de la insuficiencia cardíaca con sangrías y hasta diarreas provocadas, o bien una nefritis (afección renal) con hambre y sed, etc. (op.cit., pp. 704-705). En general, los tratamientos anteriores habían estado bastante lejos de los límites científicos, y en tal sentido eran limitados y hasta risibles. Incluían hierbas medicinales con nombres en latín, las cataplasmas y las ventosas, las sangrías y otros procedimientos casi esotéricos. Ni hablar de tratamientos endovenosos, como los sueros hidratantes o las inyecciones, las que no podían ni siquiera colocarse porque su contaminación causaba una infección generalizada (sepsis) con frecuencia letal. Estos últimos tenían que colocarse, en el mejor de los casos en forma intramuscular o subcutánea, con la ineficacia, dolores y otros inconvenientes del caso. De allí la importancia casi mitológica del aporte científico, el que se reveló entonces como la alternativa de mayor eficacia. Así la fisonomía científicista abre el horizonte a la medicina de aquel entonces y aunque no existiera todavía un gran apoyo tecnológico, ni mucha sofisticación en el diagnóstico de laboratorio, sin embargo ya comenzaba a aparecer la elemental sala de radiología, el incipiente laboratorio químico y la infaltable sala de anatomía patológica (op.cit., p.702). Aunque la farmacia (o botica) de este hospital preparaba todavía las llamadas “recetas magistrales” de medicamentos, y a que los

compuestos farmacológicos se calculaban individualmente, de acuerdo al conocimiento experimental. Porque durante los años treinta aún no existía la industria farmacéutica, ni los laboratorios farmacéuticos comerciales.

Sin embargo, la medicina de aquel entonces no solo sufrió del influjo científico, como el mismo Dr. Hervé lo reconoce (con la perspectiva de los años 80), ya que estos cambios incluyeron además lo asistencial, lo preventivo y lo docente. Comparativamente la asistencia se resistió un poco más, ya que hasta las décadas del 30 al 50 todavía se podía practicar una medicina sin la premiosidad actual, y de acuerdo a la herencia de la revolución médica del siglo XVIII. Hasta entonces el médico podía disponer de mucho tiempo por paciente, ya sea que quisiera hacer una historia o bien para profundizar en la relación médico-paciente. Para hacerlo disponía del conveniente marco general, con hospitales de ambiente casi conventual (nótese la atmósfera), sirviendo a la causa de la beneficencia (el médico asalariado aún no hacía su debut) como a la de instrucción de los futuros médicos. Libres de presiones económicas externas, el entorno era de mucha austeridad, y con esos escasos recursos estos establecimientos no podían sino ser atendidos y mantenidos por religiosas (no se desarrollaba aún la enfermería ni otras profesiones paramédicas). Con un tipo de pacientes muy particulares, pobres, marginales y menesterosos, que antes de hospitalizarse debían pasar por baños sanitarios, para ser desparasitados. Mientras que los hospitales eran organizados por una entidad administrativa, denominada “Junta de beneficencia”, pero que en el plano interno eran las organizaciones religiosas las que llevaban los nosocomios. Una sociedad precaria y que no evitaba ciertos roces entre la monja superiora y el director médico del hospital, ya que ambos poseían un poder equivalente (op.cit., p.702). Monjas que, en este caso concreto, estaban bajo el atento y severo control de la Congregación (francesa) de San Vicente de Paul, para dar: mucho aseo, orden y cuidado solícito del paciente-indigente. Por otro lado, y si hasta entonces primaba la beneficencia en lo asistencial, en lo docente no se tenía prácticamente infraestructura, ni una cabida institucional, por lo que debía de improvisarse. Por ello, el primer auditorio médico se creó allí en 1935, una fecha que coincide con la aparición de las primeras subespecialidades como la neurología, la cardiología, la

hematología, etc. Aunque ya existían algunas especialidades básicas como: la ginecología, la urología, otorrinolaringología y oftalmología. Pero “sutilezas” como la sub-especialidad de cardiología son parte de los cambios que en aquel entonces solo comenzaban a expresarse. A modo de ejemplo, recuerda el autor que el primer trazado electrocardiográfico ocurrió allí el año 1930. Porque entonces las especialidades médicas se consideraban como un lujo, y a su escaso desarrollo se sumaba el hecho de que solo se contaba con salas para disciplinas mayores como la medicina interna o la cirugía. Las que además eran atendidas mayoritariamente por Internos (alumnos de los últimos cursos) y médicos voluntarios.

Sin embargo, la medicina del Dr. Hervé no podía seguirse manteniendo incólume en el tiempo, porque durante la historia occidental siempre van a estar soplando nuevos aires culturales, los que en este caso ya no podían satisfacer las nuevas demandas solo con más ciencia. Frente esta presión (al servicio de los cambios sociales) va a cambiar nuevamente la medicina, especialmente desde los años cincuenta en adelante, cuando a diferencia del Hospital del Dr. Hervé, los nosocomios dejan de ser lugares de beneficencia y enseñanza, para pasar a ser empresas donde se maximizan los recursos médicos. Y donde, entre otros cambios, el médico debe acortar el tiempo del examen, de la observación, de la evolución, etc. debido a las nuevas exigencias de eficacia. Pero además, la vorágine del equipamiento tecnológico y de laboratorios alcanza un ritmo sostenido, dejando la confección de medicamentos para las fábricas de productos farmacéuticos, profesionalizando la administración hospitalaria, creando nuevos especialistas y subespecialistas, etc. Se establece así una imparable e inabarcable corriente de cambios que sorprende a la definición médica con su fijeza de Arte y ciencia de curar, al no encontrarla preparada para asumir, ordenar u organizar tanta mutación. Principalmente de los elementos meta-científicos que no encuentran cabida en la forma tradicional, cuestionándola y poniéndola en jaque.

En tal sentido juega también un rol importante la aparición de una nueva escuela epistemológica (filosofía de la ciencia) que entiende y propone un rol diferente para la ciencia, más relativo, que la muestra de una manera evolutiva, o desde el punto de vista del

cambio historicista. De manera tal que así se genera una alternativa por donde conducir un futuro cambio de definición para la medicina contemporánea, según el cual la actual idea de ciencia evoluciona y se desarrolla según etapas y/o acentuaciones históricas, las que se evidencian a su vez en diferentes situaciones. Como, entre otros, lo postula H. Brown en su libro: “Nueva filosofía de la ciencia”, refiriéndose al plano de la epistemología. En dicho texto sostiene este autor que a mediados del siglo XX se produce un cambio en la forma de entender la ciencia, el que comienza por un ataque al empirismo lógico, rechazando la importancia de la lógica formal como herramienta principal para analizar a la ciencia, y sustituyéndola por la confianza en el estudio detallado de la historia de la ciencia. Él llama a este cambio “la nueva imagen de la ciencia” (Brown,1983, p.11), el que consiste en que serían las teorías, en lugar de las observaciones aisladas, las verdaderas responsables para determinar lo que se observa, y “el significado” de lo que se observa (coincidiendo con la anterior postulación de Heidegger). Esta perspectiva se habría traducido en la valorización e intento de entender la “base racional del descubrimiento científico” y el cambio teórico, y mientras tanto se ha desvalorizado el análisis de la estructura lógica de las teorías practicado a comienzos de siglo (Brown, 1983, p.12). Se trata de un cambio en la acentuación de la ciencia. que también tiene su correlato en la forma de practicarla, cosa que parece comprobarse indirectamente con la evolución de la medicina, por ejemplo. Tal parece que en este ultimo caso, el cambio en la forma convencional de entender la ciencia también ha influido sobre la citada definición de Arte y ciencia de curar. De hecho durante el período de tiempo que va desde comienzo del siglo XX, y hasta fines del mismo siglo, la medicina contemporánea se preocupó de la cura científica, en el primero de los sentidos planteados por Brown. Esto es: con una ciencia concebida de manera dogmática, bajo la influencia más directa del empirismo lógico, y por lo tanto vinculada a la seguridad del procedimiento, o al método que garantiza la objetividad, o si se quiere según la fiabilidad de las estructuras lógico-formales de las teorías.

Y por lo tanto, no era de extrañarse que modificando la forma de entender la ciencia terminaran por tambalear muchas otras cosas vinculadas a ella, tal como la definición de medicina por ejemplo, la que había apostado fuerte y recientemente (con su definición) por

aquel sólido poderío que ahora se cuestionaba. Este giro, que da la ciencia y su teoría de la realidad, deja en un mal pie a una medicina que recientemente la había incorporado en su definición. De manera tal que, cuando la ciencia deja de cumplir con el rol que se esperaba de ella, y por ende ya no es el referente esencial de la medicina moderna, entonces deja entreabierto el camino para la aceptación de nuevos factores oficiosos, es decir para un reordenamiento frente a otras fuerzas (voluntad) mayores, como la de la técnica moderna y su dominio extracientífico. Así podían estos hacerse más presentes, y empujar a la medicina, en mayor proporción que los de índole científica, solo que esta vez las soluciones se orientarán hacia el economicismo, la masificación y la tecnología. Y para que, finalmente se consagre la técnica, en vez de la ciencia, como parte oficial de la definición, es decir como la verdadera palanca de cambios del quehacer médico. Desde entonces, fines del siglo XX, la medicina contemporánea continúa tomada de la ciencia pero relativizando su papel, presionada por imperativos de eficiencia, en los que la ciencia tiene otro rol, como una de las muchas herramientas disponibles. De manera que todo aquello relativiza el papel cultural de la ciencia, ofreciendo la posibilidad de integrarla en un fenómeno mayor, para ayudar en la urgente tarea de acentuar la eficacia. En suma y como se verá, el período en que rige la definición de Arte y ciencia de curar tampoco queda exento de cambios, incluso respecto de un elemento central como es la ciencia. Se podría decir que sendas variantes de ciencia han dejado también su huella sobre la medicina contemporánea, la que adhirió a ambas, y así marcó dos subetapas en su desarrollo. Contemplando primero al método científico como “aval” de la teoría médica de lo real y enseguida solicitando su eficacia “descubridora” para perfeccionar la teoría médica de lo real. En el primer caso se asocia a un concepto de ciencia bastante mas limitado que el actual, que hechizó a la Medicina debido a que este aval garantizaba la exploración de la naturaleza enferma, hasta que el papel descubridor ofrece la posibilidad de que otros factores penetrasen las defensas ideológicas de ese aval.

5.2.- EL DESAFÍO EXTRACIENTÍFICO DE LA MEDICINA TÉCNICA

Llegamos así, luego de la década del setenta, a una fecha aproximada para delimitar el comienzo de la actual etapa de la medicina moderna, y su desafío técnico. El que ilumina mejor la situación por la que pasa actualmente la definición oficial de medicina y sus cambios internos debidos a soterrado conflicto entre dos formas de practicar el Arte y la ciencia de curar. Se trataría de dos maneras particulares de curar, aparecidas durante el siglo XX, una primera vinculada a la definición oficial de “Arte y la ciencia de curar”, y una segunda forma de curar practicada bajo el predicamento de un factor oficioso o “técnico”. De manera que este conflicto podría ser otra forma de marcar el límite entre dos subetapas sucesivas, en la adquisición de un nuevo estilo de curar. Lo que de acuerdo a lo anticipado necesitó que primero se relativizara el papel del arte, que después se redefiniera un rol mas activo para la ciencia, y que se rematara lo anterior con una pléyade de nuevos factores oficiosos y extracientíficos. Los que, vinculados a la técnica, se van apoderando paulatinamente de la nueva forma de curar, hasta que en la fecha citada, terminan por desplazar a la ciencia. Aunque ello no haya sido reconocido todavía de manera oficial, existen indicios suficientes para pensar que la ciencia ocupa ya un plano secundario, y que el arte ha tomado un mayor peso en la medida que apunta a la producción técnica.

Este tipo de factores técnico-oficiosos podrían provenir, incluso y según la hipótesis benjaminiana, de un cierto estado de ensoñación cultural, oculto en la definición de Arte y ciencia de curar, en la que solo hacía falta algún tiempo para que madurasen. Son elementos múltiples, difícilmente sistematizables, y ubicuos, que además suelen ser poco valorados, mal definidos y peor conceptualizados, ocultando los verdaderos mecanismos internos del cambio. Pero que pese a todo han llegado a ser de suyo muy importantes, al punto de colocar en una difícil situación a la definición vigente. Entre estos factores, que podrían ser agrupados bajo la denominación de “técnicos”, destacan a modo de ejemplo: el ecomomicismo en salud, la masificación de la atención médica, la biotecnología aplicada, las exigencias legales, el reemplazo de la causalidad por la estadística, etc. Ellos

representan además un cierto desafío para la filosofía médica, para encontrarles una consideración mas acabada, e incluso para facilitar algunas predicciones, en orden a discutir la génesis y la evolución de la medicina contemporánea.

Con todo, este planteamiento, de un supuesto quiebre en la medicina, en base a elementos extracientíficos, y basados en aspectos de índole abstracta, que parecen actuar en un plano diferente al de la anterior medicina, tiene a su favor la abundancia de consideraciones y opiniones de diferentes autores. Tanto las de un Benjamin, sobre un cambio o supuesta declinación, pérdida o reemplazo de los valores individuales (como el concepto aurático de Benjamin, por ejemplo). Como otras hipótesis, por ejemplo la de un E. Casell sobre la forma en que la medicina moderna procede según intereses, como cuando prefiere inclinarse hacia factores de orden objetivo a la hora de hacer diagnósticos y tratamientos (cualesquiera que estos sean, incluyendo a la ciencia, pero también a la técnica), porque identifica el arte con la subjetividad (Casell, 1995, p.1674). Incluso incorpora la evolución de otros elementos extracientíficos, o conflictos de mayor envergadura, como por ejemplo, sobre cual podría ser el problema que caracterizaba a la modernidad, sí la preeminencia del voluntarismo o la del nominalismo, según se valorizara más el papel de la libertad o el de la razón (como lo señala Laín (1978, p.242). O sí esto remonta a discusiones entre Guillermo de Ockam y Duns Escoto, en el comienzo de la era moderna.

En otras palabras, para comprender la imposibilidad de seguir curando, como se hacía con el arte y ciencia, y aceptar la perspectiva extracientífica de esta segunda etapa en la evolución de la definición de medicina, parece necesario abrirle una oportunidad a la especulación. Ya que sin esta acentuación teórica, sobre la descriptiva, no se podría entender que la técnica pasara a ocupar el horizonte nosológico, tanto diagnóstico como terapéutico, ni que ello se comenzara a enseñar a los futuros médicos imperceptiblemente y entre sus paradigmas, etc. Aunque vinieran en auxilio de esta tesis algunos señeros pensadores, como K. Jaspers, por ejemplo, quien manifiesta precisamente su preocupación por los cambios técnicos habidos en medicina, escribiendo que junto a los triunfos de la ciencia natural aplicada a la medicina, tanto en médicos como en pacientes, cunde la insatisfacción por una soterrada crisis vinculada al proceso universal de la “tecnificación

del mundo”. Por lo demás, él menciona también que aquella escisión técnica incluye a la relación médico-paciente, la que ha sido absorbida por la “maquinaria industrial” (Jaspers, 1998, p.12), mencionando además que graves desafíos aquejan a esa medicina, como por ejemplo la poca racionalidad en la relación médico-enfermo que crea falsas expectativas de curación desvirtuando esa tarea (Jaspers, 1998, p.21). Pero también que hay una disyuntiva entre médicos individuales personales y la de médicos colectivos impersonales (op.cit., p.62). O la de otro pensador como Laín Entralgo, quien acuña un concepto semejante, para referirse a un profundo cambio de raíz socio-cultural en la medicina, la "colectivización de la asistencia médica" (Laín, 1978, p.668- 672), un fenómeno que pareciera competir en influencias con la precedente influencia del fisiologismo. Porque según Laín, durante este siglo y especialmente luego de la segunda guerra mundial, aquello cambió considerablemente la atención médica, como el rol del médico y del paciente, la eficiencia médica, el acceso a la medicina, las exigencias médicas de orden económico, legal, ético, etc. Todos estos aportes parten del lugar común de un supuesto cambio cualitativo de la medicina a raíz de un mismo fenómeno, el influjo de la técnica moderna y de su relación temporal.

Y así como sucede con estos últimos dos autores, pareciera que las opiniones de testigos privilegiados se habrían quedado cortas en sus proyecciones. Los cambios sufridos por la medicina de fines del siglo XX, y comienzos del XXI, parecen haber ido mucho más lejos de aquellos augurios. Y sin embargo, frente a ello parece inverosímil que la mutación aludida no haya tenido también algunas repercusiones en la manera oficial de definir la medicina, ya que lo que se esperaría es que la última hubiera reflejado proporcionalmente los cambios médicos. El hecho es que a pesar de los cambios mencionados, la ya anquilosada formulación de “Arte y ciencia de curar” ha seguido empleándose como la definición oficial de medicina, todavía a comienzos del siglo XXI, en una curiosa contradicción: entre una medicina que evoluciona y una definición que no lo hace, entre lo que es y lo que se espera que fuera. En una incoherencia que, además de llamativa, ha de tener alguna explicación, ya sea en la insuficiencia del cambio, la falta de oportunidad o de conveniencia de este, quizás si al ser detenido por intereses, o bien por falta de capacidad, o

tal vez sí por la suma de todos estos factores. Una explicación que espera se resuelva la interrogante sobre cuál podría ser el impedimento por el cual la medicina moderna detiene el cambio de definición que espera la medicina contemporánea. Hay que considerar además que estos cambios, que parecen haber llegado hasta un cierto extremo (en la actitud diferente y más radical de la medicina en general, como del médico en particular), no hacen sino más patentes las diferencias con la anterior medicina y que por ende debieran de significar también una redefinición de la medicina contemporánea.

Tal parece ser que la comprensión de la medicina actual dependerá, extremando las cosas, de la respuesta que se dé sobre la interacción entre los diferentes tipos de medicina contemporáneas y aquella barrera contra el cambio de definición, grosso modo. De allí la importancia de abordar las características de la actual forma de practicar la medicina, empezando por tener una idea más acabada respecto del cambio que se está hablando. O en otras palabras, habría que avanzar hacia la comprensión del segundo subperíodo, el que desde luego no está contemplado por la definición de medicina como Arte y ciencia de curar. Este último desafío intelectual requiere de una difícil toma de distancia, con un fenómeno histórico en el que aún se esté inmerso. Y por lo tanto, porque no hay una distancia suficiente, habría que buscar alguna alternativa que ayude a sistematizar la información sobre el cambio ocurrido en la medicina contemporánea. O cuando menos conseguir avanzar en la descripción del fenómeno en al menos dos de sus variables de cambio: la magnitud y las jerarquías internas. Es decir, habría que tratar de agrupar, organizar y diferenciar la información obtenida en una primera e intuitiva sistematización según: cantidad (magnitud) y calidad (jerarquía). O lo que es lo mismo, de acuerdo con una variable "cuantitativa" y otra "cualitativa", respectivamente (Araya, 1996, p.165). Definiendo un cambio cuantitativo como aquel que permitiría hacer alguna comparación sobre la cantidad o al menos de medida, entre los eventos que se analizan. En el caso de la medicina contemporánea se pueden observar este tipo de cambios en la acentuación de algún orden de magnitud para ciertos elementos. Independientemente de que ellos ya existieran, a principios de siglo por ejemplo, pero que al intensificar sus rasgos han otorgado una nueva fisonomía al panorama médico. Mientras que el otro tipo de cambio, el

cualitativo, es aquel que no ofrecería la posibilidad de medición pero sí de ordenamiento (y que también modifica a la medicina actual), incidiendo sobre la modificación de puntos tales como la calidad, la jerarquía, la estructura interna, etc. Es, además, aquel cambio que en todo caso rechaza la comparación cuantitativa con la medicina de ayer.

Podrían citarse al respecto varios ejemplos de cada uno. Sobre los cambios cuantitativos que este subperíodo manifiesta, es posible observar en el quehacer médico actual una suerte de radicalización de los aspectos estadísticos (Laín, 1978, p.674), tanto en las modificaciones de las clasificaciones diagnósticas como en cuanto a su uso habitual, como herramienta diagnóstica, de elección de tratamientos, etc. Incluyendo usos extensivos a la administración de salud, aspecto que ha sido especialmente desarrollado por la salud pública. Lo que ha transformado el juicio médico y su ejercicio de manera fundamental y hasta sujeta a encuestas. En el mismo género, otro cambio que viene aparejado con la nueva medicina y que permite comparación con la época anterior de la medicina, es el explosivo desarrollo de la bioética, por ejemplo. El que ha cambiado la relación médico-paciente, siguiendo la evolución del derecho médico y la doctrina del consentimiento informado, como del “malpractice” de la escuela norteamericana. Con un importante impacto sobre las prácticas médicas, el cual podría llegar a ser medido en términos de número de cursos, de juicios, de espacios de revistas, etc. Y a propósito de revistas médicas, o asociado con ellas, se advierte otro cambio de índole cuantitativa, aquel que Laín Entralgo llama “el fabuloso e inabarcable crecimiento de la literatura médica”. A la que habría que sumarle además el más reciente desarrollo de la computación y del Internet, creando más y más revistas especializadas, grandes centros de documentación médica, globalizados “index medicus”, etc. (op.cit., p.674). Un laberinto, que antaño parecía inconcebible, y que aún debiera deparar más de alguna sorpresa, como aquella que trajo otro tipo de estos asombrosos cambios comparativos: la irrupción de intrusivos sistemas economicistas en salud. Una formulación prácticamente desconocida para la medicina a comienzos del siglo XX, pero que actualmente condiciona la casi totalidad de la atención y el pago de la salud, como los seguros de salud y más genéricamente con las terceras partes, inmiscuidas en el acto

médico. Siendo además, este último, un ejemplo señero del cambio cuantificable que caracteriza a la nueva medicina.

Aparte de los eventos citados parecen existir muchos otros tipos de mutaciones que permiten una cierta medida de comparación, y hasta de testeos entre estas dos épocas de la medicina moderna. Por un lado está el aplastante desarrollo de la tecnificación de los procesos de diagnóstico, e incluso de los tratamientos en sí, como en los laboratorios cada vez mas y más sofisticados. El crecimiento de centros hospitalarios tecnificados (op.cit., p.675) cuyos escenarios semejan centros astronáuticos, electrónicos o cibernéticos. Y estrechamente ligado a este ultimo, tenemos también la consolidación de un sector en salud que podría llamarse industrial, con el desarrollo de transnacionales farmacéuticas, de maquinarias bio-tecnológicas, con bancos de órganos y de datos, etc. por mencionar algunos otros tipos de cambios cuantificables. De más está señalar que tales cambios son de una magnitud tan considerable que a través de ellos se ha llegado a transformar profundamente el ejercicio de la medicina contemporánea. Quizás si entre todos ellos sobresale, como un ejemplo muy particular de cambio cuantitativo, el caso de la bioética, y respecto del cual conviene detenerse por un momento, ya que indirectamente refleja la cantidad de eventos y la influencia que ellos han tenido sobre el nuevo modo de curar.

Al respecto E. Pellegrino, una de las personas mas autorizadas para hacer una semblanza sobre la evolución de esta, señala que la medicina de la década del sesenta tuvo que enfrentar una circunstancia de efervescencia social y avances tecnológicos, los que cuestionaron el orden establecido, incluyendo a la medicina (Pellegrino, 1995, p.24-25). Es la época que él llama de los principios, o de la erosión en la ética hipocrática, por lo que muchos médicos buscaron respuestas hasta en la fe religiosa, con bioeticistas aportados desde la religión, Tales como P. Ramsey (autor de “The patient as person”) por ejemplo. Sin embargo, y en breve tiempo, ellas fueron incapaces de seguir asumiendo la tarea de iluminar el juicio médico, debido a que la religión no es lo suficientemente pluralista, pero además porque los problemas que fueron surgiendo fueron mas bien de otra índole, como la Judicial por ejemplo. Entonces, y debido a esta dificultad, muchos médicos trataron de reorientarse, esta vez por las decisiones de los tribunales y de la legislación. Ahora bien,

según narra Pellegrino, y como consecuencia de todo ello, la mayoría aprendió a no confundir el derecho o la economía, con ética, aunque con tanta zozobra algunos perdieran la confianza en la última (1995, p.25).

En todo caso, fue partir de la década de los setenta cuando se alcanza un momento crítico en el cambio, la cantidad de eventos confluyentes producen los primeros y preclaros estremecimientos de la ética médica tradicional. Es el momento en que aparecen en gloria y majestad las demandas judiciales efectuadas por los propios pacientes, debido a la suma de situaciones “novedosas”, como ciertas fallas en la solicitud de consentimiento informado, negligencias médicas, y otros nuevos conceptos del mismo género. Todo ello remece la actividad médica acostumbrada a una tradición de sosiego moral, y los juicios sobrepasan la capacidad de reacción médica frente a las responsabilidades de la ética médica tradicional y concreta. Pero como si ello no fuera suficiente, el médico moderno también fue sometido a otras presiones cuantitativas de diversa índole, como las nuevas situaciones planteadas por el desarrollo de la tecnología moderna aplicada a la medicina, tales como la muerte cerebral, los trasplantes de órganos, la fecundación asistida, los seguros de salud, las obligaciones de eficacia y rendimientos, etc. De manera tal que, la suma de todo aquello, con su vendaval de cambios, llevó a que el médico se fuera sintiendo progresivamente arrinconado, teniendo que aprender rápidamente a transitar por los nuevos y estrechos pasillos de la ética de la desconfianza de sus pacientes, conociendo las responsabilidades de ser un funcionario, sorteando presiones de los laboratorios farmacéuticos, capacitándose en la ética productiva, etc. Para afrontar todo aquello, incluyendo la inseguridad generada, tuvo que poner al día sus normas profesionales, crear comisiones de ética hospitalaria, vigorizar la capacitación, etc. Pero más importante aún, se vio impelido a formalizar con cierta premura una doctrina Bioética globalizada sobre la cual fundamentar su accionar planetario. Mientras que el paciente a su vez, ya venía solicitando un nuevo rol, o un trato diferente, más sutil que aquel que desempeñó con el médico paternalista, con exigencias de mayor independencia y poder de decisión. Ahora bajo el estatuto político del “derecho del paciente”, un derecho de minorías civiles que en este caso obliga a la medicina a aceptar el cambio en las reglas del juego, habría que pagar un cierto precio debido a que el contrato

médico se complicó. Y para entonces los galenos ya miraban asustados tanto a la justicia, como a los economistas, e incluso a una pléyade de terceros (no-médicos) que se involucraban en su trabajo y todos ellos ejerciendo presiones extramédicas de variada índole. En medio de semejante baraúnda se consolida una ética médica diferente, llamada bioética, con un pie en la tradición y el otro en la efervescencia.

Sin embargo, el papel asumido por la justicia tampoco pudo dar los lineamientos de orden moral que requería la situación, con todas sus leyes y los tribunales además tuvo que conformarse con hacerse cargo de una parte de la situación. Entonces y a pesar del desdén con que los médicos suelen mirar a las humanidades, ellos tuvieron que pedirles auxilio justamente a esos mismos humanistas arrinconados por el prejuicio cientificista. Así, y mientras transcurría la década del setenta, la ética médica buscó su alero en la filosofía, disminuyendo por un tiempo su grado de confusión. Y como se trataba de fundar una cierta doctrina, para otorgar alguna lógica de dominio a la situación, para defenderse de mejor manera, para enfrentar las consecuencias de todo aquello, etc. Nada mejor que la filosofía por su rigor analítico, sus tradiciones en el tema, y su pluralismo. Entonces entra la llamada teoría de los principios “prima facie” (el deber se reconoce intuitivamente) de W. Ross, enunciados durante la década de los treinta, pero retomados y adaptados a la ética médica por Beauchamp y Childress, quienes los propusieron teniendo una clara consciencia de sus limitaciones. Hay que recordar con Pellegrino que ellos escogieron tan solo cuatro principios (a saber: no hacer daño, Beneficencia, Autonomía y Justicia) para disminuir la vaguedad de los debates, dar un cierto orden y evitar los grandes problemas de la ética médica como el aborto, la eutanasia y otros (op.cit., p.26).

Pero, la aceptación de esos principios se hizo difícil tanto por su rigidez como por la dispar aceptación de algunos de ellos. Todo esto condicionó, durante los ochenta, que mientras los principios crecían en popularidad se debilitaban en su doctrina principalista. El mismo autor refiere al respecto que, a pesar del esfuerzo adoctrinador que en ese país (U.S.A.) se desplegó, la aceptación de los principios fue relativa (op.cit., p.26-27). Porque si bien respecto de los dos primeros nunca hubo mayores problemas (lo que se debió a que ellos pertenecían a la tradición médico hipocrática) no ocurrió lo mismo sobre los otros dos. Con

la autonomía y la justicia las cosas cambiaron, ya que el primero solo se impuso por su relación al consentimiento informado (ayudado por los golpes del tribunal) y por el “temperamento individualista” de ese país (op.cit., p.25). Mientras que sobre el segundo (la justicia) las cosas fueron peores, ya que ella ha quedado aceptada a regañadientes, ligándose a mas bien a la ética administrativa y a la teoría, pero en un plano de relativa distancia con la práctica médica. De manera que para la década de los ochenta la medicina enfrenta un tumulto de cambios con sus correspondiente interrogantes éticas, las que no encuentran todavía su ordenamiento, primero durante la época del antiprinciplismo y luego con la etapa de alternativas a los principios bioéticos (op.cit. pp.28-31). Criticándose que se ha llenado la bioética de un discurso demasiado teórico, el que se ha quedado enredado entre especialistas, intelectuales o teóricos de la medicina, dejando a los propios médicos modernos al margen de ello. Pero no-solo los galenos se han sentido pospuestos en sus intereses sino que a todos los partícipes del acto médico les ha ocurrido lo mismo, de hecho los pacientes han tenido que enfrentar su nuevo rol de paciente-cliente, o más bien de “usuario” de salud, sin una mayor reflexión moral. Quizás si a ello se deba, que durante esa década se aprecie una cierta reacción de los mismos médicos a reconquistar un lugar más importante en la bioética, mientras los cambios continúan y la disciplina se globaliza. Porque los cambios no cesan sino que siguen creciendo con la aparición de fenómenos que ya trascienden a la medicina norteamericana, desafiando a la política internacional, con la llegada del SIDA, de la clonación o del proyecto del genoma humano, entre otros. Y para finalizar su comentario, Pellegrino señala que desde fines de la década del ochenta, y frente a una insuficiente sistematización de esos cambios, se vive una atmósfera “de anti-principlismo” y crisis de búsqueda de alternativas a este. Con la teoría de las virtudes, la casuística, y otras formas de análisis ético (op.cit., p.28-31). Esta circunstancia hace dudar a este autor sobre el futuro de la bioética y su urgente necesidad de “infraestructura filosófica comprensiva” que la sostenga, subrayando que esa tarea ha de resultar sumamente complicada si se tiene en cuentas el “deplorable estado en que se encuentra la filosofía y la ética contemporánea” (op.cit., p. 31), a lo que habría que sumarle un similar estado por parte de las humanidades médicas. Y de un relativismo moral pronunciado que, por un lado, ha llegado a mirar hacia Nietzsche en su desesperación (op.cit., p.31) pero que, al

mismo tiempo, es capaz de generar esperanzas para una bioética que se encuentra aún en una etapa puberal de crecimiento, confusa pero de crecimiento. Y (podríamos agregar) que en este plano no está sola, como lo demostraría el desarrollo que ha alcanzado la ecología, como otro pilar donde fundar el nuevo tipo de civilización global.

Como se podrá haber apreciado, de su breve evolución, el perfil de cambios acaecidos sobre la bioética refleja de cierta manera lo sucedido a la medicina como un todo, ya que ambas han ido soportando las consecuencias de la acumulación de un sinnúmero de mutaciones, de todo tipo. Se trata de una abrumadora como versátil realidad de cambios que han afectado tanto a la bioética como a la medicina contemporánea, muchos de los cuales responden a elementos técnicos, en una forma amplia de entender la técnica. En otras palabras, la técnica moderna que se impone actualmente en el quehacer médico, como en el resto de las actividades humanas (desde la perspectiva heideggeriana de la técnica moderna (Heidegger, 1983, pp.71-107), se diferencia de la técnica en general en que la primera apunta su principal interés hacia la forma de explotación de los recursos médicos o de la producción médica de salud. Y en tal sentido ella representa además la más señera de las acometidas de la mentalidad médica por la eficacia con cambios cuantitativos concretos. Hay que tener en cuenta además que la técnica estuvo participando en las definiciones de medicina desde la vieja fórmula griega de definir la medicina (*tekhné iatriké*), aunque ahora tenga otras vinculaciones, principalmente con la tecnología.

En todo caso, la pléyade de elementos técnicos que se ha hecho mención permiten agruparlos de acuerdo con una forma cuantitativa de análisis y comprensión para las modificaciones que nos parecieren, hasta cierto punto, medibles. Sin embargo, esto no quiere decir que ha de ocurrir lo mismo con todos los cambios, pudiéndose descubrir importantes pero subvaluados aportes de modificaciones cualitativas sobre la medicina actual. Aunque para conseguirlo se requiera de una discriminación más fina que la precedente, debido a la naturaleza más sutil del cambio cualitativo. Estas situaciones, que aportan puntos de vista complementarios sobre una sistemática de las mutaciones del actual quehacer médico, incluyen desde ciertos cambios antropológicos en la mentalidad del médico moderno, hasta cambios aparentemente periféricos como la formulación y

enriquecimiento de ciertos conceptos. Y para abordarlas, nada mejor que comenzar por señalar algunos ejemplos, como el concepto de "acto médico", que según I. Illich (1975, p.16) nacería del ámbito financiero, como vocabulario de la seguridad social, y que posteriormente ha llegado a tomar una connotación jurídica (un punto de vista compartido por Laín Entralgo (1961, p.11)). Otro ejemplo de este tipo de cambios es la aparición de una tímida corriente de reflexión propia de la medicina contemporánea, que el epistemólogo M. Bunge (1980, p.233-244) ha llamado: "Iatrofilosofía" (o filosofía de lo médico). Entre cuyas consecuencias está una gran proliferación de publicaciones de artículos médicos no-clínicos, en revistas clínicas, sobre temas tales como: ética, derecho, economía, pedagogía, y gremialismo.

Tal como ya se podría intuir, este tipo de cambios son más difíciles de sistematizar que los cuantitativos, y ya sean por su misma condición, como por su sutileza, podrían llegar a tener un papel engañoso en la dinámica general de los cambios. Una posibilidad que conviene tener en consideración cuando por un lado parecen tener una difusión y amplitud menores que los cambios cuantitativos, pero a pesar de ello son más numerosos y trascendentes de lo esperado. Especialmente si se considera la sorprendente vastedad en su origen y las diferentes áreas en las que ellos aparecen. Tal como lo indica otro conocido ejemplo de cambio cualitativo, el derecho a la salud, ejemplificado en la socorrida meta de la Organización Mundial de Salud (O.M.S.): " salud para todos en el año 2000 " (Alma Ata, 1978). Una manifestación de un sutil pero considerable viraje de la medicina, organizado en el ámbito mundial por la Organización Internacional del Trabajo, el Banco Mundial, la Organización Mundial de Salud, etc. (Fuenzalida y Connor, 1989, p.546). En directa relación con la actitud que hacia su práctica profesional tiene la actual generación médica, la que podría adscribirse a una suerte de "revolución de la eficiencia médica". Se trata por lo tanto de un aspecto que bien podría caracterizar a la medicina actual, con su urgente motivación de aumentar la eficacia en todos los planos, ya sea en la curación de diferentes enfermedades, o bien para organizar y administrar los recursos médicos, sobre tratamientos, etc. Y todo ello se orienta a su vez hacia el esfuerzo de producir salud según se demande socialmente en la actualidad. Como se podrá apreciar, este importante cambio cualitativo en

la medicina de fines del siglo XX bien podría estar señalando un delicado aspecto, a saber: una abrumadora exigencia de dar salud masiva, entre cuyas consecuencias incluso podría estar la de desencadenar una crisis y/o hasta una escisión al interior de la práctica médica (Araya, 1996, p.167).

Sin embargo este trabajo ha preferido destacar un cambio cualitativo muy particular, la trascendente e inestable situación por la que atraviesa la actual definición de medicina. Un aspecto vinculado a enormes repercusiones futuras, debido al inesperado y hasta incómodo papel (cuasi decorativo) que ella parece jugar hoy frente a la avalancha de mutaciones mencionadas en este capítulo. Un problema que resulta más llamativo al reparar en que pese a la envergadura de los cambios, ellos por si solos no han sido capaces de producir el esperado cambio de definición. Generando la contradicción de una definición que aparentemente no define, se evidencia así un aspecto neurálgico para la comprensión de la medicina contemporánea. Lo que además recoge con prontitud este trabajo, orientado a las relaciones comprensivas entre las definiciones históricas de medicina y los tipos de mentalidades que les subyacen. Como se verá y a pesar de los prejuicios, un cambio cualitativo de la medicina moderna podría terminar llevándonos a uno de los problemas más esenciales para su futuro, como es el esclarecimiento de la definición de medicina. Algunos interrogantes permiten realzar el cambio cualitativo al que se alude, como por ejemplo: ¿cómo sería posible que una definición que perdió el poder de explicar, de predecir, y hasta de influir sobre el curso de los cambios médicos, continúe en uso?. O bien, en una faceta puramente utilitaria, si acaso ¿es adecuado permitir que una definición que ya no aporta una guía en el devenir de la medicina moderna, sea quien represente los alcances de una medicina que ya no se practica de esa manera?. Y por último, aunque se trate de algo no menos trascendente, ¿no es absurdo acaso, que una definición de medicina actual no contenga en su formulación el elemento central que explica e impulsa dichos cambios en su seno?. Son algunos de los tipos de preguntas suscitadas por la confusión de tanto cambio, y cuyas respuestas son de la mayor importancia, porque de ellas dependerá conocer alguna causa específica o factor que las agrupe, algo que urge aclarar a la brevedad.

En otras palabras, tal pareciera que para llegar a definir correctamente el quehacer de la medicina a comienzos del siglo XXI ya no fuera suficiente con la fórmula oficial de Arte y ciencia de curar, y ante la pretensión de la medicina moderna de transformarse en una ciencia médica, ella tendrá que aceptar ahora que navega conducida por alguna fuerza oficiosa, que aún no se termina de conocer. Pero que pudiera estar vinculada con aquello que afecta de manera generalizada a la modernidad, debido a que las variables médicas, como las culturales, son tributarias de los mismos factores que rigen el resto de las actividades humanas. Y de esta manera se podría apuntar a la verdadera fuerza que está dirigiendo la medicina, de cuyo conocimiento dependerá también su futura eficacia. Esta idea surge de comparar la atmósfera de cambios, el orden cualitativo que aporta la definición y sus aparentes insuficiencias actuales. Por lo tanto y a la luz del actual proceso de cambios, que aquí se ha tratado de esbozar, parece necesario habituarse a estos tipos de preguntas, que no hacen sino poner de relieve el grado de afectación la definición oficial de medicina como cambio cualitativo. Un cambio que repercutirá según sea en el tipo de arte practicado con la llegada de la modernidad tardía, pero también en el declinamiento de la ciencia, como sostenedor del mito moderno del eterno progreso. Como repercutió en aquellos modernos pero lejanos días en que la medicina se inspiraba en Kant y su sometimiento del arte por la estética, con la impronta de la sensibilidad, y la separación de la razón práctica de la razón especulativa. Ahora el análisis parece dirigirse más bien hacia la comprensión de la técnica moderna, como el mayor interlocutor válido, en una disputa que la medicina de principios del siglo XX sostenía se reducía a la ciencia y el arte.

En efecto, la idea general es que cuando la ciencia médica ya parecía convencida de haber vencido al arte médico, y cuando todo hacía creer que finalmente la ciencia desbancaría al arte (al menos de la definición de medicina), entonces acontece lo inesperado. La medicina científica no alcanza a consolidarse suficientemente, pese al auxilio del positivismo científico, debido a la aparición de un elemento ajeno a la disputa como es la oficiosa técnica moderna (en el sentido heideggeriano del término). Así aparece esta última actuando a un cierto nivel general, como parte de un cambio cualitativo, como una nueva forma de practicar la medicina, de revalorizar la mera producción de efectos médicos y de

las necesidades de salud. Y de acuerdo con aquello toda la medicina se reordena, dejando de lado la manera científica y más aún la manera artística de hacer medicina. Esta vez pareciera que es el eje de una nueva fuerza de cambios, la manera técnica moderna tomará el lugar del paradigma emergente, subordinando a la ciencia a un lugar de segundo orden. Dicho sea de paso que ya Heidegger había anticipado la nueva relación entre ciencia y técnica, como lo menciona J. Acevedo (1999, p.84): "la ciencia natural moderna se funda en el desarrollo de la esencia de la técnica moderna y no al revés". En todo caso la ciencia aplicada a la medicina no se escapa de dicha crisis, entre cuyas causas tendría que incluirse el cambio de perspectivas que implicó la llegada de la técnica moderna.

Con todo, este proceso pareciera estar vinculado a la introducción de un factor oficioso, es decir adicional al arte y a la ciencia, el que ha ido desplazando cada vez mas a la ciencia del lugar central en que la puso el positivismo médico, durante el siglo XX especialmente. Y mientras tanto la técnica moderna (como cambio cualitativo), ha hecho saltar de nuevo al tapete al viejo problema de la definición de medicina, provocando una modificación en el precario equilibrio del Arte y la ciencia de curar. Porque su auge, responda esta o no a parámetros cuantitativos, cualitativos o mixtos, ha terminado cambiando también los roles al interior de la definición. Si se analiza por ejemplo el papel del elemento "arte", se observará un particular estado de situación. El ha recibido, de parte de la técnica moderna, una nueva aunque subordinada posibilidad que la ciencia no quiso darle, y que gracias a ello desempeña ahora un nuevo rol desde lo que semeja su ultimo bastión. Ayudando a "producir" salud para satisfacer necesidades multitudinarias en tal sentido, con una medicina técnica se ha aceptado pragmáticamente volver a un cierto arte médico, en aras de la eficacia del acto médico. Tal como lo revela Harrison, en dos de sus Tratados de medicina interna, elegidos al azar, en defensa del factor artístico en la medicina, y contrariamente a la tendencia científicista actual (Harrison, 1973, p.1 y Harrison, 2002, p.1). Este autor critica la reducción y los precarios límites en que se deja al arte, en la medicina del siglo XX, y además se opone a la creencia del médico actual que ve en el arte solamente un cierto "olfato", una especie de consejo de urbanidad, para guiarse frente a todo aquello que, opuesto al ámbito científico, es inaccesible a los métodos de precisión.

Algo así como una intuición sensible, tras muchas alternativas médicas, una manera de decidir correctamente entre enmarañados síntomas, entre distintos tipos de informaciones (signos, síntomas, exámenes de laboratorio), el comienzo y el término de un tratamiento o una investigación, etc. La medicina es arte médico según Harrison, porque rara vez puede considerarse a un paciente tan completamente controlado que sea posible excluir el juicio y la experiencia. De esta manera salta a la vista que el médico no puede pretender realizar su labor con la frialdad de un científico, ni hacerlo con desinterés por los resultados de la misma, como tampoco le corresponde aclarar las leyes de la naturaleza a través de su esfuerzo curativo.

En suma, se podría decir que la medicina del setenta dejaba al arte aquellos aspectos relacionados con actitudes o juicios que no resultaban del plano del conocimiento racional. Directamente el autor señala como inspirador de las conductas artísticas del médico, no a su creatividad, ni menos a su razón, sino que a "la experiencia acumulada". Otorgándole esos límites al actual juicio "artístico" (¿estético?) para la medicina (Harrison, 1973, p.3). Agrega este autor, que a pesar de que el médico tiende a utilizar métodos y principios más bien científicos en la solución de sus problemas, la medicina sigue siendo una disciplina que requiere también del arte para definirse a sí misma, aunque sea un arte en un sentido bastante estrecho y diferente al que la estética lo define hoy por hoy. Y con ello la soberbia medicina positivista, que pretendía haber ganado para sí el monopolio del conocimiento sobre el misterio de la vida, tuvo que terminar aceptando compartir su papel médico con el del arte de producir salud técnicamente. Un arte que nunca perdió su sitio, asido a la máxima médica de que "no hay enfermedades sino enfermos", recupera ahora una cierta cuota de protagonismo productivo frente al desprecio de mediados de siglo XX, cuando se lo quiso desbarrancar aplicando la consabida fórmula positivista al siempre cambiante enfermo.

Por todas las razones aquí expuestas y producto de los cambios señalados, la mutación que más debiera de preocupar, por las graves consecuencias que ella acarrea, no es otra que la definición oficial de medicina. Cuyo reacomodo técnico, como es obvio, interpela al humanismo médico de nuevo cuño, para que este se pronuncie derechamente sobre ese

imperativo médico. Exigiéndole alguna reacción teórica que ayude a crear un necesario escenario de discusión, con nuevas temáticas sobre condiciones, normas de la medicina contemporánea. De manera que, cuando menos se pueda ejercer algún grado de control sobre el nacimiento y los primeros pasos de un nuevo paradigma sobre la definición de medicina. Ya que el pronunciamiento teórico por si solo no podría tener la pretensión (ilusoria) de cambiarle el sentido a este momento histórico, ya que circunstancias como estas dependen mas bien del contexto sociocultural. Un designio que este trabajo ha tenido en cuenta para ofrecer una perspectiva de análisis sobre las relaciones entre el estado actual de la definición de medicina y las características de la medicina actual, ocupando algunas de las herramientas facilitadas por las humanidades de hoy.

5.3.- CRITICA A LA ACTUAL DEFINICIÓN DE MEDICINA

Como queda de manifiesto, se necesita alguna perspectiva que ordene la multitud de cambios si se quiere comprender la evolución de la medicina contemporánea. Lo que parece no haber sido una tarea sencilla, entre otros motivos porque dicho proceso se ha realizado allende el alcance teórico. Con una definición de medicina que participa en tal situación, sumergida en una incomprensible combinación de nuevas formas de tomar a la ciencia, el arte y la técnica, para dar salud o para curar. Y a partir de ello parecieran multiplicarse diferentes tipos de medicinas, con y sin tecnología, tanto curativas como preventivas, ya sea de asegurados o indigentes, etc. Recordemos, solo de paso, que el Diccionario médico Mosby recoge veinte y cuatro (24) formas usadas cotidianamente para la definición de la medicina (entre ramas y tipos de medicinas). Lo que constituye un escenario complejo y a ratos abstruso, pero que a pesar de todo no parece sacudir de su letargo a las llamadas humanidades médicas, a pesar del soterrado malestar sobre la falta de una definición clara para la medicina contemporánea. Y menos aún para dar luces sobre una supuesta nueva definición que cumpla con su rol, de iluminar, predecir, guiar, clarificar, sintetizar, etc. La consecuencia más directa, y por lo demás esperable, de todo aquello, es que la medicina no solo se conduzca de una manera confusa sino que ella misma sea inasible.

Tomemos como un ejemplo de tal confusión a la definición que de ella se hace en los textos, en este caso en el “Tratado de Medicina Interna” citado precedentemente, donde se afirma que “en el ejercicio de la medicina, el médico emplea una disciplina que tiende a utilizar métodos y principios científicos en la solución de sus problemas; disciplina que al final continúa siendo un arte” (Harrison, 1973,p.1 y Harrisson, 2002, p.1). Esta dubitativa definición de medicina, que tiende hacia una cosa pero que finalmente termina optando por otra, es un buen ejemplo de la forma en que se pretende corregir las deficiencias de la fórmula arte/ciencia de curar. En este caso se le otorga a la ciencia un papel secundario como tendencia para solucionar problemas médicos, mientras que al Arte le reconoce su status decimonónico. En otras palabras, formulaciones como esta, que acentúan un aspecto u otro sin reformular la definición, figuran hoy en cualesquier texto de estudios médicos. Ellas dejan la impresión ya sea de que en este tema no es posible avanzar mas, o bien de que el paradigma se arreglaría con un pequeño cambio. Este ejemplo tiene la virtud de permitirnos desarrollar una cierta crítica de la situación, pudiendo decirse que tanto por la forma, como por el fondo y hasta por el contenido de esta definición de medicina, se representa lo que T.S. Khun (La estructura de las revoluciones científicas, 1991) llamaría un “paradigma”. Esto es, un modelo o patrón aceptado, un "compromiso profesional" (médico en este caso), que ofrece la respuesta más firme y permanente sobre alguna materia de principios profesionales, pero también donde se dan las controversias sobre los fundamentos, o respecto del modelo, para definir los problemas y las soluciones legítimas de una comunidad científica (Khun, 1991, p.13). Se trata de un concepto acuñado por ese autor para el estudio de los cambios (“revoluciones”) acaecidos en la ciencia, desde el ángulo del descubrimiento científico (ver capítulo precedente). En otras palabras, y por contraste, cuando falta un paradigma no hay jerarquía que ordene la información, ni hay desarrollo de una ciencia, porque todo y nada parece importante (Khun, 1991, p.41).

Al respecto cabe hacer la consideración de que el uso del concepto de paradigma, es un asunto que ya tiene una breve historia, en el sentido que aquí se lo quiere ocupar, como lo ejemplifica D. Graves (2002, p.81). Aunque el significado con que ese autor lo ocupa tampoco sea precisamente el que quiso darle Khun, ya que allí se usa en el sentido de

modelo, mentalidad, cosmología o cosmovisión con que se organiza la medicina. Este mismo autor cita, como antecedentes previos en esta línea de discusión (anglosajona), a Lamm, Snow, Jewson, Engel, etc. Todos ellos se abocarían al tema de aclarar aquel elemento cultural, que partió en la década del setenta, que estaría detrás de la actual crisis de la medicina. Es decir, se trataría de encontrar un nuevo “paradigma”, como lo llama Graves, para poder reorganizar la medicina moderna frente a la separación del arte y la ciencia médica. En tal sentido, y ya sea que se logre o no el propósito de Graves, lo cierto es que parece del todo lícito profundizar en esa línea de estudio, y en este caso concreto se pretende extender el concepto de paradigma hacia el cambio en la definición de medicina contemporánea y su confusa situación. Tal como se verá a continuación, no pareciera difícil de aceptar que la definición de "Arte y ciencia de curar" pueda ser considerada como un “paradigma” (en un sentido más próximo a la idea de Khun), especialmente si se considera la forma en que el grupo médico la defiende. De hecho, y como también ocurre en ciencia, parte de la explicación sobre la sobrevivencia del actual paradigma se debe a que el cuerpo médico hizo una opción por ella y como parte de ella se resiste al cambio, incluso suprimiendo las innovaciones fundamentales, debido a que ellas mismas resultan subversivas para sus compromisos básicos (Khun, 191, p. 26).

De acuerdo con esa teoría, y para que llegue a suceder un cambio, se comienza primero por la percepción de algún tipo de “anomalía”, esto es de un hecho que no respeta las expectativas sustentadas por el paradigma. Enseguida, el grupo se encarga de realizar una exploración sistemática de esta zona, para finalmente reparar lo anormal, reconstituyendo de nuevo lo esperado o “normal” (op.cit., p.93). En este caso no se requiere sustitución paradigmática, pero por el contrario, cuando a pesar de los esfuerzos por normalizar (reparar) el paradigma cuestionado y cuando igualmente algo sigue mal, entonces se plantearán las alternativas para el cambio o sustitución del mismo. En todo caso, no se trata de algo breve, la sustitución de paradigmas suele tomar algún tiempo, porque todas las categorías necesitan estar preparadas de antemano, considerándose además la envergadura de la reparación de la anomalía. Bajo estas condiciones se podría hablar de una crisis, como la que pudiera estarse dando a raíz de la definición médica y su anomalía, donde las

dificultades y sus consecuencias son innegables. Como lo ejemplifica el citado análisis de Harrison, y la multiplicidad de interpretaciones sobre el significado del arte y la ciencia, haciendo presente uno de los requisitos solicitados por Khun para el diagnóstico positivo del comienzo de una crisis paradigmática (op.cit., p.124). A esa multiplicidad de interpretaciones debería sumársele además algunas pruebas de importantes dificultades que enfrenta la actual definición, una gran cantidad de temáticas médicas que están desbordando la actual definición de medicina. Con sus señales confusas, con imprecisiones en sus contenidos y una falta de respuestas adecuadas ante problemas determinados. Las que van desde novedades tales como el mismo nacimiento de la bioética, frente a las cuales parece no tener posibilidad analítica, hasta malestares, sentimientos encontrados e informaciones dispersas sobre la funcionalidad de la actual definición. Se trata de aspectos que no caben en los límites normales en que se realiza el acto médico, como por ejemplo la multitud de quejas por el abandono del paciente como persona, o por la intolerable intromisión del economicismo o de la tecnología, o las deficiencias en la formación humanista del médico, etc.

Sin embargo, y por lo general la percepción de la crisis paradigmática ha requerido más difusión, masificación y profundidad que la situación descrita. Por lo que podría suponerse que este último tipo de crisis esté aún en una etapa incipiente, esto es de una progresiva acumulación de pruebas, y cuya característica principal apuntaría a la aglomeración, más que a la prueba irredargüible. En este caso se trataría de una acumulación que no permite aún el consenso entre los médicos, sobre el estado de la anomalía de la definición. Una anomalía que ha conseguido suscitar un amplio sentimiento de inutilidad, apatía y hasta de perplejidad frente a ese paradigma en vigencia. En otras palabras, se pudiera tratar de una temprana etapa, de acumulación de pruebas, para llegar a cuestionar la anterior forma de reconocer la medicina, independientemente de que ella esté todavía en uso. Con todo, y debido a que la definición de medicina en boga deja de definir lo que hacen los médicos, o lo hace de manera insuficiente, porque ya no funciona como corresponde, entonces se debe aceptar el haber entrado en el terreno de la anomalía de ese paradigma, lo que genera el malestar o crisis.

Señala Khun, que durante las épocas de crisis paradigmática se produce una inseguridad profesional, ante el fracaso persistente para responder a los nuevos enigmas (op.cit., p. 114). Se provoca así una situación una vez que aparece la crisis, urgiendo a los mismos interesados para que reaccionen y enfrenten dicha anomalía, ya que solo así se podrá acceder a la etapa de tranquilidad o normalidad paradigmática. Ya que sin esta crisis los paradigmas no cambian, porque no se aceptan las reformas (op.cit., p. 127). Y como se verá, aunque los caminos que sigue la anomalía sean diferentes, ella representa un mecanismo evolutivo, que se pone en marcha en un momento determinado para causar la revolución disciplinaria correspondiente. Para resolver los problemas que llevaron al anterior paradigma a la crisis el nuevo paradigma, trae mayor precisión cuantitativa, predice fenómenos insospechados, es más estético y sencillo, elige y guía el futuro de los descubrimientos, etc. Se trata de un hecho repetido, una y otra vez, y no tan solo en la historia de la ciencia sino que también en la de la definición de medicina, como paradigma. Ayer fue el turno de la Tekhné iatriké, del Ars medicorum, y no hace mucho también sucedió que el Arte de curar se atuvo por fin a incluir a la ciencia en la definición de medicina. Hay que considerar que recién para el siglo XX se aceptó una situación que hacía méritos ya desde el siglo XIII, con esa lentitud se aceptó que la ciencia se había hecho indispensable para la curación moderna. La medicina venía entonces a reaccionar porque la historia le obligó a cambiar, así como hoy pareciera querer cobrarle su precio al paradigma "Arte/ciencia de curar", el que también deberá evolucionar en tanto cuanto no sea capaz de dar respuestas (anomalía) a los actuales problemas internos de la medicina.

Pero no se debe pensar que todas las anomalías causan revoluciones, ni que todos los paradigmas reemplazan al derogado. Se trata mas bien de reconstruir el campo del accionar médico a partir de los nuevos fundamentos en que se mueve la disciplina, porque lo que se cambia con el nuevo paradigma no son solo algunas generalizaciones teóricas, sino que también y principalmente los métodos y aplicaciones del paradigma (op.cit., p.139). Con enormes consecuencias, en este caso sobre la medicina, al ampliar sus límites de acción, como de pensamiento, de materias y elementos que pasan a incorporarse a la práctica y a la investigación, etc. En ese sentido Khun lo llama "una revolución". Una forma más eficiente

que la anterior, que incluye a la anterior como uno de los aspectos a considerar, pero que al mismo tiempo es también más compleja y más dogmática que el primer paradigma. Aunque durante algún tiempo ambos paradigmas han de competir, hasta que se complete la transición.

En este punto correspondería advertir contra la impaciencia por adelantarse a conocer las características del nuevo paradigma que estaría organizando la medicina, para desplazar al anterior, otorgarle más poder, rango y capacidad. Porque es más seguro el planteamiento si primero se conoce la real situación de la definición de medicina y sus características, y a partir de entonces se deduce, con mayor claridad, la naturaleza del postulante a paradigma de reemplazo. Con un poco de paciencia conoceremos el estado actual del paradigma de Arte y ciencia de curar y su anomalía, así como la falta de consenso, respecto de una posible sustitución o bien de un ajuste paradigmático. Dado que no hay acuerdo sobre la profundidad de la falla paradigmática, y si esta es a fin de cuentas subsanable, o si ello compromete la viabilidad del paradigma vigente. Obviamente que la falta de una prueba concluyente y sistematizable, fomenta la disyuntiva médica que se analiza y la falta de unanimidad. Según sea la interpretación de la situación van a existir pensadores por el cambio y otros por el arreglo del paradigma. Aunque dicho sea de paso, por las escasas excepciones en que aquello se trata, pareciera que el humanismo médico contemporáneo, más que enfrentar en el tema, lo rehuye.

Una de aquellas excepciones la constituyen dos autores especializados en la materia, E. Pellegrino y D.Thomas (A philosophical basis of medical practice, 1981), conocidos por su aporte a la escuela de bioeticistas norteamericanos, y que interpretan la mencionada anomalía como subsanable. Por esa vía ellos pasarían a representar, una de las formas más documentadas de mantener la definición oficial de medicina en los términos de Arte y ciencia de curar (la forma más habitual de enfrentar el problema en la actualidad), pero agregándole un tercer aspecto. Por eso parece interesante detenerse algo más en explicitarla. Ellos comienzan planteándose la pregunta: ¿Qué es medicina?; y luego confirman el supuesto precedente: no es ciencia ni es arte solamente, es una disciplina intermedia, que le falta algo más para completarse: un “Tertium quid” (Pellegrino y

Thomasma, 1981, p.59). En otras palabras, la hipótesis de estos autores es que la definición de medicina requiere de tres elementos en vez de dos: arte, ciencia y virtud. Como ciencia ofrece certeza o falta de errores. Como arte trabaja en áreas de menor precisión. Y como “virtud” posibilita el juicio en el reino práctico. Ellos exponen que la medicina, como ciencia, es método y cuerpo de conocimientos (leyes), ejemplificadas en la física. En ese sentido, ella sería científica, porque: usaría ese método, la lógica inductiva, en que los datos se verifican por un método y las teorías se basan en esos datos. Entonces los autores recapacitan en la anomalía y señalan que la meta de la medicina es: distinguir hechos y no explicarlos. Recalcan que a la medicina le interesa el juicio clínico. Pero si se busca allí una respuesta que pueda salvar la anomalía del paradigma no encuentra en ese factor, como tampoco en el rol que ellos proponen para el arte. Estos autores exponen que el arte está detrás de lo práctico representado en el juicio clínico. Porque este se vale de la intuición y de lo inefable (de ahí los factores artísticos) que busca la perfección del hacer, en las cosas hechas por el médico, y lo bello es parte de eso. En otras palabras, sin el arte las descripciones son impropias, inseguras y torpes. En suma, de todo lo anterior se deduciría, opinan ellos, que la medicina definida solo como ciencia está condenada al fracaso, porque la medicina usa tanto lo científico como lo no científico (op.cit., p.146), porque ella también es arte.

Sin embargo, la clínica permite revelar que la medicina no es solo arte y ciencia, ni que esté determinada a la curación solamente, sino que lo específico de ella está en “la interacción clínica” (op.cit., p.62-63), cuyo fin es moral: es la salud (op.cit., p.147), ya que esa interacción desea el bien para quien está pidiendo ayuda. Y de esta manera los autores mencionados proponen adicionar un factor extra: la “virtud”(en tanto es juicio del reino práctico). Y por consiguiente, definirla solo como descubridora de las leyes de naturaleza (ciencia), es un error, lo mismo que reducirla a lo intuitivo o a lo bello (arte). O en otras palabras, solo una definición de medicina anómala podría quedarse con la ciencia (lo exacto) y el arte (lo intuitivo) exclusivamente, y para reparar esa anomalía bastaría con adicionar lo práctico también. De esta manera, agregan los autores que los tres factores enunciados actúan sinérgicamente e integralmente unidos en la actividad clínica diaria

(op.cit., p.149), de una manera tan estrecha que si se llega a desarticular una de ellas, se pasa a ser ya sea un artista, un científico o un práctico (un practicante diríamos nosotros), pero no un médico. Una noción o norma que parece la forma mas adecuada de enseñarle a los actuales alumnos de medicina cual son los límites de su profesión, en otras palabras: el paradigma médico que hay que defender. Reconociendo además que este paradigma ha tenido su evolución, la que según los autores comienza cuando el arte y la tekhné fueron sinónimos en Aristóteles, cuando ya se contemplaba la virtud. Citando su tratado sobre metafísica, sobre el origen del concepto, agregan que tekni o tekne significa mimesis o la “imitación de la naturaleza” (en pintura y música), mientras que poiesis es “la creación con la naturaleza” (en arquitectura y política) (op.cit., p.86). Estos aspectos, complementados con el aporte de lo virtuoso, redundaron en que durante la Grecia clásica se buscara a la salud como parte de una felicidad, por medio del arte, que consistía en imitar a la naturaleza. Y como consecuencia de esto, deja la duda si restaurar el estado de salud no sería lo mismo que arte, dado que este ultimo crea algo nuevo. Aunque bien podría suponerse que el médico, al rescatar un cierto tipo de salud de la enfermedad, estaba creando algo diferente a lo que encontró. Agregan los autores que posteriormente, en la edad media, la medicina pasó a considerarse una ciencia práctica o arte mecánico, como la agricultura, y que la faceta moral aún era una parte integrante de la medicina, en especial de la tekhné. Como se encuentra en la obra de T. de Aquino (op.cit., p.148), donde se trata de un arte mecánico, que implica un trabajo producto de la razón. Y como el cuerpo es curado por arte, y el curar sigue siendo ayudar a la naturaleza, entonces curar es una ciencia intermedia. Tomás de Aquino coincidiría con el “tertium quid” de Pellegrino y Thomasma, al integrar el arte (“recta ratio factibilium”), con la ciencia (“recta ratio speculabilium”) y la prudencia (“recta ratio agibilium”). Sin embargo, los autores postulan que al menos desde 1850, la medicina se ha interesado mas en las enfermedades, como entidades clínico-nosológicas inmutables (citando el nacimiento de la clínica de Foucault), que en cuidar la integración de este tipo de aspectos. Con lo que se habría perdido parte de aquella tradición en la evolución de los paradigmas de la definición de medicina. Un asunto que parece más ligado a la modernidad que al pensamiento clínico.

En todo caso, la definición de medicina de Pellegrino y Thomasma, al igual que la mayoría de las propuestas de cambios parciales al paradigma vigente, no soluciona el problema de la anomalía, sino que más bien la complica un poco más al agregar un tercer elemento a la polémica. Y al igual que la de muchos de sus pares, esta propuesta de definición también se hace insuficiente porque se queda en aspectos teóricos, que no recogen los problemas concretos de la práctica actual. En tal sentido es ineficaz, porque no da respuestas a esos requerimientos, y es ilusoria porque cree haber solucionado la anomalía paradigmática con un aspecto parcial, el que no coloca a la definición en el papel superior (esencial) que le corresponde. Y por lo tanto, frente a esta alternativa reparadora habría que completar el panorama actual con la postura complementaria, esto es de quienes suponen una anomalía insalvable, lisa y llanamente terminal, y que desahucia la actual definición. Este tipo de autores, entre los que habría que incluir a Graves (2002) se interesa, lisa y llanamente por un cambio de paradigma, o quizás si por levantar algún paradigma alternativo. Lo que parece ser el caso de otro autor, más representativo, como es: P. Laín Entralgo. Una figura de las humanidades médicas, que tiene igual o mayor jerarquía que los autores anteriormente mencionados, pero que en este caso pareciera inclinarse por la última de las posiciones. En todo caso, habría que usar el condicional debido a que Laín parece tocar el tema de la definición de una manera más bien tangencial, cuidándose de no declararse a favor de una sola fórmula, por lo que va revelando su sentir en diferentes obras. Como en su ensayo “Respuesta a la técnica” (Laín, 1986, p.152) donde menciona la actual vigencia de la fórmula griega de Tekhné iatriké, lo mismo hace en su “Historia de la medicina” (Laín, 1978, p.58). De una Tekhné iatriké (medicina científica) que ha definido históricamente la tarea médica, y ya desde la antigüedad griega. En “La relación Médico-enfermo” (1964), por ejemplo, propone una interesante solución de tipo filológica, la que apunta hacia un tipo de “paradigma productivo”, que extrae su significado de la tekhné griega y con claras reminiscencias de Aristóteles (Ética a Nicomaco). Según el se trata de re-interpretar la definición de Tekhné iatriké en su vertiente "productiva". Definiendo a la medicina como un hábito poético (productivo) que imita la tendencia de la naturaleza hacia la cura acompañado de verdadera razón (Laín, 1964, p.50).

Sin embargo, el análisis del “hábito poético” o productivo que ofrece Laín parece demasiado idealista, lo que crea serias dudas respecto del verdadero espíritu que anima a esta definición. El autor postula la imitación de la naturaleza hacia la cura, en el sentido griego de la imitación venerable, de una naturaleza que la modernidad no respeta como lo hiciera el griego. La que, más bien, la asocia con el poco digno papel de una fuente para la explotación de recursos, según lo dicta el imperativo de la técnica moderna (Heidegger, 1983, pp.81-89). Además, la actual relación con la naturaleza que anima también a la medicina, ya no es imitativa, sino que también apunta a la provocación (explotación) de la naturaleza. De manera tal que en un nuevo paradigma productivo sobre la definición de medicina, ello no podría dejar de contemplarse. Por otro lado, el mencionado hábito productivo es el aspecto que sucesivas definiciones de medicina han descuidado desde que se perdiera esta acentuación de la medicina hipocrática, y que recientemente ha vuelto a ocupar un lugar destacado, aunque esta vez se le ha restringido debido a las demandas que la técnica moderna efectúa sobre la medicina actual. Este aspecto es lo suficientemente central para una medicina que busca la efectividad, o producir salud para todos, y donde el arte y la ciencia pasarían a ocupar un lugar de segundo orden, como instrumentos productivos. Siendo tarea de la ética médica el jerarquizar los lineamientos productivos, compatibilizándolos con la tarea curativa. Y por último, esta definición de Laín tampoco parece contemplar que hasta la meta curativa tendría que dar examen, frente a otras metas productivas como la salud preventiva por ejemplo. Porque tan solo este último cambio permitiría readecuar el arte, la ciencia y la técnica en discordia, con un nítido sentido y tras una misma meta productiva.

Por lo tanto, y a raíz de lo anterior, es que puede decirse que, el nuevo paradigma que propone Laín para definir la medicina recoge algunas de las nuevas demandas y les permite una cierta reordenación. Aunque la idea de Laín no haya sido la de proponer un paradigma alternativo, y por ello no desarrolla mayormente esta definición de medicina. Él trataba de hacer justicia conceptual acercando la definición de medicina a un aspecto más central postulado por la Grecia clásica y rescatado en su esencia por su intermedio. Coincidiendo con la versada opinión del conocido W. Jaeger (Paideia, 1994) quien a su vez define a la

medicina desde la misma perspectiva griega como aquello que: (la medicina) solo se realiza como tal saber (técnico) en su aplicación práctica (Jaeger, 1994, p.804). Estas dos posiciones pro-griegas pudieran parecer algo lejanas a la situación actual, aunque se acerquen a la proposición de Graves de devolverle a la medicina moderna su cosmología clásica (Graves, 2002), sin embargo ellas tienen a su favor la ventaja teórica de contemplar el aspecto productivista de la medicina. Y en tal sentido ni aseguran, ni desencadenan el cambio de paradigmas, según los requisitos que se acaban de estudiar. Pero ellas poseen la virtud de dejar insinuado un paradigma productivo alternativo, porque intentan corregir temporalmente un aspecto central de la anomalía, como resultado de una correlación entre la definición teórica, que falla en aspectos productivos, y la realidad anómala. Es decir, de una realidad que pide a la razón que reconsidere su manera de definirla, o de reconocerla, porque hay aspectos de ella que no se están tomando en cuenta.

En suma, tendríamos dos formas de enfrentar la anomalía en el paradigma de la definición de medicina actual, en las dos posturas esbozadas (la de Pellegrino y la de Laín), que pretenden conseguir una mayor agudeza definatoria que la fórmula de Arte y ciencia de curar. Porque ambas han detectado que la anomalía presente en ese paradigma no permite definir correctamente a la medicina, y como consecuencia genera dificultades a esa actividad. La diferencia entre una y otra estriba en que la hipótesis que enmienda el paradigma solo podría tener alguna vigencia mientras dure el actual período de este; la otra hipótesis, la substitutiva es más ambiciosa y apuesta tanto por el final de este ciclo, como para regir durante el siguiente. Sin embargo, y a pesar de todo ni la una ni la otra podrían pretender definir el momento del cambio, ya que ni Laín ni Pellegrino podrían hablar por ejemplo de plazos para la oportunidad del cambio, el que probablemente ha de venir cuando se acumule la fuerza cultural que lo permita. Por ello y a pesar del malestar en la cultura médica, a pesar de las señales de descomposición en la forma de dar salud, aún así pareciera que estamos lejos de recomponer la forma actual de dar salud, lejos de llegar a alguna revolución contra el sistema médico moderno. Este último punto puede ser ilustrado mejor con algunas comparaciones históricas, en las que se puede observar como los cambios en el paradigma de la definición generalmente se asocian a grandes cambios

socioculturales, como el de fines de la Grecia clásica y principios de la era helénica; o cuando termina el renacimiento para pasar a la época clásica; o bien a la revolución francesa, etc. Lo que deja la impresión que estos terremotos culturales officiosos (respecto de las definiciones) influyen también y de manera determinante en la visión médica oficial. De hecho si se comparan las fuerzas que promovieron los cambios, entonces habría que comparar a la variable puramente político-revolucionaria de antaño con la actual fuerza económico-productivista de las organizaciones transnacionales que luchan por un nuevo modelo de sociedad (global), más favorable a sus intereses. Como se comprenderá ambos tipos de fuerzas, muy diferentes por lo demás, actúan circunstancialmente para desencadenar vastos cambios, imposibles de repetir, de ambos momentos. Por ejemplo, aunque hoy en día podría ser posible repetir el cierre de las universidades y sus escuelas de medicina, decretado por la revolución francesa (“para reorientar su currículo”), y con ello el paradigma que se enseña a los futuros médicos; sin embargo y como contrapartida, hoy esto pareciera posible solo si ello ayudara a fortalecer los intereses de las transnacionales (para acentuar el lucro con la salud, y no por intereses del derecho político del ciudadano). Lo que deja abierta la pregunta de hasta qué punto la fuerza de las naciones está llamada a aportar algún elemento en la reformulación de la nueva medicina, como el que ayer tuvo para reaccionar frente a las demandas políticas de la lucha como nación contra la enfermedad, un aspecto central del cambio médico de aquel entonces y que no se volverá a repetir. Lo que indirectamente reflejaría la auténtica lucha de intereses que está detrás de los cambios socioculturales, incluidos los paradigmas de la definición de medicina.

Es decir, desde la misma perspectiva histórica también se informa sobre el tiempo de incubación del cambio de paradigma, el que a veces puede tardar siglos, como ocurrió para cambiar oficialmente el *Ars medicorum* en *Arte de curar*. En ese caso, ocurrido durante el siglo XVIII, ya se pueden encontrar antecedentes del cambio (de una medicina pre-clínica en otra de tipo clínica), hacia el siglo XIII. Lo que hace suponer que los plazos largos no son tan raros, en los grandes cambios de la medicina, guardando todas las proporciones del caso. En un movimiento que posiblemente dependa de las características y profundidad del cambio de mentalidad, entre cada período histórico, ya que el último cambio (de *Arte de*

curar a Arte y ciencia de curar) ocurrió en un tiempo más breve debido a que hubo un pronunciado cambio de mentalidad entre las dos épocas. En ese sentido las comparaciones históricas sobre los factores que intervienen muestran algunos elementos más desestabilizadores que otros. Como ha sido, por ejemplo, el papel de la ciencia, cuando menos desde la revolución francesa, y como actualmente podría ser la técnica moderna, la que podría volver a cambiar de pronto la definición de medicina.

Por lo tanto, y al considerar todo lo anterior, pareciera ser que culturalmente aún no se estuviera preparado para el nuevo cambio de paradigma médico como el apuntado por Laín. Y por consiguiente, lo que hoy por hoy parece más probable es que se deba seguir enmendando las deficiencias del actual paradigma, como lo hacen Pellegrino y Thomasma. Sin embargo, tras una mirada más profunda de la situación se observa que la verdadera lucha entre paradigmas está en su apogeo, presagiando un desenlace a mediano plazo que cambiará la actual medicina positiva por una de tipo técnica, luego que se determinen las respectivas cuotas de poder al interior de la medicina. En este resumido panorama genealógico (o más bien evolutivo) parece posible esperar pequeñas acentuaciones pero un quiebre en la tendencia es difícilmente concebible, tan solo por los intereses creados hasta el momento. Lo que no quiere decir que el cambio no nos sorprenda, al contrario, es muy posible que efectivamente el cambio llegue a la medicina de acuerdo con lo expuesto acerca de la técnica moderna, y que éste adquiriera una forma siempre insospechada.

De manera tal que bien podría predecirse la llegada de un cambio de definición de medicina, asociado y dependiente de la consagración de un tipo de medicina técnica. Cuya caracterización urge conocer, si se quiere especular sobre el futuro mediato de la medicina. En todo caso, y según los antecedentes recogidos hasta aquí, podría suponerse que dicho cambio estaría en vías de suceder, aunque posiblemente también se requiera de una mayor acentuación de la mentalidad sistemática y calculadora de la “técnica moderna”, en curso. En este caso particular de la mentalidad técnico-moderna aplicada a la curación, y como una expresión del modelo capitalista de producción en salud. Una fórmula que posee antecedentes que la ligan a la búsqueda de métodos progresivamente más eficaces (oferta) para enfrentar o satisfacer las necesidades (demandas) de los pacientes, pero que va mucho

mas allá que esto. Un antecedente que permite suponer que también debiera de haber la participación de muchos otros factores culturales en el futuro cambio, como por ejemplo la pérdida de poderío de la ciencia tras el advenimiento de la teoría del caos. Pero también el aumento en exigencias económicas, ecológicas, bioéticas, judiciales, etc. E incluso, la reunión de todos estos factores, cuestionando globalmente el pensamiento imperante. Nada de esto sería de extrañar si se considera que el cambio de paradigma nace del surgimiento de anomalías próximas entre sí, y que en este caso responden a la evolución cultural productivista ligada a la técnica moderna.

Frente a ese panorama, la insistencia por defender la definición actual del cambio pareciera ser solamente el escenario final del paradigma vigente. Nada se saca con argumentar por ejemplo que la fórmula arte y ciencia pueden persistir si se enmienda su anomalía, incluyendo aspectos productivos de la técnica moderna. Ni menos aún argumentando que es el tipo de medicina practicada bajo la fórmula de Arte y ciencia de curar es la que ha posibilitado los enormes avances prácticos, de eficiencia y de logros de salud ya citados. Aunque estos avances, que ciertamente influyeron en el desarrollo de la eficacia médica, finalmente parecen haberse independizado de esa definición de medicina para responder ante otro tipo de mentalidad como es aquella asociada con la técnica moderna. En tal sentido, podría decirse que también es parte de esta etapa final, que a la medicina se le siga llamando todavía arte y ciencia, cuando en realidad gran parte de su practica responde a una nueva fórmula de inspiración técnica moderna.

Ahora bien, y a pesar de la comprensión paradigmática, lo que parecería incuestionable es que la definición de medicina moderna ha evolucionado, desbordando los límites de una definición de medicina como Arte y ciencia de curar. Y una vez superada esa fórmula, como resultado de una demanda de la modernidad, para incluir el método científico junto a la sagacidad artística en la curación de enfermos, no quedaría otro camino sino que abrirse hacia una siguiente definición. Recordemos que a poco andar de la fórmula de Arte/ciencia, creció hasta tal punto la influencia de la ciencia, que el arte pasó a tener un rol funcional en la curación, y que en aras de luchar contra los aspectos científicos de la enfermedad se pospuso la supuesta complementación entre estos dos factores. Para transformar así la

definición de medicina en una dicotómica fórmula, que en la práctica quedó mas bien como una “Ciencia (y arte) de curar”. Así se creó una situación forzada e inestable, en la que el factor aglutinante terminó siendo la lucha concreta contra la enfermedad, imponiéndose una unión utilitaria, la que sin embargo no logró hacer correr a ambos por un mismo carril. Pero esta situación dejó la duda sobre la real necesidad de esta definición, ya que la ciencia sobrevaluada parecía no necesitar compañía.

Sin embargo, fue otro aspecto de la evolución de esa definición el que termina por hacer dudar de la definición de Arte y ciencia de curar, debido a que ya se evidenciaba una anomalía productiva. Siendo este elemento que parece haber terminado por empujar y abandonar esa dicotomía (Arte/ciencia), en aras de un modelo alternativo basado en la tekhné griega, que integra esas fuerzas en tanto ambas son elementos productivos de destinos en salud. Recordemos que este concepto, intermedio y de producción, que los griegos llamaron tekhné (iatriké), corresponde a otra vertiente de interpretación de la relación entre enfermedad y medicina, en la que se supone que la tarea de la medicina puede ser entendida como confluencia o unificación para la producción de efectos médicos. Tal como se puede apreciar, la importancia de este cambio estriba en que se reorienta la tarea de la medicina hacia un proyecto voluntarista, al que es necesario darle un vistazo al menos. Porque solo a partir de esto se podrá entender el ámbito de la futura definición de medicina.

En otras palabras, el nuevo marco voluntarioso de la medicina exige superar aquella mentalidad moderna, y dicotómica, heredada del siglo XX, y resumida en la definición de medicina como Arte y ciencia de curar. Frente a ella, que propuso una separación entre la manera de comprender la curación (ciencia), y las posibilidades de conseguirla (arte), el nuevo modelo médico ofrece otra visión sobre la enfermedad. Y en ese sentido impone una nueva tarea, la de conocer más de cerca la nueva orientación productivista, con sus intentos por reagrupar lo patológico en sintonía con los más recientes intereses médicos de la modernidad tardía. Pero especialmente habría que avanzar en la interpretación de la nueva coherencia médico-productivista, sin descuidar su lenguaje y el tipo de verdad que trae el modelo técnico-productivista, porque todo aquello sería lo que está caracterizando la nueva

forma de hacer medicina. Es decir, habría que darle un vistazo a la manera en que se estarían estructurando las fórmulas que afianzan la salud con: el cálculo, la planificación, la tecnología, la eficiencia, los menores costos, los derechos del paciente, etc. Porque de ese tipo de vinculaciones es de donde estaría naciendo la nueva forma de tratar con la salud, en su intento de hacer algo más eficaz que el modelo clínico tradicional. Por lo tanto, toda esta fisonomía, que habrá que descubrir poco a poco, y que va a llevar a una pronta redefinición de la medicina, requiere alguna dedicación.

PARTE II.
CARACTERIZACIÓN DE
UNA MEDICINA TÉCNICA.

CAPÍTULO 1. LA PRODUCCIÓN DE SALUD REDEFINE LA MEDICINA. HACIA LA PRÓXIMA DEFINICION DE MEDICINA.

1.1.- CAMBIOS ELEMENTALES REVELAN UNA ANOMALÍA PRODUCTIVA

Se podría afirmar que a pesar de los cambios vinculados a la llamada “anomalía productiva” de la actual definición de medicina, no se ha generado aún una corriente reflexiva que sea capaz de recogerlos. Y quizás si debido a esta razón se han dificultado: el diagnóstico sobre el actual paradigma, el conocimiento de la anomalía, y hasta el pronóstico sobre el cambio médico (en aspectos que podríamos llamar “cruciales”). Es decir, sobre cómo ellos afectan o cómo habría que conducirse hoy frente a: la salud, la enfermedad, el papel del médico, o del enfermo, etc. Incluso, y aunque solo se considerara uno de los puntos que esta mutación conlleva, digamos el de la mayor eficacia médica, entonces también habría que avanzar en este aspecto de la demanda que soporta la anomalía productiva, como en la caracterización de la medicina de hoy. De lo contrario no se podrán controlar los resultados, ni planificarlos, ni calcular nada, y menos aún chequear variables productivas, o cuantificar factores relevantes, comparar rendimientos, u otras materias (técnicas) de esta índole, y que tanto deslumbran a la medicina moderna.

Como se puede apreciar, lo que está en cuestión es la comprensión de aquello que está sucediendo en el trasfondo en que se mueve la actual definición de medicina. En otras palabras, la medicina necesita cierta ayuda gnoseológica, toda vez que se la debe sacar de una situación de sin sentido, causada por un paradigma que ya no la define, y para que así se le permita una mejor adaptación. En tal sentido ya no se puede seguir dilatando una

respuesta, a la espera de que la filosofía aplicada supere su impasse, ni que las humanidades médicas hagan lo suyo. Muy por el contrario, la tarea de hoy es salir al encuentro de los nuevos límites que caracterizan a la medicina actual, para poder proporcionar algún horizonte teórico desde donde encontrar algunas respuestas a la situación mencionada. Con esta intención, en la segunda parte del trabajo, se ha propuesto caracterizar la nueva forma de hacer medicina, esbozando una silueta o un perfil en el que se destaquen ciertos hitos, ayudando así a comprender los cambios que se agitan en sus entrañas, incluida su redefinición.

A modo de comienzo habría que reconocer, acaso como una consecuencia del advenimiento de esta anomalía, que en el interior del discurso médico-teórico actual parecen convivir dos diferentes perspectivas de análisis, las que convendría separar. En primer lugar, existe una corriente reflexiva de tipo más tradicional, vinculada a la vertiente más clásica de las humanidades médicas, y cuyo aporte ha ido decreciendo desde los años setenta. Esta se consolida gracias a la intervención de algunos intelectuales de nota como K. Jaspers, P. Laín Entralgo, G. Cangillhem, etc. Y frente a ella se desarrolla otra alternativa, la llamada escuela bioética, la que se presenta más bien como un hito antropológico o socio-cultural (Mainetti, 1995, pp7-23), la que a partir de la década del setenta hegemoniza el discurso médico-intelectual. En otras palabras, se trata de dos puntos de vista que difieren en: estilos, métodos, dominios, contenidos, aspiraciones, etc. Y que además, marcan etapas históricas determinadas, y que hasta poseen diferentes capacidades para formar escuelas de pensamiento. La primera, por ejemplo no creó escuelas, ni seguidores, ni doctrinas muy marcadas, aunque sí logró dar un rudimentario fundamento y un cierto marco general teórico a la medicina del siglo XX, pero sumando aportes individuales de cada uno de los intelectuales que participaron. En lo que habría que reconocer incluso algunas lejanas influencias, que alcanzan hasta a un Aristóteles (y su “envigado” causal, por ejemplo). Por consiguiente, y desde el punto de vista de los contenidos, se podría decir que durante esta etapa de humanismo clásico los temas giran mayormente en torno a los fundamentos y en menor grado respecto de los alcances prácticos de sus aseveraciones. De allí que esos testimonios, a pesar de poseer relevancia metafísica hayan tenido tan poca

repercusión en los profesionales de la salud los que, alentados por una cultura técnica, separarán paulatinamente su quehacer del esfuerzo reflexivo.

Algo diferente ocurre con su alternativa, con la así llamada escuela bioética, la que posee una marcada vocación práctica y hasta contestataria frente a los cambios que la nueva medicina plantea a la práctica médica. Por ello se orienta hacia temas de tecnología médica y salubridad, hacia problemas de decisiones o sobre derechos, desarrollando un afán moralizador y promoviendo ciertas virtudes. Pero, al mismo tiempo, e indirectamente genera alguna reflexión teórica (bioética teórica), siempre con su orientación práctica, y en el marco general de desarrollar la máxima modernista de la autonomía moral del individuo. Y de esta manera privilegia otro tipo de desarrollo humanista, ligado a la ideología y el proselitismo por medio de una escuela bioética, lo que obviamente contrasta con el anterior período. Hay que hacer notar que una propuesta realizada por una “escuela de pensamiento” posee algunas virtudes particulares, como la de perfeccionar paulatinamente sus postulados en base a sus múltiples seguidores. Además compromete en su defensa a un grupo de personas, y con ello genera un impacto multiplicado sobre su época. En este caso la escuela bioética no solo ha desarrollado algunas estrategias básicas en ética aplicada, sino que también ha desarrollado un conjunto de principios que ofrecen cierta comprensión del quehacer médico actual, con un despliegue de adoctrinamiento, de exigencias globalizadoras y una perspectiva teórica frente a algunos temas del humanismo médico. Incluso se podría llegar a sostener que, a diferencia del anterior humanismo médico, y quizás si debido a su condición escolar (escuela), la bioética posee una marcada influencia metafísica del utilitarismo (anglosajón) y su liberalismo. Otro de los elementos que se debieran de tener en cuenta para comprender la falta de preferencias por otro tipo de metafísicas, como la idealista, que dio sustento e inspiración a muchos intelectuales de la anterior postura.

Ahora bien, ambas orientaciones humanísticas de la medicina del siglo XX soslayan un planteamiento de fondo respecto de la pléyade de cambios vinculados a la anomalía productiva. De hecho, la teoría médica de la primera mitad del siglo XX carece de pronunciamientos respecto de aquellos temas vinculados al productivismo en la medicina,

como también respecto del economicismo, la masificación, la tecnologización, etc. Y por el contrario, aunque durante el segundo período se advierten ya algunas preocupaciones respecto del productivismo y la técnica, sus análisis son más bien estrechos y sesgados. En todo caso, podría criticarse que esta pretendida debilidad no es tal, debido a que la paulatina aparición de una medicina productivista es un fenómeno todavía mal definido y muy reciente como para que hubiera habido algún interés en él a comienzos o durante el siglo XX. Y en ese mismo sentido, incluso la bioética podría exonerarse de culpa, ya que ella no tendría porque haberse interesado en estas materias, considerando que tanto sus fines como sus métodos apuntan hacia otros objetivos, más pragmáticos. Sea como sea, aún resta por ver cual va a ser la reacción de las humanidades médicas, durante el actual siglo XXI, y de cómo ellas van a tomar su responsabilidad en el abordaje de estos temas. Porque si bien su debilidad teórica pudo haber sido excusable ayer, ya no debiera de seguirse tolerando hoy en día, debido a que la anomalía productiva no ha dejado ni dejará de crecer en importancia. Esto mismo augura una creciente demanda teórica, sobre algún consenso respecto de las bases desde las que debiera partir la discusión, o sobre algún método de selección del material disponible, o sobre la elección de los antecedentes más idóneos, etc.

Y en tal sentido, le cabría a la filosofía médica una gran oportunidad para consolidar una respuesta frente a esta anomalía, al proponer alguna comprensión y hasta un cierto manejo al fenómeno de cambios médicos. Y para ello habría que postular hipótesis sobre las raíces, y el origen de la actual inquietud productivista, entre otras tareas. Una tarea que además requiere examinar críticamente los antecedentes aportados por las dos perspectivas mencionadas, rehaciendo ese recorrido pero desde esta nueva faceta integradora. Es decir, para observar mejor lo ocurrido habría que dar algunos pasos previos como replantearse y desempolvar viejos conceptos de salud, de enfermedad, sobre el médico y también sobre el paciente. Ya que estos pequeños hitos, que suelen aparecer con dificultad, como si estuvieran perdidos entre “papers”, podrían aportar algunos antecedentes comprensivos para la prehistoria de una teoría de la anomalía productiva de la medicina. Y uniéndoles con aquellos aportados por el período bioético, lograr una conexión de coherencia entre ambas partes, aumentando los elementos articuladores del modelo médico. Para ello habría que

superar la tradición unilateral de que cada tema (la salud, lo patológico, el trastorno, el paciente, etc.) que se reporta por su fuero propio, su aparente caótico conjunto, el descuido por sus nexos ontológicos o metafísicos, etc. Hay que recordar que en la teoría modernista del acto médico se llegó a hablar de la salud como si fuera algo diferente de la enfermedad, o del médico y sus obligaciones como si actuara en forma independiente o incluso contrariamente al paciente, etc. Pese a todo, durante ese período es posible encontrar ciertos ejemplos, con un grado superior de desarrollo y creatividad, de una cierta intelectualidad médica, que alcanzaron a hacer tímidos aportes teóricos. Y que en ocasiones recurrieron incluso a ciertas dualidades, como las de médico-paciente y enfermedad-salud, por ejemplo.

1.1.A.- CAMBIOS EN LA SALUD

Que duda cabe en considerar a la salud como uno de los hitos más importantes de la medicina, influyendo grandemente sobre la definición de todo el quehacer médico. Sin embargo, y a pesar de su importancia, el concepto que maneja la modernidad es bastante más ambiguo de lo que se reconoce. De partida no hay un gran acuerdo sobre él, y se lo considera mutable, a pesar de que aún se respeta de la salud aquello que estatuyó la medicina griega: ella sigue siendo la meta del acto médico. Una meta que la definición Arte/ciencia de curar recoge de manera indirecta, cuando entiende a la curación como la forma cierta de confirmar la obtención de la salud, obtenida por medio de un arte y de una ciencia. Dando un papel de garantía procedimental al concurso de los dos factores mencionados. Así el concepto modernista de curación se asocia a una meta médica mensurable y garantizada que reemplaza a la salud hasta la llegada de la anomalía productiva. Y pese a que en el intertanto, cuando la pretensión de una ciencia de curar pareció amagar la definición de medicina, la salud continuó siendo su meta, solo que en este caso la garantía recaía en la ciencia. Sin embargo, a la llegada de la anomalía productiva, la salud pasó a ser exigida desde la producción y en términos de rendimientos, quitándose el interés por las garantías. Y además pasó a ser exigida en cuanto a prevenir o rehabilitar y no tan solo como curación. Con la llegada de la nueva perspectiva, dar salud se incluía en un nuevo concepto productivo de salud que fuera capaz hasta de acumularse.

Para entonces la salud se siente estrecha en su viejo traje de curación, pudiéndose decir que en un cambio paulatino del concepto de salud, y a pesar de que la medicina que ha seguido recurriendo al intermediario de la curación, hoy en día se busca un rol más eficaz para la salud y para que ella intervenga directamente en la producción médica. Hay que recordar que tanto la vieja formulación de Arte de curar primero, y luego la de Arte/ciencia de curar, se orientó por una definición de tipo idealista de la salud como la representación de una faceta de la libertad, como lo expone H. Gadamer (1996, pp.119-140) en “El estado oculto de la salud”. Una conceptualización oscura cuya evolución grafica el grado de poder e influencia que finalmente terminó por ceder terreno frente al pragmatismo del siglo XX. Cuando la salud pasa de la libertad a una medida adaptativa y de habilidad para hacerle frente a la vida, una cuestión utilitaria vinculada a la curación como equivalente al restablecimiento de la salud, y finalmente a una necesidad social susceptible de administrar comercialmente. Esto es, un cambio de conceptos desde un plano mas bien valórico, pasando por un terreno práctico, para rematar en su nuevo papel productivista.

Como un ejemplo orientador de la primera etapa, idealista, se puede considerar la opinión de Karl Jaspers (médico, psicólogo y filósofo de Heidelberg) quien, paradójicamente, ofrece poco material de análisis sobre el concepto de salud. En su extensa obra Psicopatología general (1980, p.889) por ejemplo, expone el autor sobre el misterio de la salud como concepto de carácter biológico y normativo a la vez. Para Jaspers la salud está vinculada a toscas valoraciones últimas, como vida y capacidad de rendimiento. Para él, la salud es donde se realizan la armonía, la medida, la exactitud y la perfección. Todas estas son características del ser no acabado del hombre y por lo tanto, en la medida de representar aspectos de la incompletud, dificultan la posibilidad de esclarecer el concepto ultimo de salud. Inclusive, y en su condición de enfermo bronquial crónico, reflexiona Jaspers sobre la oscuridad de su propio estado de salud, en una colección de escritos autobiográficos llamada “Entre el destino y la voluntad ” (1969, p.178), con estas palabras: “La sensación de frescor, la actividad de la mañana, la secreción normal, dirigida activamente sin molestias, el sentimiento de liberación del cuerpo, cuando ya no se deja sentir como tal, todo esto me devolvía de nuevo la confianza de que aún me quedaba salud para mi trabajo

intelectual”. Adelantando también la vaguedad del concepto, la dificultad de definición, la alusión a múltiples aspectos de la llamada normalidad, la subordinación de ese bien a la tarea de un proyecto de vida, etc. En suma, y quizás si por esta dificultad para definir la salud mencionada por Jaspers, ella se ha ido vinculando con un concepto abstruso, ligado a los fundamentos de la vida, y que además alude al ser no acabado del hombre. Es decir, su discurso ha tendido a desarrollarse más bien en sentido extensivo que en profundidad, asunto que en la práctica pareciera finalmente relegarse, de manera técnica, soslayando definiciones para quedarse con aspectos prácticos, medibles o pragmáticos.

En esa misma línea de ejemplos, y complementando el análisis idealista de Jaspers, se encuentra la esquemática y quizás si algo rígida forma de entender la salud de parte de Pedro Laín Entralgo. Quien, desde una ambiciosa perspectiva, apunta al conflicto entre salud y libertad, o lo que sería lo mismo frente al dualismo naturaleza-persona. Este conocido humanista español, ya citado con anterioridad, propone dicha alternativa en uno de sus más recientes libros, *Ser y conducta del hombre* (1996, p.171). Allí menciona Laín que existen cuatro tipos de ideas occidentales sobre salud, a saber: las naturalistas y las personalistas (cada una puede ser románticas o clásicas). A la primera de ellas la llama la "mentalidad naturalista" porque según esta forma de pensamiento la libertad depende o reside en la salud. Lo que vendría a exponerse en una fórmula como la siguiente: “solo si tengo salud tengo libertad”, o bien “si no tengo salud entonces no tengo libertad”... En tales circunstancias los conflictos entre ambos valores (salud y libertad) se resuelven siguiendo el principio de que "la libertad depende de la naturaleza". Cosa que por lo demás parece ser algo extremosa pero seductora a la vez, ya que de hecho la falta de salud se vive como atentado a la libertad y viceversa. Y frente a ella la alternativa está en la llamada "mentalidad personalista", porque acentúa el factor persona que intermedia entre la libertad y la salud. Esto es la libertad no depende de la salud, justamente porque la primera reside en la persona. Ejemplificada en la fórmula siguiente “puedo ser libre independientemente de si tengo salud o no la tengo”. En este caso los conflictos entre salud y libertad se dirimen siguiendo la máxima opuesta: "la libertad no está sujeta a la naturaleza humana".

Aunque, como suele pasar con Laín, el autor abandona de prisa los temas que no le interesan, dejando a otros el desarrollo de su provocativa proposición, sin explayarse mucho más al respecto. Deja así una llamativa cuestión pendiente como esta curiosa relación de equivalencia y de competencia que Laín propone entre libertad, un bien superior, y salud, un bien dependiente. Relación entre ambos valores que generalmente pareciera interesar, mas que por su competencia en la jerarquía de valores, por su relación de dependencia y enriquecimiento entre ambos valores. Pero Laín prefiere acotar brevemente la clasificación y añade que las dos “mentalidades” poseen a su vez dos acentuaciones idénticas para cada una, la clásica y la romántica. De manera tal que respecto de la salud “naturalista clásica”, de libertad biológica podría decirse, se pueden mencionar diversos modelos de equilibrios. De potencias para Alcmeón, de humores para Hipócrates, etc. Y en su forma "naturalista romántica" la salud es una búsqueda de perfección total del hombre, de trabajar para hacer crecer la libertad (significa desequilibrio sin alteración del equilibrio). Mientras que a su vez, la salud “personalista clásica” puede tener variadas aplicaciones. Perseguiría la perfección, pero esta vez sumando a la salud entre las posibilidades que otorga la naturaleza de progreso personal. O bien desde otro punto de vista, ella también podría ser vista como la ecuanimidad en el ejercicio de la libertad personal (como un asunto de nobleza). Incluso como ofrenda, cuyo consumo, el de la salud, se hace en vistas a un bien superior (cristianismo). Mientras que la salud “personalista romántica”, es una acentuación que busca la perfección heroica, tras la exigencia de saberse enfermo y utilizando la propia enfermedad se obtiene una “salud” heroica (Novalis). En suma, el concepto de salud de Laín se hace eco en un dicho de San Agustín, el que señala que no habría salud cumplida sin un sentido, sin un para qué, sin franquía. Y de acuerdo con aquello, estaríamos sanos para vivir mejor.

Sin embargo la actual medicina no valoriza la reflexión en torno a la libertad, un tema que se considera como superado, prefiriéndose la perspectiva de la eficacia, de la exactitud, de la producción, etc. Y frente a ello se puede considerar que ejemplos como el de Georges Canguilhem (epistemólogo francés e historiador de la ciencia), son intermedios, ya que aparecen con una opción menos idealista pero aún distante del pragmatismo que vendrá

enseguida. Para él (“Lo normal y lo patológico”) la salud es un equilibrio que se consigue a costa de rupturas incoativas, esto significa que la salud va contenida desde el origen y es parte del proceso a cada momento. Incluyendo así a la amenaza de la enfermedad como uno de los constituyentes de la salud (Canguilhem, 1970, p.232). La salud Canguilhemiana es adaptativa, pasa a ser un margen de tolerancia con respecto de las infidelidades del medio ambiente (op.cit., p.150), en medio de la multitud de pequeños accidentes que lo caracterizan. Esta salud pasa a ser así un conjunto de seguridades presentes y futuras, las que incluyen e indican una cierta capacidad de superar crisis, e instaurar nuevos ordenes individuales (op.cit., p.151). Sin embargo, a este autor le resulta más cómodo referirse a la “normatividad” (apto para seguir nueva normas de vida, op.cit., 152) que al estado de salud, porque el último representa un estado subjetivo que pertenece al ámbito de la medicina y no al de la ciencia. Donde la normalidad queda delimitada por normas adaptativas con la vida, es más objetiva, y pertenece al ámbito más genérico de lo normal. La normatividad a la que se refiere Canguilhem adquiere en medicina un concepto particular, el de la vida misma que convierte a lo normal-biológico en concepto de valor y no en un concepto estadístico de realidad (otra variante usada en la materia incluso por la medicina). Un hombre sería sano en la medida en que es normativo con respecto a las fluctuaciones de su medio ambiente (op.cit., p. 175). Esto es importante porque este autor se refiere a lo normal en un tipo de medicina que él vivió en la década del 60, una medicina que quiso prologar “la vida” como actividad de esfuerzos de defensa y lucha contra todo lo que tuviera valor negativo, y que por lo tanto necesitaba de la ciencia humana (op.cit., p.96) como complemento normativo. Para Canguilhem no existe un hecho normal o patológico en sí. Si sus resultados en términos de vida (estabilidad, fecundidad, variabilidad de la vida) son inferiores a la norma previa se las denominará patológicas. Dónde lo patológico también posee normas sólo que por el momento la vida rechaza comparativamente más (op.cit., p.98). Lo que es normal en una situación es anormal en otra. Solo la norma que no permite adaptación es inferior a otra que si lo hace y solo allí, cuando ya no hay posibilidades de instaurar normas diferentes para diferentes condiciones, señala la frontera de lo anormal (op.cit., p.139).

Frente a estas tres alternativas humanistas mencionadas, que podrían denominarse “de viejo cuño”, surge la opción claramente más pragmática, de la década del 70, producto de la poderosa escuela bioética de USA. La que, en términos generales, representa una alternativa al desperfilado humanismo citado y en cuya perspectiva la definición de salud no va a tener la relevancia ni el consenso que otros conceptos sí alcanzarán. Aquí la definición de salud ocupa un plano secundario, y más que ordenar el panorama médico ofrecerá destacar ciertas acentuaciones particulares productivistas y de índole más bien pragmática. Entre los principales representantes de esta escuela estarán los ya citados Pellegrino y Thomasma, quienes han desarrollado algo más el tema de la salud, caracterizándola ya sea por el orden del organismo o bien por la falta de necesidad de ayudas (Pellegrino y Thomasma, 1981, p.75). Ellos sitúan a la salud como enfrentada a la enfermedad, como si ella por sí sola no pudiese definirse. Y para hacerlo habría que deducir que si la enfermedad interrumpe la “habilidad de hacerle frente a la vida” (op.cit., p.76), entonces este concepto vendría ser justamente esa habilidad puesta entre paréntesis por la enfermedad. En todo caso, y según esta formulación (op.cit., p.74) la salud, al contrario de la enfermedad no acerca (tanto) a los individuos como la enfermedad, ya que el sujeto va al grupo para pedir ayuda más no tanto para su realización. No se requiere mucho análisis para entrever, en la raíz de este concepto de salud, un cierto elogio al ideal de la sociedad norteamericana sobre la capacidad de progreso individual. Aunque por cierto que la contribución de la escuela de los EEUU en la materia no acaba aquí, ya que ella pareciera ser la única que hoy por hoy ofrece algún tipo de respuestas en la materia. Aunque ellas posean el sesgo utilitarista, tal como lo demuestra la revista anteriormente citada.

Probablemente si esto sea lo que explique, al menos en parte, la aparición de diversas definiciones operativas, postuladas incluso por organizaciones vinculadas a la esfera socio-política. Como la Organización Mundial de la Salud (OMS), comisiones gubernamentales del gobierno de USA, algunas fórmulas sanitario-administrativas que trascienden al orbe, etc. Ellas enfocan el problema desde ciertas anomalías políticas, económicas, y hasta mitológicas, tratando de definir desde un punto de vista más bien práctico a la salud. Entre estas célebres definiciones estuvo una muy socorrida, aunque superada, definición de salud

en términos negativos. Según ella, el silencio corporal era un indicador indirecto de salud, en otras palabras la falta de enfermedad indica la existencia de salud. Una conceptualización que resultaba intolerable para la modernidad que no acepta renunciar a la razón, de donde depende su afán de “progreso”. Y en tal sentido, para superar esta no-definición es que la Organización Mundial de la Salud (OMS), la máxima entidad internacional en la materia, propuso en el año 1946 que la salud se redefiniera como meta. Esta vez con la idílica formulación de un “estado de completo bienestar: físico, psíquico y social”. Bienestar que en ese tiempo se suponía se conseguiría según D.Gracia, con buenos hospitales abiertos a todo el mundo. Pero que con el paso de los años, fue derivando hacia otra connotación, más política que económica, y que apuntaba al desarrollo de los recursos humanos, y propuesta por la Asamblea mundial de salud de 1977 (Resolución WHA 30.43). Según ella hay que redefinir el problema de la salud en términos más actuales, que permitan a la humanidad alcanzar un cierto nivel de existencia social y económicamente productiva, en la perspectiva de compatibilizar el derecho individual y el bien común con el interés productivo, aunque para ello se le deba dar a la definición de salud un cierto giro instrumental. A la que se suma una siguiente modificación de la definición de salud de la OMS en 1978, que acentúe el matiz procedimental y productivista del bienestar, otorgando “niveles” al bienestar llamado salud (Gracia, 1989, p.277). Allí se hace también una alusión en el sentido de la anomalía productiva sobre aquel nivel que se entenderá desde entonces por sano: el estado que permite llevar a los hombres (al mayor porcentaje de ellos) a “una vida social y económicamente productiva”. Preocupándose principalmente sobre la forma de conseguir esa salud, esto es: defendiendo el derecho a la atención primaria (consultorios), lo que ahora sí conducirá a la salud. Lo que ciertamente está fundamentado en cifras, las que detectan que las necesidades sanitarias de la población se cubren en un 86 % en ese nivel básico de atención y no en el hospitalario por ejemplo. Una cifra que le da derecho a la OMS de argumentar que las mayorías estarán mas cerca de la salud. La medicina del bienestar cambia en la década del setenta por aquella del bienestar, medido en rendimientos (rentabilidad), algo así como bienestar en la medida de lo posible. Se trata de una mutación productivista que permitió, entre otras cosas, formular un engañoso eslogan con el que ese organismo se propuso conseguir salud para todos (entendido como mayoría)

en el año 2000 (conocido como el “Alma Ata” de la atención primaria de la OMS). Por otra parte, esta situación también sirve para ejemplificar como la anomalía productiva se viene revelando indirectamente, tras este tipo de intentos que sobrepasan a la actual definición de medicina.

Tal como se puede apreciar y a diferencia del humanismo médico de la primera mitad del siglo XX, en la actualidad preocupa más definir la salud en términos utilitarios, de allí que ni siquiera se intente profundizar en su definición metafísicamente más exigente. Hoy pareciera bastar con un mínimo, esto es revelar algunos de sus elementos constitutivos, los suficientes como para que sirvan a finalidades prácticas, tal como la que sustenta la OMS por ejemplo. A modo de ejemplo, en una reciente publicación S. Devito (2000, p.540) manifiesta que la literatura actual se contenta con hacer distinciones entre “estados de salud y estados de enfermedad”, para tratar de conseguir un método de definición libre de valores, objetivo. O bien, en términos más generales en lo pertinente a la organización del aparato productivo de salud. Entonces ya no es necesario ni siquiera saber que la salud es algo más que un concepto normativo, como lo expone Jaspers entre otros. Menos aún si ella está estrechamente unida al concepto de libertad, de equilibrio o de perfección tal como enseñó la medicina tradicional. La salud actual se concibe incluyendo, quiérase o no, elementos valóricos de nuestra cultura, como la capacidad de rendimiento personal o los argumentados por Pellegrino. A lo sumo y con dificultades, hoy como ayer, la salud representa un valor para combatir el antivalor de la enfermedad. Pero de la relación entre ambos pareciera no haber habido un gran desarrollo conceptual sino más bien productivo.

1.1.B.- CAMBIOS EN LA ENFERMEDAD

Y así como la salud representa un hito en el pensamiento médico de todos los tiempos, la enfermedad también lo es, de hecho la enfermedad ha sido el gran tópico de las humanidades médicas y una referencia obligada de cualesquier definición de medicina occidental. Esta posición es un asunto que ni siquiera la modernidad pareciera querer cambiar, porque la enfermedad, al menos desde los griegos, ha representado el objetivo concreto contra el cual se organiza el acto médico. Y en tal sentido, este enfoque es

recogido también por la actual definición de Arte y ciencia de curar, apuntando a que la modernidad necesita tanto de sagacidad artística como de la ciencia para: enfrentar a la enfermedad, conocerla, e inventar recursos en su contra. La medicina resultante posee un modelo de enfermedad que se puede considerar como una suerte de cerradura que abre la llave médica definida por la dualidad arte-ciencia. Un modelo de cerradura que fue reestructurado desde comienzos del siglo pasado, principalmente sobre la base de la sagacidad clínica y la anatomía patológica (el análisis macroscópico), y al que luego se integran las ciencias (microscopía, el laboratorio, la farmacéutica, etc.). Para configurar un mecanismo supuestamente científico en el que intervienen una cerradura y su llave, ambos científicos, y en el que el arte pasa a tener un rol funcional, a cargo de la “habilidad e intuición” que la operación demande (Harrison, 2002, p.1). De manera que la pretendida complementación entre el arte y la ciencia se hacía en contra del arte, y entre dos posturas dicotómicas pero en aras de luchar contra los aspectos científicos de la enfermedad, creándose una situación que definía a la medicina, desde un comienzo, de manera forzada e inestable. Pese a todo, era la lucha contra la enfermedad el factor aglutinante, lo que parecía reunir a ambos factores según el modelo médico imperante, dejando la duda de la real necesidad de esta definición, ya que cada uno de estos factores no necesitaba del otro, imponiéndose una unión utilitarista que sin embargo no logró hacer correr a ambos por un mismo carril.

Sin embargo, existe otra vertiente de interpretación sobre la relación entre enfermedad y medicina, un modelo menos socorrido quizás, pero que pareciera acercarse más al ámbito de la futura definición de medicina. Este parte de la unión de fuerzas arte/ciencia, tras de un concepto intermedio que los griegos llamaron tekhné. En otras palabras, frente a nuestra mentalidad dicotómica, que tiende a ver por separado la manera de comprender la enfermedad (ciencia) y las habilidades y/o posibilidades de combatirla (arte), la tarea de la medicina también puede ser entendida como confluencia o unificación, tal como ya ocurrió entre los griegos y su producción de efectos médicos. Ese modelo médico permite una visión diferente de la enfermedad en términos de producción, crea la necesidad de volver a agrupar lo patológico, en sintonía con los intereses médicos de la modernidad tardía. Para

rematar con una nueva interpretación, con una nueva coherencia productiva, según la nueva forma de ver las cosas, esta vez interpelada por los nuevos requerimientos modernistas de productivismo (tecnología, eficiencia, derechos del paciente, etc.), para así poder atacarla de acuerdo a los nuevos recursos que se van introduciendo en la medicina. Esta mecánica en que se mueve la enfermedad, como ordenamiento médico, no representa sino que la forma en que los parámetros culturales aparecen temporalmente en el horizonte médico. Los que otorgan a la enfermedad un orden lleno de matices frente a la percepción más evanescente que deja la salud, quedando la impresión de que la actual medicina ha desarrollado más a la primera que a su opuesto.

Sin embargo, y como se verá a continuación, también su crecimiento ha sido más bien en sentido cuantitativo, o de amplitud, y desde luego en términos prácticos. Mientras que su comprensibilidad humanística o su profundidad fenoménica parecen hibernar. P. Laín Entralgo (1964, p.274-285) por ejemplo, plantea una opinión semejante sobre el rol del historicismo cultural, aunque desde otro ángulo de la situación. Él ofrece una forma de comprensión teórica de la enfermedad que propone tres planos de análisis que a él le llaman particularmente la atención, la enfermedad en sus aspectos de: objetividad, subjetividad y relatividad. En lo subjetivo incluye a las vivencias propias, al sentimiento genérico del "estar enfermo", mientras que en lo objetivo al proceso diagnóstico. Respecto del primero, en la subjetividad de la enfermedad destaca la vivencia de molestia (antónimo de bienestar), el sentimiento de amenaza sobre los proyectos vitales (de riesgo de muerte), la de succión por el cuerpo (contrario al cuerpo mudo de la salud), la de soledad (enojosa), la vivencia de anomalía (quedar fuera de la norma) y la de recurso (en el sentido de utilidad, refugio e instrumento). Mientras que en el plano objetivo de la enfermedad, las modificaciones del cuerpo promueven representaciones tales como lesiones, tumores, infecciones, etc. Como es obvio ambas perspectivas, objetiva y subjetiva, remiten a la historicidad del concepto, por lo que Laín menciona además un tercer plano que orienta hacia el contexto en que, los citados dos planos de la definición de enfermedad, deben entenderse. Se trata de la relatividad (histórica, cultural, económica e individual) en que se da la enfermedad concreta. De más está señalar cual pudiera ser aquella circunstancia que se desarrolló

preferentemente y que actualmente está más vigente, la que habría acentuado una unilateral manera productivista o técnica (si se quiere) de entender los aspectos objetivos y subjetivos del enfermar modernista. Cabe mencionar que la relatividad puede llegar a jugar un papel de enorme importancia sobre los otros dos planos de la enfermedad, porque puede condicionar de tal manera esos planos que, de esto, surja un modelo de enfermedad muy diferente al conocido con anterioridad. Si se considera que ella, la relatividad, puede “orientar” y hasta “determinar” la posibilidad del paciente de realizar la operación de autodefinition de enfermedad, desde su juicio subjetivo, que le permite definir si él está realmente enfermo o no, según sus propias vivencias del estar enfermo. Y que por otro lado, esta relatividad condiciona también a la objetividad diagnóstica misma, al papel operativo de la definición de las "enfermedades" concretas, a las enfermedades como conceptos de ser y acontecer de "la enfermedad", etc. Es decir, a la enfermedad objetivamente interpretada como lesión, infección, tumor, etc. Entonces podemos darnos cuenta que el poder de la relatividad (en este caso productivista) sobre la enfermedad podría llegar a cambiar grandemente la medicina que aún conocemos bajo la influencia de la actual definición.

A su vez, K. Jaspers (1980, p.886) ofrece una perspectiva axiológica sobre la enfermedad, desde cuya perspectiva evolucionará siguiendo a la modernidad. Él sostiene que no hace falta referirse a ella en un plano teórico ya que el médico recibe un modelo “culturizado” (relativo) de enfermedad, preocupándose más bien de la definición de "enfermedades" concretas, como conceptos de ser y acontecer de "la enfermedad". De acuerdo con esto, al médico no solo no le correspondería investigar sobre la teoría de "la enfermedad" sino que al evolucionar esta igualmente debe utilizar y adherir al nuevo concepto de enfermedad, desde el plano del juicio axiológico (de tipo anti-valor) que se encuentra alejado de la comprensión ontológica. Según esta perspectiva, tampoco debiera el médico de estar preocupado de entender al cuerpo humano per se, con sus conexiones entre órganos, funciones, etc. Por ejemplo, de lesión, infección, tumor, de cambio endocrino, etc. En otras palabras, para Jaspers la obligación médica radica en asociar el juicio de anti-valor a cada uno de los conceptos del ser mórbido que el médico llama "enfermedades", con toda la

carga de relatividad cultural que eso lleve. Aquí se debiera incluir también la nueva forma productivista. Esta proposición jasperiana trae consecuencias indirectas, como aquella que une el concepto de anti-valor, propio de "la enfermedad", con los aspectos naturales del ser, como el de lesión por ejemplo. Lo que explica la intervención del empirismo actual y sus nuevas categorías del ser, a través de su concepto estadístico de "término medio", como norma de lo enfermo. Como es sabido, la enfermedad puede ser entendida como desviación de la norma, pues ello permite un tipo de discriminación entre lo normal y lo anormal o enfermo, frente al cual el término medio debe ser llamado sano y sus desviaciones enfermo. Jaspers postula que el resultado de esta asociación ha permitido la condensación de una desviación empírica con un aspecto valórico, y en conjunto han permitido un concepto ideal (normativo) de la enfermedad (Jaspers, 1980, p.889), pero referido a la salud (en cuanto valor). El juicio de anti-valor va unido a cada uno de los conceptos del ser mórbido que el médico llama "enfermedades", el concepto subjetivo de anti-valor unido con aquellos aspectos objetivos y naturales del ser permiten la intervención relativista como el concepto estadístico de "término medio". Sin embargo, así se ha llegado a una solución de compromiso, algo confusa, pero teñida de las preferencias de la época y con una definición circular de la enfermedad y su dependencia indirecta o por contraste del concepto de salud. Pero el problema no termina aquí, esta asociación axiológico-naturalista de las enfermedades permite postular diferentes tipos de normas y sus correspondientes desviaciones. La consecuencia de aquello es que la discriminación entre lo normal y lo anormal (o enfermo) abarca un amplio rango que puede ir desde una norma estadística hasta una de tipo ideal, asociada al arquetipo de salud empleado. De acuerdo con esto, el término medio o normal puede ser llamado sano y sus desviaciones enfermedad y la productividad campea. Hemos visto que Jaspers distingue aquello que el paciente "define" intuitivamente como "la enfermedad", ateniéndose a los criterios de salud imperantes, de aquello que él llama "enfermedades", las que poseen un estatuto empírico-normativo y que pertenecen o son "definidas" por al ámbito médico.

En ese mismo sentido, conviene recalcar que "la enfermedad" es un concepto dual, que se asocia con normas biológicas desadaptativas como también con ciertas esencias

naturalísticas. Pero al mismo tiempo la enfermedad posee la capacidad evolutiva y de sostén axiológico de todo el acto médico. Se podría decir que una atmósfera productivista como la actual tendría cabida, para ambos autores, desde la definición de enfermo que a su vez depende del juicio del paciente y sus aprehensiones culturales, pero no así desde el juicio del médico. Un postulado del que también G. Canguilhem (1970, p.89) se hace eco, al señalar que al médico le interesa diagnosticar y curar, pero para devolver al enfermo a la norma. Aclara que no se debe confundir "anomalía" con lo patológico (Canguilhem, 1970, p.101), y que no existe un hecho normal o patológico en sí (op.cit., p.108). Desde su perspectiva, lo que caracterizaría a lo patológico es que ello representa una "norma biológica diferente", de carácter desadaptativa. Norma que ha sido rechazada por la vida al no estar a la altura de las demandas del ambiente (op.cit., p.138), etc. En tal sentido propone, para entender lo que estos fenómenos puedan ser, pedirle a la enfermedad cuentas sobre la salud (op.cit., p.230) y no a la inversa, como tradicionalmente se ha pensado. Este autor subraya que la enfermedad es peligro de la existencia, es catástrofe, precisamente por la patética incapacidad individual de acceder a una nueva norma (op.cit., p.140). Entonces puede suceder que venga la mejoría tan solo con estrechar, acotar, el medio ambiente. En este caso la productividad tendría mucho que decir ya que ella puede llegar a establecerse incluso como medida de la enfermedad, o como uno de sus aspectos adaptativos actualmente más destacados. Pero el relativismo aparece aquí de manera poco clara, porque según lo establecido por Canguilhem, tanto lo patológico, que representa una norma propia de tipo biológica, como la anormalidad, están basadas en el carácter desadaptativo (subjetiva), cuya medida es finalmente científica (objetiva). El relativismo adquiere aquí una perspectiva de normas biológicas desadaptativas, que al no estar a la altura de las demandas del ambiente (productivistas por ejemplo) permiten el diagnóstico según las modificaciones normativas del cuerpo (objetivas). Quedando promovidas las representaciones naturales de dichas anormalidades a entidades naturales patológicas (esto es: lesiones, tumores, infecciones, etc.). Apareciendo tras un supuesto regreso del enfermo a la norma científica una enfermedad que pide cuentas sobre la salud.

Un aspecto que otro autor, M. Foucault (1991, p.15), llama el “prejuicio naturalista”, y que según él la clínica pareció superar. De acuerdo con este la enfermedad se erige en una especie natural, manifestada en síntomas específicos, pero con una esencia natural, anterior e independiente de los síntomas mismos y que sirve para definir la enfermedad desde la relatividad histórica, cultural, económica e individual en que se da hoy la enfermedad concreta. Esta perspectiva, que él ha estudiado desde la historia de la medicina, representa un arraigado prejuicio cultural y cientificista, de tipo naturalista, que viene transformando a la enfermedad en una especie natural asociada a supuestas esencias desde el nacimiento de la clínica. Esta mitología se enfrenta con los criterios de la enfermedad moderna definidas en términos de eficacia o bien como "blanco" perseguido por el acto médico moderno, según el estatuto empírico-normativo del ámbito médico moderno. El que según la tesis de este trabajo remitiría al problema mayor de "la técnica moderna". En esta situación intervienen diversos factores. En primer lugar está la confusa e inadecuada definición de enfermedad, con su dependencia indirecta, o por contraste, del concepto de salud. Como se desprende del análisis precedente, definido un modelo de enfermedad por condensación de sus aspectos valórico y empírica. En otras palabras, se tiene una definición de enfermedad poco operante, que depende de la salud (en cuanto valor) y de un concepto ideal (normativo) de la enfermedad. En suma, y como se lo puede apreciar, parece existir una cierta dificultad relativa para definir la enfermedad enunciada en un primer aspecto de interés metodológico. La naturaleza de la dificultad es la opuesta a la de la dificultad para definir salud. En el caso de la definición de enfermedad, esta pareciera esconderse del trato teórico, quizás si debido al papel pragmático, de objetivo causal, que describiremos mas adelante. Esta diferencia entre enfermedad y salud puede servir para comenzar un breve comentario al análisis que suele hacerse sobre este factor.

1.1.C.- CAMBIOS EN EL ROL DEL MÉDICO

Como sucede con los demás hitos, o factores relevantes, que otorgan un determinado perfil a los tipos de medicina posibles, el médico (como grupo o cuerpo médico) también ha jugado un importante papel en la defensa de la definición de Arte y ciencia de curar, toda

vez que su práctica se mueve entre los límites de aquella definición oficial. Estos límites le permiten además un cierto status o poderío social, debido a que solo el médico parece canalizar la ayuda curativa, solo él conoce el secreto para girar convenientemente la cerradura científica de la enfermedad, solo él puede dar la adecuada medida de arte para conseguir la salud, solo él puede ofrecer un destino en tal sentido (I. Illich). Al menos así parece entenderlo el análisis humanista anterior a la era bioética. Como lo propone Laín Entralgo (1964, p.25), por ejemplo, para quien ser médico es hallarse en un lugar de privilegio moral, o de perfección personal, donde se dispone la resolución favorable de la tensión ayuda-abandono. Y de allí que su compromiso moral crezca y se consuma con la ejecución del acto de ayuda. O bien, la opinión de K. Jaspers (1969, pp.188-193) para quien existen dos elementos con los cuales se podría juzgar a un médico, por sus conocimientos y por la categoría su personalidad. Aceptando la discusión, enseñando, acomodándose, poniéndose en el lugar del otro, sin perder de vista la peculiaridad de la vida de su paciente. Debe enseñar a comportarse al enfermo como sano, estando enfermo. Lo que se logra con inteligencia, ingenuidad, capacidad de adaptación y bondad del corazón. Para este tipo de autores, llamémosle de corte clásico, la llegada de la ciencia a la medicina viene a reforzar el tradicional papel de la abnegación médica, es decir del servicio a favor del arte o de la ciencia de curar. Según esta perspectiva, el médico se engrandecía en la medida de su noble disposición, de ser el puente o el vínculo, para religar al enfermo con la salud. En ese sentido, cuasi romántico, tanto el arte y la ciencia estaban a su cuidado, cuasi sacerdotal, en sus manos y en su pensamiento, pero para servir a la humanidad. Y de esta manera la curación iba a depender no solo de su aptitud científica o artística, sino que también de su estatura moral, de la prudencia con que ejercía su poder, como de su paternalismo, etc. Esas eran las reglas del juego hasta la década del 50 aproximadamente, pero de allí en adelante todo va a cambiar. Desde entonces se va a aceptar culturalmente que los intereses desempeñen un rol en esta situación, que la medicina no sea solo para servir sino que para servirse de ella. Es decir, que el rol del médico es compatible con el derecho al éxito personal, al enriquecimiento personal, al poder, etc. Por un sin número de factores atribuibles a la llegada de la anomalía productiva se cuestiona el papel del médico como principal productor de salud, entre otros motivos porque se descubre en las medidas

sanitarias o epidemiológicas al factor más eficaz en tal sentido. Pero existen otros factores que también se deben considerar.

Para P. Starr por ejemplo, influye la nueva postura política que aparece durante la década del 70, la que reparte de otra manera el poder a las minorías, y en este caso vela por los derechos del paciente (1991, p.456). Según este autor estaba en juego un asunto de intereses (políticos, jurídicos y económicos) divergentes entre el médico y el paciente. Y cita un resentimiento de la opinión pública respecto de la persona del médico, al que ya no se veía como “héroe científico” sino como “villano económico”: dominante, monopólico y egoísta (Starr, 1991, p.460). Otorgándole un nuevo papel a desempeñar en el acto médico, tenía el médico que incluirse ahora como una de las herramientas para la producción de salud, es decir uno de los sub-factores de la maquinaria social para ese efecto. Un nuevo papel que no volverá a ser ya el tradicional para, de este momento en adelante, sufrir una enorme y progresiva mutación. P. Starr menciona de paso una de ellas, el estudio de Blumberg demuestra que para la década del setenta, los honorarios médicos favorecían y por lo tanto orientaban al médico hacia los procedimientos quirúrgicos (“ganadores”) en vez del examen o la conversación con el paciente (anamnesis), porque estos últimos dejaban menos de lo que costaba (“perdedores”) (op.cit., p.452). Para este autor resulta posible que otros cambios sociales hayan contribuido también a ese estado de situación, como por ejemplo la modificación de la forma particular y liberal de practicar la medicina, la que aumenta el peso social de los hospitales a partir de la década del sesenta. Y con ese cambio, en las condiciones del ejercicio de la profesión, el médico habría desarrollado otro tipo de intereses económicos, resquebrajando la cohesión grupal de los médicos y generando la disconformidad pública al ver crecer los costos en salud (op.cit., p.444). En palabras de este autor la medicina había abusado de su crédito, y para la década del setenta los problemas económicos y morales de la Medicina habían desplazado al progreso (confianza) científico del centro de la atención pública (op.cit., p.445). Para entonces la sociedad de USA tenía en claro que los médicos y los hospitales podían abusar de los derechos de los pacientes.

En otras palabras, la llegada de los nuevos aires impuestos por la producción en masa de salud ponía de manifiesto los cambios sobre el rol médico. Los que a su vez fueron recogidos por la bioética de los años setenta, delimitando ese rol por medio del principio de beneficencia. Un hecho que grafica la disminución cultural y política sobre el poderío del médico, en su aporte a la lucha contra la enfermedad y por la salud del paciente. Tal como lo recoge D. Gracia (discípulo y sucesor de Laín) quien analiza el nuevo papel del médico desde la óptica sociológica del poder de M. Weber (Gracia, 1989, p.100), subrayando los esfuerzos intelectuales de la actual generación médica para establecer un tipo de bioética globalizada y utilitaria. Una solución que apunta particularmente hacia las exigencias legales para perfeccionar el rol del médico (como el del paciente), en el marco de un cierto tipo de ética contractual. De acuerdo con este análisis las profesiones de servicio como son: el médico, el sacerdote o el juez poseen un rol paternalista intrínseco (la relación con el otro como aquella entre padre e hijo). En otras palabras, son profesiones cuyo ejercicio de su poderío se realiza por medio del altruismo y en forma contraria al egoísmo, que caracteriza al comercio. Aquí se confunden autoridad y dominio moral (paternalismo). Para Gracia el paternalismo ejercido por el médico es tan medular, y está tan arraigado al rol médico que su falta pone en serio riesgo la profesión como tal. Pero la bioética actual no se detuvo ante esto, exigiendo al médico de hoy la obligación de no ejercer su rol de beneficencia de modo paternalista y absoluto (op.cit., p.103), sino que más bien se le pide articularse (contractualmente) con las otras partes de la relación médico-paciente, esto es con el enfermo y la sociedad.

Desde esa perspectiva, el período que va desde Hipócrates hasta los años setenta aparece como una época cuyo quehacer médico estuvo definido por la dominación o el señorío, esto es por “el poder de mando autoritario”. Señala el autor que a partir de entonces el ejercicio de la medicina viene definido por lo que él llama el “paternalismo clerical” (op.cit., p.73). E inspirándose en los postulados de la escuela Bioética norteamericana dice así: el principio básico de nuestra disciplina médica es que el enfermo carece de autonomía y es incapaz, por ello, de decisión moral. En una interesante reflexión sobre el rol médico en la historia de la medicina, Gracia narra que por lo menos hasta Galeno el rol del médico se confundía

con el del sacerdote, en cuanto a que ambos estaban obligados moralmente a responder al ideal de la “humanitas” (esto es, misericordia, benevolencia y candor). Pero también el médico debía tener sabiduría, como lo explicita el aserto hipocrático “un médico que además sea filósofo se asemeja a los dioses” (op.cit., p.75). Nuevamente cita a Galeno y se explaya en las obligaciones del médico de esa época, un afán gratificante que obligaba al médico a cuidar la etiqueta, atendiendo al número exacto de visitas, que se efectuaban con amenidad y sin rudeza, buscando conseguir la admiración del paciente, poseyendo una actitud flexible, e incluso a través de las vestimentas medidas, del pelo y uñas decentes, saludables y limpias, cuidando de no presentar olores, etc. (op.cit., p.80-83). Continúa Gracia señalando la evolución de todo aquello, especialmente a partir del siglo XVI, siguiendo los derroteros de la modernidad y de su defensa de los derechos civiles. Primero, y siempre citando a Weber, los monopolios sociales como el del médico evolucionan, desde la dominación moral hacia la dominación burocrática o legal. A comienzos de la edad moderna, con la aparición de las universidades y las primeras leyes al respecto, la medicina se modifica. Coincidiendo con la aparición del estado moderno se convierte por fin en profesión. Asunto por medio del cual pasa a constituir un monopolio legal, con ambiciones de prestación de servicios, las que salen del puro ámbito comercial. Segundo, como consecuencia del desarrollo de los derechos individuales, el paternalismo a ultranza (fuerte) se remoja en la mentalidad del médico. Gracia cita como aquello se da preferentemente en la tradición de la jurisprudencia anglosajona y allí como ejemplo señero al médico inglés Percival, a quién le atribuye un rol protagónico como fundador del nuevo estado de cosas. Con su paternalismo modificado ligeramente, al proponer que el paciente era un ser incapaz, pero solo parcialmente, no como la incapacidad del niño sino como la del joven (paternalismo débil) (op. cit., p.92). La misión del médico es tan alta y delicada que aún entonces no se podía dejarla en manos del paciente (el propietario de la enfermedad). A este paternalismo lo llama institucional porque la asociación profesional velará que se cumpla el mandato ético de sustraer al enfermo su derecho a conocer aspectos negativos sobre su condición.

Por otro lado, se podría decir que desde el punto de vista de las normas éticas del rol médico, las cosas permanecían de manera tradicional hasta 1957, año en que la American Medical Association saca sus normas éticas tituladas como: Principles of medical ethics. Ese año, y empujado por los cambios culturales en la sociedad de USA, la función del médico se redefine en términos de beneficencia: el médico actúa en “beneficio del enfermo”. Sin embargo, al reservarse el derecho a ser juez del bienestar, el médico se hace sospechoso frente al paciente y a la sociedad toda. La cual opta por defender los derechos del paciente frente a la reaparición del paternalismo en el fondo de la conciencia médica de entonces. La suerte de contrato implícito en la relación con el paciente ya no acepta que hasta entonces el médico continúe violando las confidencias aunque sea en el caso de que haya que proteger o protegerse del paciente. Y este punto será prontamente subsanado, tal es así que ello no aparece ya en las mismas normas revisadas del año 1980, entonces se indica que todo esto queda sujeto al imperio de la ley. Por medio de este contrato queda ahora el médico vigilado judicialmente. Desde entonces muchos estados de ese país han adherido a este punto de vista: “el médico no puede sustituir el concepto de la calidad de vida por el suyo propio” (Principios europeos de ética médica, 1987). De aquí la trascendencia del consentimiento informado, como una barrera que protege los derechos del paciente y que al mismo tiempo limita el rol médico a su beneficencia. En suma, el médico, que busca curar, cambia su paternalismo por el rol de la beneficencia y finalmente por el de prestador de servicios productivos para dar salud. Cerrando un camino con el que la anomalía productiva obliga a cuestionar la definición de medicina, según el rol médico y sus cambios.

1.1.D.- CAMBIOS EN EL ROL DEL PACIENTE

Al igual que los demás factores, los cambios en el rol del paciente también constituyen otro de los hitos que caracterizan a la medicina moderna. Es más, se podría afirmar que una parte considerable del perfil de la medicina actual lo determina el rol que hoy ha asumido el paciente, lo que incide en el ascenso de la anomalía productiva, y en el descenso en la formulación de Arte y ciencia de curar como definición de medicina. En tal sentido habría

que decir nuevamente que hasta la llegada de los años setenta, el paciente o el enfermo, como se le quiera llamar, poseyó un papel mas bien pasivo y caracterizado por el ejercicio de virtudes como la resignación, la paciencia, la tolerancia, la templanza, etc. En resumidas cuentas, la situación de un menesteroso, necesitado de protección y ayuda, faceta que recoge el humanismo médico de antaño, y que ejemplifica el comentario de Laín Entralgo: el enfermo es antes que nada un desvalido (1964, p. 273). O bien el de V. Von Weizsacker por ejemplo, quien reflexiona: ¿quién está enfermo?, el que acude al médico (op.cit., p.262). Como se verá, este desvalimiento y su dependencia se asocian así a lo esencial del rol del enfermo, siempre en la perspectiva de ese humanismo. Y por el contrario, para la década del '70, con la llegada de la Bioética, un fenómeno sociocultural anuncia el debut de nuevos aires médicos (incluyendo la anomalía productiva). El humanismo médico acusa también el impacto sobre el rol del paciente, el que presenta un gran vuelco a su favor por medio del ejercicio del principio de la autonomía, una vuelta de mano de la soberanía respecto de un acto médico que le pertenece a él como enfermo y principal interesado, un cambio interno respecto del poder. Sobre ese desvalimiento autonómico, sobre le que se volverá más adelante, se ha querido ver una situación de mayor madurez, una señal de desconfianza hacia el nuevo papel del médico, el ejercicio de un derecho, etc. Aunque este cambio no alcance a desestabilizar la definición de medicina, como Arte y la ciencia de curar, sino tan solo como un antecedente más de una anomalía pretendidamente controlada por la definición aún en boga. Al respecto se podría agregar que el reajuste interno de cuentas, en el que el paciente gana poder, bien pudiera ser el precio que la definición actual paga para que la definición de Arte y ciencia de curar mantenga su status quo. Ya que este paciente, como parte de una sociedad orientada a la acción, prácticamente no ha ejercitado su papel analítico y menos crítico sobre el modo de ser de la medicina que él recibe. A pesar de que el actual modelo le ha otorgado un poderío que le permitiría poner en jaque a la actual manera de hacer medicina, por medio de la autonomía. Sin embargo, sacrificando una vez mas su opinión, el paciente moderno parece mas interesado esta vez en el cálculo y en las exigencias de mayor salud como derecho fundamental, que en desarrollar la autonomía para cuestionar el tipo de atención médica que se brinda. Y así, saltándose esta

etapa ha ligado sus expectativas a la productividad y la mentalidad técnica que anuncia en la anomalía productiva sus futuros alcances.

Lo anterior se refleja en el análisis que hace D. Gracia del nuevo rol del paciente respecto de la llamada autonomía (1989, p.120-187) y su ética de los derechos, principalmente del derecho al consentimiento informado, como medio o instrumento por medio del cual el rol autonómico del paciente se ha asentado. Ello se refiere al derecho que le asiste al enfermo a decidir sobre lo que se vaya a hacer con él frente a su enfermedad. En otras palabras, se trata de un derecho que posee cada paciente frente a su médico para hacerse de una opinión fundamentada sobre lo que le sucede (conocimiento), pero que además se le respete su intención subsiguiente frente al tema (intencionalidad) y de que todo aquello se efectúe además sin influencias o controles externos (Gracia, 1989, p.183-185). Para este autor esto tendría su origen en una reacción de la modernidad autonómica frente a la antigüedad heterónoma. Reacción principalmente jurídico-política, para enfrentar al estado y su poder. Jurídica por el desarrollo de la esfera de lo privado (a partir de la edad media) y el posterior desarrollo de los derechos humanos, como fundamento previo al establecimiento de cualesquier contrato social. Y política debido a la creciente importancia de la influencia liberalista. Y cuya evolución, desde la heteronomía, habría que buscarla hacia los orígenes de la enfermedad y por ende del rol de aquel paciente, vinculado al comienzo de la medicina griega respecto del rol de enfermo crónico, asociado a hábitos y costumbres alteradas. Esas costumbres son las que obedientemente debía el enfermo regular o cambiar siguiendo las indicaciones médicas (op.cit., p.77), siguiendo la inspiración virtuosa de la justa medida o término medio. Esta situación acompañada por la valorización de la moral heterónoma (heredada de los griegos) creó las condiciones para que el rol del paciente no fuese autónomo. Gracia cita a Galeno cuando dice que es necesario que el enfermo obedezca al médico y que no sea indulgente con su propia voluntad. Y después cita la teoría sociológica de los roles de T. Parsons, que afirma que la complementariedad de roles implica que en una relación paternalista con su médico un buen enfermo, debe ser: pasivo, infantil, obediente, resignado, etc. (op.cit., p.101). Frente a ello la autonomía y el consentimiento Informado, como derechos del paciente a ser bien informados, para poder

decidir sobre su cuerpo y vida, debieron esperar hasta la modernidad y el liberalismo (los que venían adelantando la autonomía desde el siglo XVIII) para ser acogidos. Sin embargo, y debido a que la autonomía se trataba de un rol ajeno a la tradición médica tuvo que ser defendido como un derecho legal. Así, finalmente el cambio de rol del paciente moderno terminó imponiéndose a la tradición médica por medio de la influencia de la tradición jurídica (op.cit., p.154), la que ha ayudado a que el rol autónomo del paciente no haya cesado de perfeccionarse desde entonces. Gracia recuerda que con la llegada del siglo XX la justicia de USA comenzó a exigir el consentimiento del paciente para toda intervención sanitaria, so pena de agresión (op.cit., p.161) en contra de su cuerpo, ya que este no podía mutilarse excepto que hubiera un consentimiento previo de su dueño. Sin embargo el consentimiento era aún precario al quedar a criterio del médico, por ello el hincapié judicial para la década del 50 se hizo en pos de quitarle esa prerrogativa al médico y de traspasarla al paciente, quien debía determinar la naturaleza del consentimiento. Desde entonces el consentimiento mismo no será el quid sino la calidad de la información entregada para el consentimiento informado. La que debía ser suficiente e inteligible como para ilustrar a una “persona razonable”. A ello se dedicarán los famosos juicios por “malpractice”.

Todo esto se vio reforzado con el auge político reivindicativo de los derechos civiles individuales, lo que en el plano médico impulsó instrumentos bioéticos conocidos como el código de derechos del paciente. Siendo el más conocido “la carta de derechos de los pacientes” (1973) aceptada oficialmente por el gobierno de EEUU y por sus hospitales y asociaciones médicas. Esto coincide además con el movimiento de defensa de los consumidores, de las minorías, de las feministas, los homosexuales, etc. En suma, se podría decir que el paciente menesteroso de comienzos del siglo XX cambia por uno soberano y autónomo para la década del '70, convencido que ello le daba el poder de decisión sobre su curación. Pero la anomalía productiva continuó su marcha relativizando el modelo de Arte y ciencia de curar, hasta que aquel paciente descubre, con la llegada del siglo XXI, que ahora pertenece a un nuevo modelo médico en el que ya no importa tanto la curación sino la producción de salud, y que nuevamente se ha puesto en duda su soberanía.

Desde aquí tendrá que dar una nueva lucha para consolidar su autonomía, una lucha que ahora involucrará a las llamadas terceras partes (los seguros de salud, las transnacionales farmacéuticas, el estado, etc.), porque este es el ámbito novedoso de la anomalía productiva en salud.

1.2.- ARTICULACIÓN DE DUALIDADES (SALUD/ENFERMEDAD Y MÉDICO/ PACIENTE).

La misma anomalía productiva parece estar detrás de otras tendencias, de las que toma parte de la nueva caracterización de la medicina. Como por ejemplo sobre el impulso de agrupar los parámetros o hitos mencionados, los que ya no valen por su rol individual o esencial, sino que en la medida de sus interacciones productivas. De esta manera surgen o se configuran niveles de complejidad, relacionales o articulatorios, según el lugar que se ocupe en la jerarquía de producción, o en la cadena de efectos médicos. Lo que por cierto, da pie, para plantear una nueva caracterización interactiva de la medicina, de acuerdo con estos engranajes mencionados. De modo tal que, un primer nivel de complejidad queda referido al uso tradicional de cada elemento por separado, tal como lo ha venido intentando la primera respuesta teórica, defendida por los pensadores ya citados, y en el marco general de la medicina científica. O dicho de otra manera, la perspectiva productiva revela que una medicina que se base en este primer nivel, es decir en los cuatro elementos citados aisladamente, no podría aspirar al plano de la operancia efectista que hoy se busca. Y como consecuencia de esto surge el plano de estas asociaciones, entre los elementos revisados con anterioridad, constituyendo un segundo nivel de complejidad, dado por el fomento de las interacciones entre aquellos elementos mencionados (primer nivel). Es decir, de la asociación entre el médico y la enfermedad, de la relación entre la salud y la enfermedad, de la nueva relación entre el médico y el paciente, etc. Conviene tener presente que estas relaciones o ejes de acción de la nueva medicina pueden considerarse, por decirlo así, como las vigas teóricas que sostienen la producción de efectos médicos, de allí la importancia para ampliar la información sobre ellas.

De allí surge o se revela un cúmulo de dualismos que parecían dormidos, en el primer plano de la anterior medicina. En todo caso estas relaciones no son el resultado de un capricho, ni de una especulación sin sentido, sino que dependen del afán de búsqueda y perfeccionamiento sobre los vínculos productivos de la salud con la enfermedad, de fomentar un trato más expedito del médico con la enfermedad, de involucrar más directamente al paciente con su salud, etc. Y a partir de la riqueza de posibilidades, de estos dualismos, se deja atrás la época en que la medicina desarrollaba casi exclusivamente la dualidad de la relación médico-paciente (actualmente una “alianza” según Redlich y Mollica, 1976). Ahora bien, en el caso de la nueva medicina, pareciera necesitarse este segundo nivel de complejidad productiva, como requisito para abordar el desafío de la eficiencia. En ese sentido se requiere además que todos y cada uno de los elementos busque siempre asociarse con otro, porque de ello dependería el progreso del efecto médico. De manera que así se despliegan el abanico de relaciones duales entre elementos, y combinando estos factores, piezas o engranajes, se determina una nueva fisonomía para la medicina moderna. En suma se podría decir que tras las dualidades funcionales se encuentra una actitud articuladora-productivista, y que a partir de esta se pretende darle una mayor eficacia a la empresa común de producir salud.

Unido muy de cerca a lo anterior ha comenzado a eclosionar una especie de sistema de articulaciones, en un tercer nivel productivo, que nace justamente de la riqueza de los dualismos, de sus dinamismos y utilidades. Con esto se completarían los tres niveles de complejidad que caracterizan a la medicina del siglo XXI, es decir, del tipo de interacción productivista o técnica entre las dualidades mencionadas. Porque este último nivel sería el que articula y da sentido a los anteriores, aunque ello sea todavía algo incipiente en el esfuerzo voluntarioso que hoy por hoy realiza la medicina actual. Es más, se podría llegar a suponer que esta última característica apunta a una parte substantiva, y que pertenece a los fundamentos de la nueva organización productiva de la medicina, porque esta intencionalidad productiva es lo que le daría coherencia, organización y finalidad a toda esta empresa. Y, por el contrario, sin ella no se entenderían los niveles anteriores. Como se verá el problema no es menor, especialmente si se considera que las nuevas exigencias, de

jerarquía e integración, vienen orientadas por un cambio de mentalidad. Una nueva forma de ver las cosas que critica como “licencias metafísicas”, del anterior modelo, su interés por el estudio de las esencias, o por el análisis de los límites de cada uno de los factores expuestos (salud, médico, enfermo, etc.). En cambio, la mentalidad productivista valoriza la apremiante necesidad de aclarar aspectos vinculados con ese tipo de interacciones, con los mecanismos de eficacia, o bien con el estudio de la estructura utilitaria del acto médico, etc.

Este aspecto, que será tratado en extenso en la siguiente sección, no debe hacer olvidar que aún está pendiente el análisis, con mayor detención, del segundo nivel, el de los dualismos citados. En ese sentido, conviene tener presente que estas unidades funcionales, que reorientan los tradicionales elementos (singulares), se encuentran ya en la temprana formulación causalista-aristotélica. En la fórmula organizativa que se había propuesto la medicina occidental, pero que ahora debe replantearse, esta vez para enfrentar el desafío de acción voluntarista. Desde allí parece arrancar la comprensión de la práctica del acto médico, empujada en ese caso por la interacción de la cuádruple causalidad (con los elementos ya mencionados). Lo que revela que la vieja estructura del acto médico posee un mecanismo tan versátil que ha permitido rehacer una y otra vez el sentido en que los términos se asocian, favoreciendo así la evolución de la definición del quehacer médico. Tal como se verá, estos niveles de complejidad son necesarios para reorganizar la producción de salud, pero no ya a la forma amplia y respetuosa como la propuesta por los griegos, sino que una manera estrecha y productivista propia de la técnica moderna. Y que en este caso, ella ha tomado la fisonomía de la integración productiva, fomentado un original desarrollo tanto de la relación médico-paciente como de las demás dualidades menos exploradas, como la relación paciente-salud por ejemplo. Con todo, habría que aclarar además que estas relaciones productivas y sus dualidades han sido temas ampliamente conocidas para las humanidades médicas, llegando a ser referentes obligados en el plano teórico de la medicina, y en ese sentido ellos pudieran ser considerados como hitos o pilares del acto médico de todas las épocas, incluyendo también la moderna. Por lo que de existir algún posible papel más “novedoso”, aquello pudiera apuntar hoy a que la nueva medicina le reclame a estos ejes duales la posibilidad de mover la futura producción médica.

Ahora bien, y desde el punto de vista de los elementos que participan en estos ejes estructurales, es necesario aclarar que cuando ellos interactúan, aumenta la importancia de algunas propiedades que trascienden el mero plano individual. Y por otro lado, tampoco se debe pensar de que la integración en una dupla vaya a fusionar los elementos individuales en un solo concepto, ni que cada uno de los elementos deje de comportarse como un concepto separado cuando gnoseológicamente así corresponda, ni que la reunión de ambos sumará las características de cada uno, etc. Lo que aquí parece estar en juego es que efectivamente puedan actuar en conjunto, como una fuerza dual, y que así sean capaces de conseguir objetivos diferentes de aquellos que conseguían por separado. Incluso, se podría llegar a decir que actuando juntos ellos podrían alcanzar a cierta plenitud mayor que cuando lo hacen solos, con su rol individual. De esta manera, y al formar parte de un eje y entrar en una función proactiva, la salud con la enfermedad (por ejemplo), superan las características de sus roles previos, como factores aislados. Aunque en la realidad a la salud no se la encuentra sola, ni al médico separado del paciente, ni tampoco de la enfermedad. Lo que sucedería es que cada eje trata de atrapar en su dualidad teórica un ámbito de acción práctica delimitada, entre estos dos límites que definen un dominio de acción. Y si se quiere, para desencadenar reacciones o movilizar a los elementos que incluyen se utiliza la interacción de ambos conceptos, como dualidades; de allí deviene incluso la idea de un posible motor.

Sin embargo, el correcto entendimiento del problema planteado por estas dualidades requiere investigar múltiples situaciones. Por ejemplo, habría que avanzar en el tipo de conocimiento, y por ende en la orientación de cada dupla, pero también hacia el tipo de verdad que aporta cada dualidad. Si tomamos la dualidad salud-enfermedad encontraremos que ella se interesa por un ámbito de acción más ligado a la comprensión teórica, y de esa manera podremos pedirle verdades del ser u ontológicas (relativo al ser) y no otras. Mientras que al eje médico-paciente, que se orienta hacia verdades más prácticas, del ámbito de la existencia, se le podrán exigir respuestas con ribetes ónticos (contingentes). Por otro lado, se puede conocer algo más sobre los límites que establecen los patrones de desarrollo de cada relación, pero también sobre los condicionamientos a los que obliga la

pertenencia a diferentes ámbitos culturales, etc. Se trata de un aspecto de importancia si se considera que estos ejes poseen así diferentes orígenes y desarrollos, con patrones integrativos diferentes (aunque complementarios a la vez), los que les son propios a cada uno de ellos. En este caso el ejemplo apuntaría a comparar la relación médico-paciente que se desarrolla siguiendo patrones de oralidad, con la dualidad salud-enfermedad, la que a su vez se atiene a parámetros vinculados a la gnosis (a la escritura del logos); entonces comprenderemos mejor cuanto podría esperarse de cada una de ellas. O bien si analizamos la ligazón de ellas con los dominios de la ética y la teoría, podremos prever mejor el aporte que cada una podría hacer a la articulación de un paradigma productivo de la medicina futura por ejemplo. Como se verá resulta necesario profundizar algo más en estas asociaciones para tener más claros sus alcances.

Por lo tanto, y tal como revela este apretado análisis, la temprana y básica estructuración del acto médico según ejes, ha constituido un aspecto que supera la simple complementariedad de elementos aislados. Su estudio es una materia que la teoría médica tiene todavía pendiente ya que ella parece haberlo reducido al estudio de las relaciones médico-paciente. Pero de él se puede esperar mucho más, como la posibilidad de predecir algunas circunstancias vinculadas con este. Por ejemplo, se podría anticipar un creciente apetito teórico por estas nuevas interacciones duales, por sus posibilidades de asociación, por las consecuencias que de allí se desprenden, por los alcances productivos de estas dualidades conceptuales, etc. Porque este tipo de características asociativas van a pasar a desempeñar un considerable papel en la todavía incipiente medicina técnica, además de replantear el horizonte para la futura re-definición de medicina. Pero también, y junto al interés por conocer y desarrollar estas dualidades, habría que esperar que, simultáneamente crezca el interés por la anomalía productiva de la definición de medicina. Porque si en el nuevo perfil médico se han revalorizado las demás relaciones, esto ha sucedido posiblemente influido por el avance de la anomalía productiva, ya que esta última necesita de nuevos recursos teóricos para desarrollar su modelo alternativo. Porque hoy se requiere de diferentes dualidades complementarias, que actúen en conjunto para producir salud. Por eso es que las demás dualidades están a la espera de una consideración similar a la que

antaoño tuvo la relación médico-paciente, la que siempre despertó mucho interés, quizás si por su vinculación con la ética médica, y debido a esto fue estudiada desde muy antiguo. En otras palabras, y desde el punto de vista de la anomalía citada, las situaciones de interacción entre los elementos del acto médico representan un tema clave para la evolución productiva de la medicina.

Pero este punto no debe confundirse con la dicotómica forma de definir la medicina como Arte y ciencia de curar. En este caso concreto, la forma convencional de definición parece ser cuestionada directamente y como una consecuencia de la anomalía productiva, e indirectamente por el rol que juegan las dualidades productivistas. Es decir, más concretamente por un nuevo trato entre el médico y el enfermo, en los nuevos alcances de asociar productivamente enfermedad y salud, etc. Aunque conviene aclarar que este asunto poco tendría que ver con el dualismo que llevó a definir la medicina como Arte y ciencia de curar, cuyo sentido interactivo apuntaba al reconocimiento del papel de la ciencia en el progreso médico. De hecho, en la actualidad poco importa cuánto de la medicina pudiera ser arte y cuánto ciencia, o aclarar cuál pudiera ser el papel que cada uno desempeña en la curación, como tampoco sí a la definición se le pudiera adicionar algún tipo de enmienda provisoria para poder seguir usándola, etc. Porque lo que realmente comienza a interesarle a la medicina moderna, a comienzos del siglo XXI, es cómo llegar a integrar arte, ciencia y técnica, para producir salud, bajo el imperativo de la eficacia.

1.3.- EL EJE MÁS CONOCIDO ES LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (RM-P)

A primera vista, y desde una perspectiva tradicional, pareciera que la relación médico-paciente podría ser un problema más bien periférico a la definición de medicina. Más concretamente, e influido por la actual mentalidad, la forma de vinculación del médico con el paciente pareciera ser un tema periférico al Arte y la ciencia de curar. Sin embargo, si se examina con detención esa relación se podría establecer que la definición tiene gran importancia sobre sus fundamentos, más allá de aportar un marco referencial. En ese

cuadro, esta relación pareciera interesarle principalmente al arte y en menor cuantía a la ciencia de la curación. Y si además se le agrega un predominio cultural de parte de la ciencia, entonces se acentúa la marginalidad de la relación médico-paciente, haciéndole disminuir su injerencia en el quehacer médico. Por lo tanto, y aunque tan solo fuera por este motivo, se tratará a la RM-P de la manera en que se trate al arte en medicina. Y en el caso mencionado: con el sesgo negativo de lo accesorio, con el rechazo científicista, y apenas si aceptando aquello que represente alguna utilidad (por ejemplo, por sus repercusiones económico-judiciales). En todo caso, y como parece obvio, desde una perspectiva como esta, y con esta definición de medicina a sus espaldas, no se va a facilitar la evaluación de los alcances productivos de esta dualidad. Y justamente cuando hay que establecer la existencia, como en este caso, de una reacción de parte de la relación médico-paciente, ante la aparición de la anomalía productiva. Una perspectiva que hay que superar si se quiere analizar su propio giro hacia un pragmatismo productivista, y de corte judicial, recogido por la teoría bioética. Porque lo que desafía hoy a la razón es el conocimiento de los alcances de esta primera acomodación, de la relación frente a la anomalía estudiada, para determinar lo que es reactivo, o interno y lo que constituye exigencia externa o social. Por otro lado, hay que conocer también la conducta de esta relación, respecto del desenvolvimiento del acto médico como un todo productivo de efectos médicos. E incluso, habría que atender las posibles vinculaciones habidas entre la RM-P y un curioso factor moral que induciría a la conducta médica (digamos las motivaciones), y que actúa como un posible motor de esta actividad. Todo ello hace que sea importante abrir el debate en el contexto del ámbito médico-productivo.

Como se adelantó, hasta la llegada de la bioética, como hito cultural, la discusión sobre la relación médico-paciente se centraba en aspectos que no contemplaban el conflicto, y que por lo tanto que no requerían de la justicia para resolverse. Se buscaba entender esta relación en sus raíces antropológicas, sociológicas, culturales, etc. Y desde luego que para ello interesaba bastante poco conocer cuales pudieran ser las características pragmáticas para manejar o manejarse frente a la RM-P. Y menos aún el mejor manejo de los conflictos que entorpecen la producción médica. Un ejemplo del análisis de dicho período lo muestra

P. Laín Entralgo, quien ofrece la posibilidad de un modelo para este dualismo pero basado en una "amistad" (o filía) entre el médico y el paciente. Habría que mencionar aquí que existen posiciones transitorias entre el modelo anterior y el bioético (de conflicto), como aquel propuesto por Thomasma y Pellegrino, quien ofrece una variante del modelo bioético, acentuando el papel de la beneficencia (1986, p.35-36), acercándolo al de la Filía lainiana. En tal sentido, se puede decir que la perspectiva de Laín se diferencia de esta última posición en que su modelo no supone el prejuicio del conflicto ni de la sospecha. Desde luego que esta posición parece ser algo ingenua, especialmente para la escuela norteamericana, porque ella parte de un marco cultural inamistoso como es precisamente el liberal, en el que una relación médico-paciente actualizada no podría estar libre de sospechas.

En todo caso vale la pena conocer esta opción Lainiana de la RM-P, la que es analizada por este autor en su obra: "la relación médico-enfermo", donde se señala que nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo (Laín, 1964, p.15). Después señala que dos utopías han tratado de separar la relación médico-enfermo, a través de la "actio in distans", ellas serían la mentalidad mágica y la técnica. Las que tratarían de relativizar la importancia del encuentro personal en el ejercicio de la medicina. Sin embargo para él, dicha tendencia, sustentada por la socialización de la medicina, estaría en conflicto con una orientación crecientemente personalista de la patología (la que se desdibujó luego de los años setenta). Justamente y a partir de este conflicto plantea Laín la utilidad de un modelo o estructura conceptual invariable de la relación médico-paciente. Propone así sus cinco (5) momentos principales. Entre dichos momentos destaca el de la philía o amistad, llegando a plantearse a este como la base (moral) de la futura relación. Se trata de una secuencia típica de cinco "principios o momentos" que van sucediéndose paulatinamente en el tiempo. Según este esquema teórico, los "momentos" van rigiendo el quehacer médico de una forma característica. A saber y sucintamente: existe un 1er momento, en que se observa una " búsqueda de salud", como fundamento de la relación médico-paciente; después viene un 2do momento, "cognoscitivo" o de diagnóstico, el que va seguido de cerca por un 3er momento,

"operativo" o de tratamientos; enseguida se produce un 4º momento, "afectivo" o de "filia"; y finalmente termina la relación médico-paciente con el 5º momento, "ético-religioso", en que se responde a la pregunta ¿salud para qué?.

Esta clasificación permite considerar la importancia de la sucesión así como jerarquizar sus partes. Así el primer momento sucede cuando inicialmente se encuentran médico y paciente ("encontrarse con"), cuando se determinan los móviles que dirigirán el resto de la relación. Lo que tiene un fundamento genérico: prestar ayuda al menester de otro, "ens indigens vs. ens offerens", o bien ""binomio menester-amor". Ayuda que sucede ya sea como acto de amor o acto de compraventa. Para Laín lo que mueve a uno y al otro son el menester llamado enfermedad y la asistencia (ad-sistere) o la detención junto a otro (Laín, 1964, p.17-18). Luego sobreviene un segundo momento cognoscitivo, según ese modo cardinal de la actividad humana, el que aquí toma la forma del diagnóstico. Se trata de "conocer a" o "pensar de", lo que resumidamente se puede expresar como "sé que padeces de tal anomalía". Este autor reflexiona en la relación que, importando a ambos o solo a uno, ocurre fuera del ámbito de cada uno (dúo o negocio), o bien sí se trata de una díada donde algo ocurre en la intimidad, en la relación interpersonal entre ambos, o quizás sí en amistad (estricto sensu). Resumiendo, para el autor la relación es cuasi diádica, de algo inscrito en la naturaleza de uno (salud) que interesa especialmente a ese uno. Haciendo un alcance a la dimensión completa del diagnóstico cuando incluye lo social (op.cit., p.18-20). En un tercer momento, operativo, sucede cuando el conocimiento se ordena a la acción del tratamiento. Cosa que siempre sucede así en la relación médico-paciente (op.cit., p.21). Entendiendo por tratamiento algo más que la prescripción de drogas, dice "todo es terapéuticamente importante". Todo, lo que se haga y lo que no se haga, influye en el resultado terapéutico. Pudiéndose afirmar que ya al enfermo lo viene sanando la confianza depositada tanto antes como después de la entrevista. Para lo que convendrá tener en cuentas el componente de personalidad, el rol social, etc. Y el cuarto momento es el afectivo, el de la "filia" o amistad en griego (op.cit., p.24). La naturaleza de cada acto puede predisponer a desarrollar o a inhibir la amistad. En este caso resulta difícil concebir que un acto médico convencional sea eficiente sin la condición de amistad médico-paciente. Porque la relación médico-

paciente es justamente una relación cuya finalidad requiere de un cierto tipo de amistad para completarse, para llegar a la meta de la salud. De una salud que hoy se supondría quizás si casi-utópica. Amistad que en todo caso no se puede analizar tan solo desde el plano utilitario en el que se facilita la mejor defensa del paciente, sino que es mas bien indispensable o fundamental para llegar a la meta de salud. En el caso del acto médico convencional la amistad es el resultado de una experiencia en común, luchando (tratamiento) en conjunto por recuperar el dominio sobre el destino (salud) del paciente. El asunto es tan relevante en este caso que lo lleva a diferenciarse de otro tipo de relaciones, las que no necesitan de ese vínculo afectivo.

En otras palabras, y como se verá mas adelante, por medio de esa amistad el médico tiene un acceso privilegiado al conocimiento del mejor destino (de salud), de aquel jerárquicamente superior entre los que dicho paciente podría optar. Este lugar destacado que toca a la filía al ofrecer destinos al paciente no ha sido tomado en consideración por la solución bioética quizás si porque no existe la posibilidad contractual de ofrecer algo semejante. De partida porque las enfermedades son evolutivas y la situación va cambiando, asunto que obligaría a rehacer el contrato continuamente para soportar estos cambios. De modo que el peso ético del consentimiento frente al de la filía representa dos esquemas para tomar la libertad moral como motor de la relación médico-paciente. Externo el primero e inspirado en la justicia, e interno el segundo basado en la amistad. Debiéndose aclarar que el último hace una exigencia de intimidad como requisito previo, mientras que el anterior no, aunque estos preceptos no siempre se den en plenitud. Y finalmente el quinto momento, el del sentido, del “para que levantar una intención de salud”. El momento ético-religioso de “la salud para algo”, para vivir y obrar. En este momento el médico desea favorecer la resolución de la tensión ayuda-abandono frente al misterio sacral de la enfermedad (op.cit, p.24). En suma Laín ofrece un modelo de relación médico-paciente que, a pesar de su valioso aporte, no logró trascender los círculos académicos debido quizás si a su desfase con los nuevos intereses de la medicina contemporánea como a sus exigencias productivistas.

Sin embargo, el modelo lainiano no parece adaptarse tan bien a la medicina de la década del setenta, cuando la relación médico-paciente tiene otras exigencias, porque el nuevo

marco general de una medicina colectivizada, tecnologizada y mercantil, plantea también sus requisitos en esta área. Entre otras cosas debe de aceptar también un nuevo modelo de ética médica: la bioética, una opción que responde fundamentalmente a cambios en la mentalidad modernista y muy ligada a corrientes socioculturales como la del individualismo, por ejemplo. Tal como lo indican Fox y Swazey, en la más conocida de las enciclopedias de bioética: la Reich encyclopedia (1995, p.2092), donde afirman que este tipo de ética descansa, moral e intelectualmente, en ese individualismo. De manera más concreta, este afán productivista de conseguir la mayor cantidad de salud con la mayor eficacia posible para cada cual, se realiza a cambio de algunos sacrificios, como por ejemplo el de ciertos estándares de atención médica tales como: la disminución del tiempo de atención, la fragmentación del acto médico, la dilución de la responsabilidad, la instauración de la masificación en la atención, etc. Y como consecuencia de este tipo de cambios se ha venido generando un malestar y una cierta desconfianza del paciente, lo que ha debilitado la relación médico- paciente. Volviendo al plano concreto, eso sería lo que habría pasado con la medicina de USA, donde según P. Starr, ella sufrió una enorme pérdida de confianza en la década del '70, porque sus problemas económicos y morales desplazaron al progreso científico del centro de la atención pública (1991, p.445). Tras el abuso de su crédito estaba un apetito económico insaciable del que debía protegerse el paciente, lo que llegó a generar una crisis política en esa sociedad (Starr, 1991, p.446). Ahora bien, para aminorar ese impacto y dar una fórmula de salida, se ha otorgado una gran influencia (E.E.U.U.) y un rol particular al poder judicial, como conductor de conflictos sociales (op.cit, p.455). Lo que a su vez recoge el modelo bioético en la ya clásica apelación a la justicia, cuyo papel no se reduce tan solo a cautelar el derecho individual a la salud, sino que además el derecho de acceso igualitario de cada potencial enfermo, ampliando el concepto de justicia individual hacia lo social. En ese sentido, se podría argumentar que esta nueva RM-P poseería ciertas ventajas pragmáticas, puesto que contempla mejor las opciones de la práctica médica que las anteriores, al ofrecer respuestas al trabajo médico cualesquiera sean las condiciones de trabajo (de confianza o desconfianza). Y para hacerlo tuvo que desarrollar un modelo particular de eticidad, inspirado en la mentalidad vigente, asignándole roles productivos individuales, de tipo

contractuales, a las partes involucradas en esta relación. El mismo P.Starr considera que por influencia de los tribunales de E.E.U.U. se logró instaurar una versión asociativa de relación médico-paciente, diferenciándose de la anterior que era monopolizada por el médico (op.cit., p.456). Esto es, al médico se le otorga el papel de dar un beneficio y con buena fe, mientras que al paciente el de recibirlo críticamente y con autonomía. Considerando además un principio regulador o arbitral, que dirima los conflictos entre las partes, denominado “justicia”. Pero como se mencionó, se trata de una justicia particular, que pretende ir allende los tribunales y que desde luego arranca de una concepción antropológica-individualista sobre la existencia humana.

Al respecto señala D. Gracia (1989, p.187), que de acuerdo con este modelo, la razón puede estar ora de lado de la autonomía del paciente, ora de parte de la beneficencia del médico, o bien entre ambas. Por lo tanto, surge de allí la necesidad de un tercer principio que “medie entre ambos”, el mencionado principio de la justicia. Pero un tipo especial de justicia, una que efectivamente pueda lograr esta singular mediación, donde no cabe la conocida definición de justicia como el dar a cada uno lo suyo. Y menos aún si se considera un tercer factor, como lo hace el planteo bioético, atendiendo la dimensión social de la relación médico-paciente y su componente social. Con todo la relación médico-paciente, arbitrada por un tipo de justicia que va mas allá del clásico marco distributivo, integra la exigencia de una justicia como marco social. En tal sentido, prosigue Gracia (1989, p.200) exponiendo sobre “la justicia” del paradigma bioético, ella está referida un elemento relacional que está detrás de la relación médico-paciente, a un “tercer sujeto”, a la sociedad. En este marco ella aparece orientada positivamente hacia los derechos civiles (así llamados por la corriente anglosajona) referidos al ámbito de la salud, y obviamente custodiando la relación contractual entre el médico y su paciente. De esta mixtura han nacido los conocidos derechos de los pacientes que ejemplifican bien el tenor de justicia al que se hace referencia. Algunos de los más conocidos son: el derecho a la salud, a la confidencialidad, a la privacidad, al consentimiento informado, a elegir médico o tratamiento, a bien morir, etc.

Ahora bien, si nos atenemos a lo aquí expuesto podremos comprender mejor que este concepto de justicia, con su particular perspectiva social, pueda desempeñar un rol

normativo frente a ciertos elementos ajenos a lo que convencionalmente entendimos por relación médico-paciente. Así no nos asombrará incluir en la teoría de la relación médico-paciente a las llamadas “terceras partes”, es decir a los seguros médicos, la seguridad social, la ayuda del estado o el papel de las transnacionales farmacéuticas, etc. Instituciones que nos tienen acostumbrados a solicitarles ayuda cada vez que nos enfermamos. Configurándose así un cambio en la teoría de la relación médico-paciente que resulta del todo revolucionario, si se considera que tradicionalmente ella había sido una interacción acostumbrada a autodefinirse como dual. Recordemos aquí, para contrastarla, la conocida definición de la RM-P atribuida al médico del Bismark (fines del siglo XIX), al examinar a mi paciente, ambos estamos en una isla desierta. El caso es que al ser considerada así la RM-P, como una relación social, no-solo se la colocaba a la par sino que además se le exigía desenvolverse entre otras instituciones sociales, tal como las familias y los hospitales por ejemplo. Y desde allí esta relación va a quedar constreñida a su dimensión social. Se trata de un asunto que obviamente está influido por el ordenamiento social actual, y donde el ámbito público reclama para sí materias que tradicionalmente han sido privadas, como el ordenamiento social de estas terceras partes. De manera que el concepto bioético de justicia ha modificado la RM-P integrando aspectos de salubridad, del bien de terceros y hasta de las políticas de salubridad (salud de la población), con lo que esta relación ha devenido en un tema de utilidad pública. Pudiendo observarse con sorpresa que así ella misma termina siendo asumida desde esta perspectiva de justicia utilitarista, y no solo como virtud política sino que incluso como un instrumento de justicia sanitaria. Todo lo cual deja a la relación médico-paciente en la estacada de tener que redefinirse como una relación médico-paciente-sociedad, un asombroso triunvirato, que según D.Gracia (op.cit., p.203) incluso ha jerarquizado a la justicia como el principio superior de la relación. Así se ha conseguido algo que algunos años atrás habría parecido monstruoso, una variante liberal-socializada (aunque no pública) de la relación médico-paciente. En otras palabras, esta relación lleva ahora la exigencia de ser justa, de poder ofrecer el derecho a una asistencia sanitaria justa.

Sin embargo, las sorpresas no terminan aquí, hacia fines del siglo XX ya se podía advertir que la relación médico-paciente se hacía eco de un nuevo giro del desarrollo sociocultural

general. El que esta vez sobrepasaba a la justicia bioética, y su ética de la sospecha conjurada con la justicia como arbitro celoso guardián de los derechos del paciente. Pero durante el período que Pellegrino llama de crisis de la bioética (Pellegrino, 1995, pp.31-33), y cuando arrecia la faceta salubrista con alcances cada vez más economicistas, la bioética preparaba su siguiente paso, sin abandonar este tipo de justicia como el elemento central de la relación médico-paciente, para centrarse en una perspectiva más primigenia de la ética del conflicto. En otras palabras, con la crisis de la bioética esta queda desnuda de su ropaje ético-principialista, para dejar de manifiesto el peso de la actitud moral que subyace a las partes en conflicto. Y con ello no deja otra opción sino la de avanzar en torno a los fundamentos de la moralidad subyacente a los planteos éticos de la relación médico-paciente. Porque en ese sentido el decaimiento ético no solo remite a la moralidad, este sirve también para caracterizar o redefinir a la nueva medicina, hacen meditar sobre la dirección que van tomando instituciones sociales como la medicina por ejemplo. Pero, además descubren consecuencias prácticas sobre el modelo bioético citado, el que a fuerza de minimizar y contractualizar la relación médico-paciente ha llegado a cuestionar el posible papel de la justicia como fundamento. Y en este caso anuncian un viraje hacia una RM-P más comprometida con uno de los aspectos de la justicia, usándola como un pretendido motor para un tipo de medicina decididamente productivista (al que apunta la globalización de la medicina actual). Porque finalmente la justicia se ha ido supeditando a los intereses productivos que realmente estarían moviendo al médico o al paciente, inspirados en una nueva actitud moral. Aún más, e incluso en un terreno pragmático, bien cabría esperar que en este plano de la RM-P se pudiera revelar algún detalle que permita entender y dirigir mejor a la nueva medicina productivista, y dónde de seguro hay en juego algo más que conceptos económico-jurídicos. Especialmente si se considera que en la actual RM-P se valoran, y hasta se pagan, los privilegios en cuanto a *philia*, o los destinos de salud, o de otros tipos de trascendencia aparte de la retributiva.

Por cierto que la perspectiva moral excede los límites de la bioética, o más bien la antecede, observándose desde su punto de vista un panorama más abarcativo del conflicto, porque se encuentra más próxima a la instancia de donde se despliegan los valores, del momento en

que se debe elegir si darle más o menos prioridades a uno u a otro valor, a la libertad, a la bondad, a la prudencia, al tesón, a la templanza, etc. Quizás si sea justamente esta perspectiva moral la que lleva hasta aquella inevitable sensación que también recoge Giannini, de Macintyre, sobre que los imperativos éticos que aparecen hoy como fragmentos dispersos (Giannini, 1997, p.12). Pero al mismo tiempo, y por la amplia visión que entrega el análisis moral, se podría iluminar el trasfondo común que subyace a las dos éticas citadas, de dónde establecen ambas sus prioridades o jerarquías, y hasta del orden y las relaciones, aunque sean utilitarias, entre ellas. Lo que con seguridad apunta, no ya hacia métodos de resolución de conflictos éticos, sino que hacia algún tipo de racionalidad o pre-comprensión moral, y de su sensibilidad inmediata. De lo que Giannini llama “la experiencia moral” (op.cit., p.9), la que se basa en la elaboración del conflicto moral, en la comprensión de la ofensa y de su reparación, por causa de la deficiente voluntad del otro. En ese sentido, parece ser mucho más importante de lo que ha supuesto la bioética de la justicia que se profundice acerca de una teoría de la relación moral entre el médico y su paciente. Ya que sería justamente allí donde podrían encontrarse algunas respuestas sobre la nueva RM-P, cuya utilidad alcanza para comprender aquellas demandas de la anomalía productiva que han alejado la relación médico-paciente de la actual definición de medicina y de sus límites de acción. De manera que sí se analiza esta perspectiva, de articulación moral de la relación médico-paciente, parece ser posible llegar a darse cuenta cuanto depende el acto médico de esta, desde las conductas de sus integrantes, hasta el interés de estos por producir objetivos médicos.

Con todo, esta nueva articulación moral hacia la productividad parece ser una tarea que resulta un tanto ajena a la comprensión de la actual medicina, debido (entre otras razones) a la sobrepasada conceptualización de la medicina como Arte y ciencia de curar. De hecho, bien poco parece haber servido esta definición cuando se ha querido avanzar en estas materias adscribiéndolas al arte de la RM-P, a falta de una instancia ética (como lo pedían Thomasma y Pellegrino, ver crítica a la definición). Lo que resulta más forzado aún si el tema es la articulación moral de las propuestas de la ética médica, ya que al respecto nada parece haberse avanzado. Esta dificultad queda especialmente de manifiesto cuando se le solicita a la actual definición que proporcione respuestas sobre un aspecto de la articulación

moral que interesa a la anomalía productiva, como son por ejemplo los elementos axiológicos que pudieran desencadenar una conducta productiva (“el motor”) del acto médico. Un aspecto clave para la producción, que pertenece a la RM-P, y que se vincula a la generación de impulsos o motivaciones para la producción de metas de salud.

Sin embargo, frente al rol que podría jugar la relación moral entre médico y paciente, frente al cambio de definición, la más probable respuesta sería que no es posible vincular o adicionar asuntos tan disímiles a la ya complicada articulación moral de la relación médico-paciente, en los límites del arte médico. Sin embargo, una parte importante del actual perfil médico pasa por esta disyuntiva entre moral y ética médica. Baste pensar hasta que punto esta situación podría ser un ejemplo del tipo de desafío que esta anomalía le viene planteando a la medicina moderna, y por otro lado de las particulares y crecientes necesidades de respuestas productivas basadas en algún nuevo fundamento moral que articule la relación médico-paciente. Pero también porque esta insuficiencia comprensiva obliga a recurrir a la búsqueda de antecedentes comunes (morales) que pudieran revelar la naturaleza de la articulación habida entre el ímpetu del contrato y la inspiración de la filía. Este conflicto revela incluso la forma con que esta medicina se toma la falta y el enjuiciamiento respecto de la “moral de trasgresión”, en que la bioética parece haber sostenido su modelo. Pero también ilumina hasta el motivo por el cual a esta última ya no le basta con el principio de justicia como herramienta ética, frente a las consecuencias de una moral productivista, con su desmedido crecimiento tecnológico y el enfriamiento de la RM-P, por ejemplo. Todos estos antecedentes permiten entrever la importancia del estudio de esta faceta en la articulación de la relación médico-paciente.

H.Giannini, por ejemplo, desarrolla una formulación del problema como “encuentro de subjetividades, y la contrasta con la visión de Sartre y Heidegger, enfrentando tres opciones morales de enjuiciamiento cotidiano, en su libro “Del bien que se espera y del bien que se debe” (1997). A saber, la suya propia que es una propuesta de “ser-ante-el otro”, la de Heidegger con el “ser-con” y la de Sarte con el “ser-para-otro” (Giannini, 1997, p.23). Las diferencias entre ellos estriban en las posibilidades de enjuiciamiento y encuentro interpersonal con el “otro”, como cuando se es-para-otro este me aplasta y me subyuga a la

vez. O cuando el “ser-con” de Heidegger se refiere a un encuentro entre soledades y en el quehacer compartido. O cuando el ser-para-otro del autor revela un interés y una importancia solidaria (además del enjuiciarse) (op.cit., p.25-27). Aunque la propuesta presente algunas dudas ella posee el valor de permitir analizar ciertas etapas en la articulación y desarrollo del encuentro moral entre dos sujetos (incluidos el médico con su paciente), especialmente allí donde se los pone a prueba. Esto es, frente a la ofensa y la vulnerabilidad, en la actitud que él llama de enjuiciamiento. Y además, que lo anterior suele darse habitualmente en una circunstancia o espacio civil concreto, en que por un lado está el aspecto cultural y por el otro el contexto médico de interacción (RM-P), por ejemplo. En esa intersección comienza la experiencia moral como conflicto, cuando la ofensa aparece en el horizonte efectivamente, aunque ello sea solo como una posibilidad. Hasta antes de aquello la ofensa no se presentaba aún, y esta experiencia estaba en forma larvaria o latente. En esas condiciones la relación médico-paciente por ejemplo, que se ejecutaba bajo la blanda mirada del trabajo con-el-otro se interrumpe y desde entonces aparece la sospecha, desde allí en adelante ambos pasan a sentirse avizorados, con una mirada diferente que Sartre llama “de soslayo” (op.cit., p.24). Ahora bien, con dicha forma de observación basta para enfrentar lo obrado, cuando aquello se ajusta a lo correcto, por ejemplo a una cierta normatividad, en este caso bioética. Lo que no significa que la aludida normatividad posea una sola interpretación, o que sea plana o sin matices, como lo demuestra la comparación ente escuelas. Además, y desde el punto de vista de la producción médica, se podría decir que aún es óptima, puesto que no tiene interferencias. Pero ya arroja un primer punto de interés para la anomalía productiva sobre el problema de dónde se pone en marcha la experiencia moral. Según el modelo de Giannini el momento en que parte el ímpetu ocurre con la trasgresión, el defecto, el malogro, o cuando el bien queda transgredido (op.cit., p. 43), lo que él llama la “negatividad” de la experiencia moral. Habría que añadir que además para la anomalía productiva ese momento, el de la puesta en marcha de la conducta moral, posee un gran interés porque espera aclarar la mejor forma de manejar esta negatividad moral en bien de la eficacia del acto médico. Aunque, para un estudioso de la moral como este autor, que coopera inadvertidamente con aquel interés, esto ultimo resulta en un propósito accidental.

Ahora bien, y como era de esperarse la ética que recoge esta "mirada de soslayo" y la lleva hasta el acto médico actual, la adscribe a una instancia previa a la acción de la justicia, incluso anterior a la defensa del contrato sanitario con su listado de exigencias o derechos, postulados en la lista de derechos del paciente (Sociedad de hospitales, 1990, p.642-644). Recordemos que allí se le reconoce el derecho a la privacidad, a la confidencialidad, al consentimiento informado, al mejor tratamiento (o a dejarlo), a la elección del médico, a la hospitalización (o a dejarla), a participar (o dejar) una Investigación médica, a la muerte digna, a asesoría jurídica, etc. De lo que podríamos deducir que para que la normatividad bioética ejerza su influencia ética, y luego del quiebre moral y de la mirada de soslayo, se requiere vulnerar esta primera barrera de exigencias (derechos del paciente). Es decir, antes que la bioética entre en escena ha ocurrido una cantidad importante de eventos que bien vale la pena abordar. En otras palabras, la contribución de la bioética a "asegurar" una mínima relación médico-paciente sin conflictos, deja a la articulación moral un segmento anterior, el momento de la intención y la interpretación. Puesto que al producirse algo incorrecto, previamente o al margen de estos derechos, es esa articulación la que actúa y condiciona la RM-P. Mientras que cuando acontece el quiebre moral, y alguno de los derechos mencionados es vulnerado y la relación médico-paciente quiebra la mirada de soslayo sarteana, la articulación moral recibe esta vez la ayuda bioética. La que comienza a caminar por una trasgresión al contrato médico-paciente, o al derecho del paciente a su autonomía dirá esa escuela, aunque muchos derechos son conocidos solamente y luego que se percibe la tirantez y después que ella se verbaliza. Es decir luego de un lapso en el que solo la articulación moral actúa. Para ilustrar la situación podríamos imaginar a un dolido paciente preguntándose ¿qué pretende el médico?, ¿de seguir así debería pedirle una explicación?, ¿será conveniente manifestar ya mi temor?, ¿Sobre la base de que principio moral actúa este doctor?, o ¿cuál es la razón por la cual no me está considerando?, ¿porqué motivos no me da confianza este doctor?, etc. Pero también el médico se puede interrogar ¿en qué mundo vive este paciente que no exige nada?, o ¿habrá entendido bien el procedimiento y las consecuencias o tengo que decirlo en palabras más sencillas?, ¿porqué noto cierta resistencia en el enfermo?, ¿le haré ver su falta de cooperación?, ¿habrá perdido la confianza?, etc. Aunque cueste creerlo son algunas, de las muchas preguntas que podrían

llegar a detener la articulación moral en el transcurso del acto médico moderno y que requirieran aclararse para que este no-se conflictúe.

Por su parte, una falta a la filía del modelo previo de Laín Entralgo también supondrá igualmente un quiebre moral y de la consiguiente mirada de soslayo, solo que esta vez para reparar algo más fundamental, o más difícil de cuidar aún, pero que la bioética lo ha puesto en un plano más distante entre sus posibilidades. Un trato que por lo demás podría provenir de la articulación moral con acentos productivos, donde la eticidad de un “sujeto-amigo” (filía) debe posponerse, a cambio de las exigencias de eficacia. En este nivel pareciera adaptarse mejor un cierto “sujeto-de-contrato”, aunque esto condiciona una relación moral con mayores niveles de susceptibilidades. La opción por la filía aparece a los ojos del pragmatismo productivista como una opción menos eficiente y más utópica, quizás sí más romántica. Por eso trae añoranzas por el médico de cabecera, el que antaño era capaz de relacionarse familiarmente con su paciente como lo recuerda Jaspers en su autobiografía (Jaspers, 1969, p.6). Pero también menos estoica como aparece en las quejas de D.J. Rothman, quien se ha referido a los médicos y sus hospitales como a extraños (1991, p.140). En todo caso, cualesquiera fueran el origen del quiebre entre el médico y su paciente, ello obliga a mirarse ya no de soslayo sino de otra forma: más “severa”. Esta vez hay que hacerlo cara a cara y fijamente. Es el momento de la experiencia moral propiamente tal, en lenguaje de Giannini. Cuando se asiste a una herida por ofensa, entonces el motor moral se ha disparado, y debido a su concurso el mundo se reordena. Una nueva situación ha quedado estatuida, el desencuentro moral o la falta de relación entre médico y paciente, ya que ambos han descubierto una diferencia entre sí. Una circunstancia que obviamente prevé de interesante material de estudio a la anomalía productiva ya que junto a lo anterior se detiene la producción médica, pero de inmediato se reanuda, dando la oportunidad de observar aquel “apagado y posterior encendido” del impulso productivo, cuando se repone la unión para volver a luchar en conjunto.

Giannini continúa su análisis de la moralidad del enjuiciamiento, para describir que a dicha experiencia traumática y al enjuiciamiento posterior o consecutivo, se le sumarán necesariamente una no menos importante petición de reparación, so pena de detener

definitivamente la interacción entre los dos sujetos involucrados. Pensemos solamente cuánto significa la acción de reparar para relación médico-paciente y cuántas veces hay que ponerla en marcha para “limar asperezas”. Y así, con la secuencia de estos tres elementos (trauma, enjuiciamiento y reparación) se totaliza la primera etapa de la articulación moral. Aunque para este autor lo que define la reacción frente a la ofensa, es el valor que se le otorgue al otro. Más precisamente, una interacción moral queda definida por el factor “cuanto me importa el otro” (Giannini, 1997, p.26). Cosa que indudablemente tendrá ciertos bemoles, en el caso de una moral individualista como la vigente, especialmente cuando decrece no solo el valor del grupo sino que además las relaciones humanas están resentidas a causa del esfuerzo productivista generalizado. Aunque en ese contexto la importancia de la otoidad se mantiene, ya que de allí se llegará a definir los matices del tipo de sujeto en juego, como sujeto de infinitas interpretaciones morales por ejemplo. El que en cada ocasión moral poseerá una amplísima gama de posibles interpretaciones o proposiciones. En otras palabras, no hay límites para los significados enjuiciables, sea cual sea la circunstancia. Pero las interpretaciones recién comienzan cuando se tiene que quitar la mirada del trabajo en conjunto (el ser-con de Heidegger) y al estar forzado a dirigirla hacia el otro, tal como sucede en una experiencia médico-moral quebrada por algún conflicto. Conflicto que por lo demás denuncia el hecho de que ya no reina una sana relación médico-paciente. Entonces la articulación moral promovería el surgimiento del ser ante otro, y con ello aparecería el verdadero interés por un sujeto que si importa, porque según Giannini, en ese momento de tensión moral, se reactualizarían los sujetos. Parte de esa reactualización es la que ha querido recoger la bioética en un contrato ético previamente establecido. Como lo ejemplifica el papel fundamental del derecho del paciente, el que prevé el conflicto de intereses con el médico, el estado, etc. Sin embargo, y como muestra de que dicha tensión moral, o el vivo interés por el otro, no se agotan en el papel contractual, se requiere de un ordenamiento más trascendente como el moral. Viene al caso recordar que en el ordenamiento bioético se contempla un escaso papel para el destino del paciente o la filía, por ejemplo.

Este autor plantea además que todo ello obliga a buscar soluciones de reparación moral, siempre en términos de la articulación moral, y basados en una particular actividad: el diálogo. Ahora solo así se podrá suspender un conflicto, cuya laboriosidad no es menor que la difícil empresa del diagnóstico, por ejemplo. Baste pensar que cuando una relación médico-paciente se encuentra quebrada moralmente, y es inminente la caída de todo su andamiaje, llevará a la detención a la producción del acto médico. De manera que mientras el clima moral permanezca agitado y a la espera de su catarsis, se va a requerir por lo menos del uso del lenguaje para su vuelta al orden previo. Ya que a través del diálogo y de sus actos de habla concretos se comprometerá al otro en una solución. Entonces médico y paciente deberán comenzar por verbalizar su desacuerdo, expresando su tensión, para poder continuar con su tarea. Por supuesto que todo ello se da en el dominio del lenguaje oral, como herramienta privilegiada, que permite envolver al otro, que lo insta a responder, le crea referencias, propone o maneja diferentes significados, etc. Porque el lenguaje permite una comunidad de significados y un compromiso social, lo que a su vez otorga la posibilidad de evaluar el grado de las ofensas y su justa reparación. A estas alturas el lenguaje oral, y casi nunca escrito, se aborda con rapidez y eficiencia, en un tema que no deben quedar registros en la ficha médica porque ambos asumen que los desacuerdos menores deben solucionarse a la brevedad, para no desatender la verdadera empresa que los une. Ni dejar los a-priori de desconfianza aparezcan en esa realidad concreta, en esa relación médico-paciente. De pronto exigiendo a las significaciones, o tensándolas, pero siempre de cara al otro. Ya sea por la falta de cooperación en la producción de un resultado, o bien porque un paciente que no se tome los medicamentos, o por el supuesto abandono del médico, etc. Todo se ponderará o se considerará antes de proseguir con la alianza.

En esa RM-P el diálogo nace, como siempre, enmarcado por un determinado espacio civil, donde se ordenan los significados de acuerdo a sus utilidades, destinos y proyectos culturales. Se lucha en términos culturales, desde una mentalidad particular con sus significados propuestos por la época. Y que de acuerdo con su validez, será conducido el diálogo médico. Donde el significado participa también articulando la tarea que permite a ambos avanzar en ese espacio civil, iluminado por las referencias culturales productivistas.

Con una tarea que supone límites concretos a sujetos particulares, en cuyo actual marco cultural, de individualismo y anomia, pasan a ser más lábiles y por ende más dependientes de un control externo incisivo, como el montado por la bioética con el advenimiento del consentimiento informado. En este significado sin duda ha influido el desarrollo tecnológico del espacio civil médico, el que fue condicionando paulatinamente la relación, debido a la vigencia de este modelo efectista, con un médico-tecnologizado y un paciente cada vez más defensivo. Una circunstancia que favoreció el crecimiento del poderío médico desproporcionado, y ante el cual la subjetividad del paciente terminó por subordinarse y agravarse. Pero como contrapartida disminuyó la objetividad moral del médico sobre sí, haciendo que ya no se descubriera tras la falta o en la mirada de soslayo del paciente, y que incluso bajo el saludable poder de la vergüenza permiten saber de sí. Una introspección que difícilmente podría hacerse durante en tráfago de la actividad médica tecnologizada. Así al disminuir culturalmente la condición del sujeto de enfrente, se dañó también el enfrentamiento y la articulación moral. Una situación que ser paliada por la bioética y sus soluciones acartonadas, para dar por “superada” así la situación y poder continuar con la necesaria alianza para el trabajo (Redlich y Mollica, 1976).

Y frente a ello, la fórmula moral de Giannini de ser-ante-otro, no siempre va a tener cabida, o ella va a ser parcial, dado que el espacio civil actual no lo incentiva. Para subrayar lo anterior, convendría tener en consideración que en el contexto de enjuiciamiento médico-paciente actual, la RM-P se da con una particular carga de precariedad adaptativa (por ejemplo de soledad individual). Hasta que sobreviene la enfermedad con su pérdida de autonomía, generando una suerte de catástrofe biográfica. Y en tal condición abordar de igual a igual tal relación con el médico es poco probable. Incluso sin llegar a la catástrofe la expectativa de ella ha generado a su vez un excesivo temor a la experiencia de ser paciente. A consecuencia de lo anterior, pareciera que la RM-P se ha ido resintiendo en el plano de su intimidad. Frente a esto, y en la medida que se requiera cuestionar al sujeto de enfrente, se tendrá un margen muy limitado de espacio civil para el plano del ser-ante-otro. Y con ello la intimidad, o la filía, disminuyen su influencia para quedar como una solución irreal y paternalista, que antaño pareció garantizar una relación médico-paciente más solidaria, al

involucrar a ambos en una transacción mas auténtica y apegada, pero que la opción productiva desechó. De manera que ahora ambos sujetos están expuestos ahora al enjuiciamiento mas activo del otro, y como dúo ante la comunidad. La que no solo comunica sus normas sino que también su sistema de vida y hasta su mentalidad. Pero pese a la presión del sistema sociocultural, indudablemente que en algunos casos se logrará una RM-P más generosa con el ser-ante-otro, y que ayude a que ambos se reactúalicen como sujetos en un plano más amistoso, donde el enjuiciamiento del otro se dará en la medida en que aquel es sujeto, con sus derechos a la superación de sí mismo, de ser mejores, de estar a la altura de la tarea y del grupo. Se enjuiciarán entre sí y respecto del grupo, pero también se juzgarán frente a sí mismos, se ordenarán de acuerdo a reglas morales, se darán un significado interpretacional, se justificarán ante otros y ante sí mismo, etc. Un ideal en la RM-P al que el productivismo no ha tardado en otorgar un elevado valor de mercado, el que a veces ni los seguros de salud pueden cubrir, y que por lo tanto queda al arbitrio del don gratuito.

Como se verá, llegar al enjuiciamiento de lo más esencial de la conducta de cada uno, hasta toparse con la verdadera intención, es un desafío que el acto médico nunca pudo rehuir. Y así, mientras que el paciente juzga si el médico ha obrado tal como se esperaba, cualificando su desempeño mientras se padece, el mismo médico tiene presente que está juzgando la actitud de un ser que sufre inmerecidamente, y que por lo tanto le compromete a buscar mas de lo que este pide. El estar juntos en estas situaciones, tan difíciles, crea vínculos u odios insalvables. Pero no se ha de creer que todo queda aquí, ya que del enjuiciamiento hay que pasar a la justificación, según lo expone Giannini (1997, p.74). Y siempre en el terreno de la reparación moral, debemos justificarnos de lo que no ha resultado, ya sea por omisión, inadvertencia o simulación. Porque quien está en tela de juicio necesita justificarse incluso ante sí mismo, ya que corregir y hacerlo bien devuelve la dignidad. Pero no-basta, debe contener la justificación un carácter con donativo que revalorice el significado de lo que antes se hacía en común. Un aspecto que lamentablemente la bioética moderna parece no haber recogido. Ya que ella ha preferido quedarse mas bien en la etapa del enjuiciamiento que pasar resueltamente a la instancia

moral de la justificación, a pesar del imperativo productivo que sabe de la dificultad, ofreciendo una respuesta algo estereotipada, técnica o profesional. Al respecto, R. B. Purtle (1995, p.2101) señala las opciones para prevenir o dirimir el conflicto, en la Reich encyclopedia of bioethics. Primero un “hombre bueno” (ombudsman), que puede representar al paciente, pero que como funcionario de hospital no siempre está presente. Después, con alguien más especializado, como un eticista o un “consultant”, y finalmente con un grupo de expertos o comisión de ética (aunque no siempre funciona como corresponde) para evitar llegar donde casi siempre termina llegando el conflicto más serio o el más interesado: a los tribunales de justicia. Probablemente inspirada por la fugacidad, masificación, especialización técnica, etc. de la relación médico-paciente actual. Entonces se echa de menos la justificación, porque el enjuiciamiento no puede corregir esta relación, y tampoco serán los abogados, ni los eticistas, ni los representantes de una empresa sanitaria los llamados a pedir perdón a nombre del médico. Cosa que sin embargo no pareciera tranquilizar tanto al grupo médico, ni por su negativa consecuencia sobre la eficiencia del tratamiento ni por el daño económico, quizás si debido a que esto fue calculado ya en la producción de efectos médicos y se carga a los “gastos operacionales”.

Así planteadas las cosas pareciera que la relación médico-paciente moderna y real parece dispuesta a minusvaluar esta frágil y saludable opción a la justificación, aludiendo que la preocupación de hoy es contener los costos y que esto los incrementaría. Incluso si la situación hubiera llegado a producir indirectamente un debilitamiento moral del acto médico y una merma en su dignidad, lo que se asume incluido en el cálculo de riesgo/beneficio. Al respecto valdría la pena reconsiderar el daño profesional y hasta técnico, que resulta de tener médicos que esperan su turno ante los tribunales, donde creen van a limpiar su dignidad acusada, sin poderse reintegrar aún al mundo de los justos (al que aspiran pertenecer), y desde luego que sin ser "aceptados" en sociedad. Pero ahora el acento no está puesto en unos tribunales que finalmente solo podrán devolver, a lo sumo, la aceptación social pero no la justificación frente al paciente agraviado. De manera que, todo lo anterior dejará al ofendido esperando el gesto de autenticidad de quien se ha convencido (¿o no?) de su falta, pero que la actual medicina no puede ofrecer. Quedando el paciente a

la espera del diálogo reparador, con la opinión, o al menos la sensación, de que finalmente él no le importa realmente al médico. Y así se consolida un tipo de relación moral que trasciende la philía y lo justo porque ambas impiden el flujo y la rapidez de la producción. Es más, el que no se dé cabida a este gesto moral esperado, ya no hace suponer ni soberbia, ni antipatía (“se sienten dioses”), sobre el privilegio médico que le permite saltarse esta norma, porque se entiende que así son las nuevas reglas de convivencia productivistas. En ese sentido poco importa ya que el paciente, como ofendido, sea quien se encargue de devolver el valor al ofensor, porque el médico ya no responde frente al juicio del primero. El automático y masivo avenimiento, pagado, se han consolidado en su reemplazo, porque ambos son eslabones en la cadena productiva, y en tal sentido crece la idea de enfrentar lo anterior con ciertas técnicas, ya sean de acercamiento al cliente, de marketing para con el paciente, o de capacitación legal, etc. Pese a todo y favorablemente los casos de quiebres severos, entre el médico y el paciente, no son la regla del ejercicio. Sin embargo, cuando se produce un gran quiebre pareciera aplicarse preferentemente otra ley del ámbito cultural productivista: la “RM-P desechable”. Y lisa y llanamente se reemplaza esa relación, antes siquiera defenderla a través del diálogo. En suma podría decirse que la articulación de la relación médico-paciente pasa por el actual cálculo social productivista, y por eso se ha resuelto que en caso de un conflicto médico es preferible, económicamente, saltarse el diálogo y la justificación. Siendo esta circunstancia otro de los hitos que caracterizan la medicina actual y que urgen la llegada de una nueva definición de medicina, porque no se ve claro que la solución dependa de perfeccionar la bioética.

1.4.- SOMETIMIENTO DEL EJE SALUD/ENFERMEDAD

Al igual que las demás relaciones, la RS/E ha pasado a supeditarse al nuevo ordenamiento productivo, y debido a esa circunstancia es que ella ha pasado a ocupar un rol de sometimiento frente al nuevo ordenamiento productivo de efectos médicos. En otras palabras, del plano teórico, y jerárquicamente superior, que venía ocupando la RS/E, ha tenido que pasar a tener un papel más modesto, que está a la par de los demás ejes, dado que todos ellos cumplen un nuevo propósito médico. Y al igual que la RM-P, la RS/E

también ella ha tenido que evolucionar, para pasar a organizarse cada vez mejor en el plano de las necesidades técnico-productivas en salud. Incluso ha pasado a reconsiderar aquella vieja tradición teórica que abordó a la salud y a la enfermedad en forma separadas, por la importancia del contexto técnico-productivista, y hasta del económico, en el que deber ser re-definida la relación de ambos elementos. La nueva mirada del médico, y la del paciente, que necesita ahora una verdad productiva, exige a la relación salud-enfermedad que ella sea transformada en otro de los ejes que contribuyen a la nueva figura del acto médico moderno. Aunque, paradójicamente, esta dualidad teórica, de la que extraemos gran parte de la información productiva en medicina, ha llegado a tener una importancia menor que la precedente. En ese sentido, ella es minusvalorada incluso más que la RM-P, llegando a considerársela como coadyuvante al meollo productivo propiamente tal.

Todo lo cual habría condicionado que este importante eje de articulación abstracta se haya desarrollado grandemente pero hacia un plano práctico (tecnológico), quizás si a la par del anterior, y que esto no haya sido seguido con una evolución equivalente del plano teórico. Muy por el contrario, frente a la escasa discusión médico-teórica actual, este aspecto representa una de las áreas más deficitarias, lo que no significa que no se hayan desarrollado perspectivas cognoscitivas, especialmente en círculos especializados y cerrados. Como parece desprenderse de la opinión de uno de los más reputados representantes actuales de la teoría médica, K. Sadegh-Zadeh, para quien si hubiese un desarrollo conceptual en ese sentido. Incluso, señala él que en el último cuarto de siglo del siglo XX, se aprecia una “intensa” discusión sobre las nociones de salud, enfermedad y malestar (2000, p.605). Sea como fuere, esta discusión se habría dado al margen del cuerpo médico, el que permanece algo renuente siquiera a la posibilidad de entender todo esto, mientras ve crecer a diario el problema.

Esta actitud, conviene tenerlo en cuentas, al tratar de conceptualizar la relación salud/enfermedad (RS/E), no sería sino un caso particular de un fenómeno moderno generalizado, que indica que el tema teórico se debe subordinar a la práctica médica. Como lo señala Habermas (1990, p.60), la episteme es rechazada en su afán de ordenar y normar la actividad (médica), para que no entorpezca la práctica, es decir se privilegia la eficacia

antes que el conocimiento o la teoría (gnosis). Por lo tanto, habría que considerar que el marco general en que se desenvuelve esta dualidad, es aquel en que se pospone la actitud teórica, con un nuevo y ambicioso planteamiento productivo, orientado hacia verdades sobre el “know how”, y que se desinteresa por el “logos”. Siempre desde el conocimiento y la verdad con relación a su nuevo status cultural, desde donde esta dualidad toma su poderío concreto para actuar. Revelando indirectamente cuanta fuerza posee el discurso nosológico ligado al productivismo sobre la enfermedad, incluso sobre nuevas definiciones (verdades) de la salud y hasta de medicina, de preferencia en el plano estadístico. Esta manera pragmática de articular salud con enfermedad permite aventurarse en el conocimiento de la fuerza y la dirección del acto médico (del efecto médico), como de sus asociaciones naturales y/o tradicionales con la causalidad, por ejemplo. Sin desatender lo que Von Engelhardt considera sigue rigiendo el conocimiento médico por causa y efecto, vinculado desde la antigüedad con la salud como meta y la enfermedad como objetivo médico (1995, p.1084). Quizás si eso explique porqué la estadística ha aumentado, durante los últimos años, su influencia en el conocimiento y manejo de la enfermedad.

Desde otro punto de vista, y para realzar la importancia de este eje productivo de la medicina, se podría comparar a la relación salud/enfermedad (RS/E) con la anterior RM-P. Al respecto cabría hacer notar que la primera dualidad pareciera haberle tomado una clara ventaja a la segunda, posiblemente vinculada al papel que cada una posee en cuanto a la eficacia, dado que esta le otorga un sobredimensionado rol a la primera sobre el efecto médico. Porque de la RS/E dependería que el acto médico consiga o no un determinado efecto médico, el que queda condicionada a la adecuada dirección ejercida por esta dualidad, al ejercicio de su poderío y al de su fuerza, como también a que la condición causal que posee este eje se ejerza en plenitud. Por otro lado, el contraste entre ambos revela que la RM-P ordena y norma la actividad médica desde planos metafísicos y axiológicos, mientras que el eje salud/enfermedad lo hace desde el dominio ontológico. Y desde allí señala el terreno real, donde la aplicación encuentra los límites (conocimiento) y el sentido (curación). En otras palabras, y a la luz de la comparación entre ambos ejes, la

interacción médico/paciente nacería y se fundamentaría en el deseo de curación, y por lo tanto del eje salud/enfermedad, para avanzar en su propósito.

Pero la discusión actual es algo desconcertante o paradójica, como lo ejemplifica el estudio encabezado por Sadegh-Zadeh ya señalado, el que se ha centrado en un aspecto particular de esta relación. En la posibilidad de definir la dualidad en cuestión pero liberada de sus aspectos valorativos. Siguiendo las aguas de la filosofía pragmático-analítica, se ha venido intentando desde los años setenta al menos, una definición de salud y enfermedad sin connotaciones valóricas. Como resume Devito, se trata de saber si la ciencia tiene preferencias valóricas porque la medicina sería parte de esa ciencia (2000, p.543). En una postura que pareciera responder a la consabida defensa en favor de la anomalía productiva, mas que un puro afán académico, da la impresión que el propósito que subyace a esta discusión (algo bizantina) es que hay que liberar a la producción médica de elementos valorativos que dificulten el cálculo de rendimientos, que alejen la producción de la predicción científica, y de la simpleza efectista del mercado, etc. Pero esta misma discusión, que se ha venido citando, contenida en un reciente número de la revista especializada: *The Journal of Medicine and Philosophy*, y destinado precisamente al tema, es además un buen ejemplo de lo que sucede actualmente con la dualidad salud/enfermedad. En cuyo artículo central Scott Devito (2000, pp.539-567) defiende la hipótesis tradicional de que la salud y la enfermedad son conceptos valorativos, esto es definidos según los intereses individuales. En contra de alguna teoría avalorativa como la de Boorse quien propone una línea divisoria estadística entre cuerpos saludables y cuerpos enfermos, donde caben dos funciones a analizar: la reproducción y la sobrevivencia. Y además, en contra de la teoría avalorativa de Lennox, quien propone un criterio vitalista, donde la enfermedad resulta cuando hay un compromiso de la esperanza de vida (esto es: un cuerpo que vive menos), o un compromiso de la salud (el que se establece cuando también se vive menos). Y en que salud significa que hay éxito de funcionamiento, esto es cuando un cuerpo que vive más.

Al tomarse de esta manera la dualidad S/E, pareciera quitársele demasiada potencia a un debate que debiera tener mayor altura de miras, como se entreveía a propósito de las

primeras líneas. Al menos en el plano de la definición de Arte y ciencia de curar el tema parece no haber incidido de manera alguna. El interés por esta dualidad pareciera apuntar al tema científico en general, pero no al papel de sostén epistemológico que juega en el desenvolvimiento del acto médico. Y poco parece interesar aún el rol que la RS/E desempeñe en la producción de efectos médicos. A pesar de que por ejemplo, actualmente se modifican habitualmente las clasificaciones internacionales de las enfermedades, y de que a estos cambios se les ha ido otorgando un carácter cada vez más utilitario y basado en la estadística principalmente. Nombrando tan solo esta presión (claramente productivista) sobre la verdad que encierra cada enfermedad, el diagnóstico de las enfermedades ha ido tomando un giro predecible, un sesgo diferente al de anteriores nomenclaturas nosológicas, lo que trae claras consecuencias metafísicas. Entre las que sobresale el hecho de que las enfermedades modernas, con sus fisonomías cada vez más pragmáticas, se alejan paulatinamente de la órbita de influencia científica y/o artística. Y algo similar pasa con los tratamientos médicos, cada vez más apegados a normas técnicas, administrativas y hasta económicas. Ellos han terminado reduciéndose a ciertos manuales de procedimientos estandarizados, los que dejan casi completamente de lado el aspecto artístico de la medicina y paulatinamente se separan también de la ciencia, al menos de la ciencia experimental. Sin embargo, todo ello no hace reaccionar a las humanidades médicas ni siquiera fomenta algún debate, entregada la suerte del eje RS/E a facilitar la producción de salud. Como ya se advirtió al estudiar el eje anterior, la perspectiva de desarrollo socio-cultural es de suma importancia en la evolución de esta dualidad, especialmente en sus connotaciones más pragmáticas y estrechamente conectadas con el crecimiento de la ciencia, la técnica y la economía (D.von Engelhardt, 1995, p.1091) en medicina.

De esta manera, y a pesar del interés que representa la RS/E para la perspectiva médico-productivista, pareciera que la anomalía del paradigma de la definición de medicina no va a obtener significativos esclarecimientos. Dejando de lado la enorme tradición médica de discusiones sobre este tipo de temas, prima hoy la elusión teórica, en parte debido a que ello supone enfrentarse con una dualidad que trasciende las categorías de las ciencias naturales y humanas, como lo señala Von Engelhardt (op.cit., p.1085). A lo que podría

agregarse que la RS/E incluye además planos metafísicos como el de la naturaleza, axiológicos como el destino, culturales, etc. Pero todos estos juicios, aunque muy penetrantes, no despiertan el interés actual, y más bien parecieran caer en una tierra infértil del no-debate, quizás si debido a aquella falta de una teoría que los unifique. Pellegrino mismo la echaba de menos (1995,p.31). Y donde la relación salud/enfermedad podría ser considerado como un tema debatible, y especialmente en el aspecto productivista actual, porque es allí donde justamente ella parece jugar su rol articulador. En una teoría médica actual de la relación salud /enfermedad, dada su nueva perspectiva epistemológica, no podría faltar una especial referencia al papel que está jugando lo que podría llamarse “la verdad productivista de la medicina”. Ni tampoco la influencia cultural característica, ni el condicionamiento pragmático, ni la manifiesta actitud anti-metafísica, porque se hace necesario develar esta verdad-productiva con la que hoy trabajan los médicos, para llevar al debate los peligros de la relativización médica de la relación salud/enfermedad. En otras palabras, cómo no va a ser conveniente que se tome una actitud más crítica respecto de las verdades comerciales sobre la enfermedad y la salud, y de su influencia en la evolución de las citadas clasificaciones nosológicas, por ejemplo. Porque lo que pareciera que está en juego detrás de esta característica asociación moderna no son ni las influencias científicas, ni las tecnológicas, sino que principalmente de parte de intereses más cuestionables como los económicos. Por ello parece prudente llamar la atención especialmente sobre esta dualidad que parece dormir inofensivamente en el motor de la producción de los efectos médicos, y reavivar aquella crítica inconclusa de parte de autores no médicos como el sociólogo Ivan Illich (Némesis médica), no es casualidad que ello se haya transformado en un boom literario.

1.5. LOS OTROS EJES (DIAGONALES)

En este segundo nivel de análisis, es posible llegar a describir, además de la participación de los dos ejes anteriores, una pléyade de otras relaciones que soportan la producción médica. De hecho, las opciones o relaciones entre todos y cada una de estos cuarto elementos, propuestos desde antaño por la causalidad, elevan la cifra de combinaciones a

diez y seis posibilidades. Aunque solo dos de ellas, las citadas anteriormente (RM-P y RS/E), parecen revestir algún interés para la medicina actual y su definición. El resto, han venido apareciendo a los ojos de la medicina tradicional como anécdotas o hechos incoherentes, algo así como curiosidades. A excepción de las relaciones: salud/salud y enfermedad/enfermedad, a las que si se les ha reconocido un determinado status, debido a que representan la herencia de investigaciones teóricas sobre elementos individuales (primer nivel) más propio del discurso pre-productivista. Además, pero por otras razones, otro par de asociaciones se diferencian en la mirada productivista de sus pares, son las relaciones: enfermo/enfermo y médico/médico. Dado que allí si se da la posibilidad de ensanchar el horizonte, apuntando la primera hacia los problemas de derechos, de consumo, de agrupaciones civiles, de cooperativas, etc. Y en el caso de la segunda, se atiende el problema de la organización de especialistas, de costes, del trato entre colegas, de la educación entre ellos, etc.

Y como ya se entrevé, estas díadas productivas reordenan el ámbito médico bajo otra mirada, la visión técnica o productivista de las cosas, donde una relación entre salud y enfermo, o entre enfermedad y enfermo, se transforman en temas de administración de recursos, de necesidades económicas, en estadísticas, etc. Al menos así parece ser cuando se observa el problema por primera vez, aunque en seguida aparece un desconcertante repertorio de posibilidades para distintos aspectos o situaciones médicas que permanecen a la espera de un análisis. Como por ejemplo, el tema de la difícil jerarquía entre estos dualismos, tal como se observa al comparar la relación médico/enfermedad con el eje enfermo/ enfermedad. Ya que para sorpresa nuestra, en esa perspectiva parece no regir la anterior lógica, que muestra a la primera con un papel algo más de fondo que la segunda. Porque bajo el precepto productivista, nada asegura que la segunda sea más importante que la primera, cuando se han de ordenar de acuerdo con la que rinda mejor. De allí, de esta elevada cifra de combinaciones, y de lo sorprendente de su lógica es que no resulta fácil establecer, el rol ni el rango de participación de ellas en la producción de efectos en salud. Otro ejemplo que también causa cierta estupefacción es el papel de privilegio que puede tomar uno u otro factor, según para cual de ellos se quiera producir o beneficiarlo en la

relación productiva. Por ejemplo, la relación enfermo/enfermedad representa un problema diferente que el de enfermedad/ enfermo, ya que en la primera se prioriza el rol antropológico, y en la segunda el teórico. Esto se puede hacer extensivo a la RM-P, frente a la cual el paciente necesita cosas diferentes a las del médico, respecto de la cual las exigencias son distintas, de cuyas acentuaciones se nutre el mercado ofreciendo y planificando por separado, etc.

Y aunque estos ejes prácticamente no hayan sido considerados en la discusión, son indispensables para la producción, entre otros motivos porque sus relaciones pueden establecerse de manera rápida y provisoria, actuar dinámicamente, ocupando con cierta soltura diferentes jerarquías. De esta manera, cada uno resulta indispensable ya que obviamente los dinamismos ocurren en todas direcciones y con todos los elementos. Así, todos ellos cooperan a crear una suerte de entramado, red o estructura productiva, cuyo horizonte (estudiado en un tercer nivel de discusión) es un efecto al que se le llama curación o salud. Cuya finalidad parece asociarse a un evento llamado producto, que pretende ser mejorado, acotado, medido, estudiado, etc., al que incluso se ha pretendido almacenar. De manera que dicha estructura comparte un sentido en común, que va más allá de la practica del Arte y la ciencia de la curación, para darle paso a la vocación de interacción para la producción de esos efectos médicos. Y en tal sentido, no debiera extrañar el papel que desempeña esta interrelación de elementos, desde la que se establecen nuevos e insospechados ejes, aunque de todo aquello se ha dicho poco o nada, por motivos que aún no quedan del todo claros.

En suma, se puede hipotetizar sobre la existencia de dualismos atípicos o aparentemente asimétricos, pero que también tienen importantes funciones en relación con el efecto médico. Nos referimos a relaciones entre médico-enfermedad, entre médico-salud, paciente-salud y paciente-enfermedad, entre otras. Las que representan diferentes situaciones que la anomalía productiva de la definición de medicina se encargará de ir descubriendo, en la medida en que se desarrolle la teoría de estos ejes médicos. A los que podríamos llamar diagonales, para diferenciarlos de los más conocidos, como la RM-P y la RS/E. Aunque todos ellos vayan a participar de una manera determinada en la eficacia del acto médico, y

de cuyo conocimiento podría llegar a depender la suerte de la medicina moderna. En tal sentido llama la atención el atraso frente al reconocimiento de este otro tipo de dualidades, ya que ni siquiera pareciera haber una clara conciencia de la importancia que ello representa para hacer progresar la producción de salud.

Pero no se debe creer que este fenómeno de dualidades (diagonales), sea un constructo desarraigado de la discusión, conviene tener en cuentas que autores como Engelhardt y Wildes sostienen que la salud no está vinculada solo a la enfermedad por ejemplo, sino que también lo está con relación a los otros dos factores (Engelhardt Jr. y Wildes, 1995, p.1101). Porque la salud forma interacciones tanto con el médico, como con el paciente. Hay que recordar que Von Engelhardt había observado, en el capítulo anterior, que la salud se define con relación a otros factores (Von Engelhardt, 1995, p.1085), y que además se pone en práctica construyendo sendas relaciones (o ejes diagonales). Algo similar ocurrirá con el médico y el paciente, y sus respectivas interacciones con la enfermedad. De esta manera, a nadie podría asombrarle ya la afirmación de que cada uno de los conceptos analizados previamente interactúe con los demás, especialmente en términos prácticos, ya que aquello puede observarse particularmente desde esta perspectiva. Por ejemplo, Mark refiere que no es un secreto que los médicos hagan esfuerzos para atraer la salud (eje médico-salud) hasta los pacientes que la solicitan, ni que ese esfuerzo se haga en términos concretos de cálculo, incluso de disminución de costes (Mark, 2002, p.17-23). Entonces, tampoco debiera extrañar que los pacientes definan esto último por ellos mismos (eje paciente-salud), especialmente cuando necesitan defender sus derechos, su contrato de salud, bajo el signo de la ética individualista, o para perseguir su enfermedad. Como tampoco es un secreto que para comenzar cualesquier acto médico, y acceder a ello, es preciso la concurrencia de una circunstancia particular, que se establezca una relación entre el enfermo y su enfermedad (eje paciente-enfermedad). Ni que el canon técnico lo establezca la relación o eje médico-enfermedad.

El requisito para descubrir la importancia de este nivel es examinarlo a la luz de la anomalía productiva del paradigma de Arte/ciencia, ya que en tal perspectiva todos estos planteamientos no pasan de ser detalles anecdóticos, y porque a partir de ella vienen a

adquirir otro valor. Por lo tanto, y aunque este trabajo no pretende hacer una exploración exhaustiva de ellos, conviene citar algunos aspectos por la vía de la ejemplificación. Si tomamos el caso del eje médico-enfermedad, por ejemplo, observaremos que el médico se asocia a la enfermedad de diferentes y relevantes maneras. Una de ellas se relaciona con la dificultad de definir o de clasificar enfermedades de una manera eficaz, o técnica, y todas las preocupaciones afines a ello, con las que el galeno intentará ordenar su percepción eficaz. Entre estas cabría, por ejemplo, la discusión respecto de sí llamar o no trastorno a la enfermedad, como una fórmula más neutra en lo moral y más de acuerdo con la perspectiva técnica de la medicina moderna. Incluso, entra en la competencia de este eje, la preparación de manuales diagnósticos programados con antelación, para convertir la información en flujogramas controlados y guiados por tecnologías de avanzada, y preparadas para el mejor rendimiento de la hora/médica. Todo ello tiene hoy una estrecha vinculación al trabajo del médico como artista, una faceta tan desacreditada como esencial para el éxito de la práctica médica, y que pudiera engrandecer ese rol desde la producción.

Pero estos aspectos, dependientes del eje médico-enfermedad, no nos deben llamar a engaño, en el sentido de la dirección en que se da esta relación, ya que ella no es unívoca ni posee una sola dirección. Al contrario la enfermedad, con toda la fuerza de la convención o con todas las posibilidades que otorga un estado de conocimiento, condiciona gran parte de la operatividad médica. Demás está decir que las costumbres teóricas o prácticas forman escuelas médicas con diferentes aproximaciones a la enfermedad, desde los variados ángulos, que cargan o encierran las enfermedades y sus misterios. Variadas perspectivas que desde luego ella posee o que se le van asignando según valoricen los tratados de estudio médicos, a la genética más que la fisiología o la evolución clínica más que el laboratorio, etc. El eje, por definición, es bi-direccional. Sin embargo será en la praxis donde realmente el médico y la enfermedad trasciendan la función individual. Solo entonces el eje, en su relación productiva, dará frutos duales, que ni siquiera la suma de los factores es capaz de dar. Basta ver actuando al médico frente a la enfermedad para comprender en que medida esa combinación es decidora en el resultado, cuanto incide en la eficiencia, como selecciona actitudes, etc.

Otro tanto puede decirse de los demás ejes, como el eje paciente-enfermedad, cuya importancia comienza con la puesta en marcha del acto médico, hay que recordar que ello depende en gran parte de la percepción vivencial de anormalidad de parte del paciente. Mientras que a su vez la enfermedad por su parte limitará al paciente a un cierto tipo de vida productiva, con límites predecibles para su desarrollo, y hasta un tipo de muerte clasificable, o bien un destino más o menos venturoso, etc. La relación entre ambos es crucial, como queda demostrada especialmente frente a la producción de efectos médicos. Ya sea en el trato que este le da a su patología, en la capacidad de reacción, en cuanto desestructure la enfermedad la vida del paciente, etc. Y si bien el Arte y la ciencia de curar requieren de este decisor momento, será desde la anomalía productiva cuando esta relación demuestre su auténtico valor productivo, en toda la extensión del acto médico. Pero también son importantes el resto de los ejes, como el eje médico-salud. Si se considera la relación entre el médico y la salud se podrá ver que ella está siempre presente entre los intersticios de su forma de pensar, incluso respecto de sus personales perspectivas de vida. Porque el médico vive de la salud y para ella, como en la costa se vive el mar o en la montaña los cerros circundantes. Ella puede llegar a convertirse, a fuerza de costumbre, en un faro que además alumbre su propio destino, como su forma de trabajo, por las implicancias que tiene el trato con ella. Porque la salud como valor, o como referencia, despierta en el médico las mas profundas resonancias y distorsiones también. En otras palabras, la salud puede ser para el médico su horizonte diario de experiencias, como lo revela el mundo particular de la experiencia humana, atendida a ese sesgo. Sin embargo su relación es también en el sentido inverso, ella predispone al médico por anticipado desde su influjo cultural, desde la seducción o el hechizo de su acceso al destino ajeno. Y por otro lado, de una forma misteriosa ella le pide, o quizás si le cobra, una cuota de ella misma, a veces anticipando incluso su muerte (la de los médicos), como lo revelan los estudios estadísticos respecto de la población general. Y como en el caso anterior, solo la anomalía productiva es capaz de realzar este eje, mientras que la medicina curativa pierde su relevancia como concepto. Y para completar este rápido esquema habría que decir otro tanto de la silenciosa relación paciente-salud. Un evento central del acto médico, como lo revela la meta productiva del mismo. La salud será para el paciente la energía, la añoranza,

la principal fuente de impulsos, la comparación necesaria, etc. Y su obtención, aunque sea parcial, posibilitará al paciente una nueva chance de retomar su destino. En otras palabras, para el paciente la salud será sagrada y muchas veces su devoción. Y como se verá en los casos citados, sus relaciones con vistas al resultado productivo revelan ciertas respuestas que no serían atribuibles a cada uno por separado, como tendería a tratarlo el paradigma curativo.

En resumen, tal parece que el estudio de estos ejes diagonales, que se suma al de los ejes más clásicos, se anuncia como un ítem de relevancia teórica, especialmente si nos atenemos a una perspectiva de producción médica. Ya que los primeros parecen ser una verdadera condición intermedia para comprender el mecanismo que hace posible la eficacia de un acto médico. Se trata pues de aceptar la hipótesis de estos ejes diagonales, con sus flexibilidades y dinamismos, cuya asociación es una verdadera condición para una pretendida medicina productiva. Y de allí a comenzar a buscar los fundamentos de esa pretendida coherencia, no hay más que un paso. Ya que ello se anuncia muy cercano, y justamente tras el interjuego de los señalados ejes. El caso es que, en la perspectiva productivista del acto médico, y tras la acción de los mencionados ejes, cualesquiera que estos sean, debiéramos contar con el influjo de los demás ejes. Así se podría comprender mejor como estos factores de producción de salud van cambiando permanente el marco de acción dinámico tras ese objetivo común. Y que por lo tanto, aquella organización les exige a esos ejes una cierta disciplina, en la que se tiene que desenvolver cualesquiera de los ejes mencionados en todo momento.

Tomemos por ejemplo aquello que interesa al acto médico para que un paciente se vincule a su salud, pero con relación al trabajo que él hace con el médico, quien aporta la manera técnica. Allí el eje paciente-salud no se dará de manera abstracta, ni de cualesquier manera, se dará según el aporte complementario del resto de los diferentes ejes del acto médico. Es más, será justamente, de la interacción de estos ejes que dependerá gran parte de la eficiencia de ese acto médico. En otras palabras, es entre el eje paciente-salud y su relación o coordinación con el eje médico-salud, que dependerá una parte considerable de los alcances de la interacción técnico-productiva, con: los rendimientos, la planificación, los

estudios de costo, la viabilidad, etc. Y de los acuerdos en tal sentido, dependerá el grado de cooperación de estos ejes, como la complicidad necesaria para poner en acción la producción de salud, o la fuerza fabril del acto médico en ciernes, etc. Otro tanto se puede decir de la interacción entre los ejes médico-enfermedad vs. paciente-enfermedad, para perseguir y derrotar, en los mismos términos a una enfermedad cualesquiera.

CAPÍTULO 2. ORDENAMIENTO PRODUCTIVO DEL ACTO MÉDICO.

2.1. LA ESTRUCTURA PRODUCTIVA Y SU DETERMINISMO.

De esta manera, la caracterización de la medicina moderna demanda un nuevo salto de abstracción, esta vez con un anunciado tercer nivel de complejidad. Efectivamente, si se quiere seguir avanzando en la comprensión de la medicina moderna, desde la perspectiva argumental que hizo pasar de factores aislados a dualidades productivas, corresponde ahora el análisis del factor integrador de aquellas dualidades. Esta vez el salto especulativo nos lleva directamente hacia la cocinería del nuevo modelo de medicina, porque nos acerca a la forma de producir salud, de manera técnica y como efecto calculado de las interacciones de los ejes señalados. Lo que indirectamente, debiera permitir salir del impase provocado por la actual definición, ofreciendo una cierta base de análisis sobre la cual comenzar a discutir una teoría del acto médico productivo. Vale decir que, junto con dar este paso, e ingresar en este tercer nivel de abstracción, se estaría proponiendo un modelo alternativo, para aminorar el inconveniente de una medicina curativa incapaz de superarse, ni de abandonar la práctica del Arte y la ciencia de curar. Un modelo emergente, que por ahora no representa sino una posibilidad de reemplazo futuro, y que en términos paradigmáticos solo sería una anomalía productiva.

De acuerdo a lo anterior, la intención de articular todos estos ejes, en un movimiento estructurado, y con el fin de producir más y mejor salud, parece ser una de las características más prominentes de la medicina moderna. Lo que por cierto invita a conocer más en profundidad esta forma de organizar semejante mecanismo o sistema de ejes,

además de pasar a constituir un desafío para el ya citado tercer nivel de análisis de la estructura productiva de salud. De partida, habría que reconocer que esta nueva fisonomía interaccionista de la disciplina, y del reordenamiento productivista del acto médico, posee muchos aspectos de interés, los que también inciden en la redefinición de la medicina moderna. Entre ellos destaca nítidamente una particular fuerza de articulación que, moviéndose entre los citados ejes duales, busca agruparlos en torno a un cierto efecto; es decir sumarlos a la potencia de resultados de esta estructura productivista. Porque, como se ha venido sosteniendo, detrás de los cambios sufridos parece existir una forma de ilación, que se inspira en el propósito de buscar la mayor eficacia médica, sistematizada y administrada (ojalá almacenable), para obtener resultados y/o productos médicos. Una aspiración que además quisiera traducirse en la necesidad de simplificar sus aspectos comprensivos, estructurando un modelo mecánico, con piezas y/o mecanismos articulados, para poner en acción alguna estructura médico-productiva que satisfaga necesidades y privilegios sociales en tal sentido. Incluso, detrás de ese propósito eficaz quisieran verse causas, flujos de energía, piezas de una maquinaria, fuerzas a manejar, engranajes instrumentales, puntos de empuje, etc. Toda una constelación de elementos culturales que pugnan por hacerse un lugar en la nueva medicina, caracterizándola indirectamente, según la mentalidad fabril y técnico-productivista, que se supone ayudará a conseguir y perfeccionar el sueño modernista del manejo técnico del cosmos, y que el caso médico requiere urgentemente para articular su estructura productiva. Un aspecto al que le viene bien el planteamiento articulador de ejes con intención pragmática, y que había estado más allá de las posibilidades concretas del discurso médico, o que en el mejor de los casos había llegado a construir tan solo un par de dualidades (RM-P y RS-E), quedando el interjuego de los demás ejes en un plano no-verbal y más bien intuitivo.

A pesar de que esta situación podría llegar a ser uno de los aspectos más esenciales de la medicina del siglo XXI, todavía carece de un respaldo teórico, permaneciendo sepultada bajo un anacrónico peso, dado por una forma de concebir la actual medicina. Reflejada en su definición de Arte/ciencia de curar, cuyo paradigma no facilita la crítica de sus anomalías. En todo caso, se podría augurar que este conflicto, generado por las necesidades

productivas no satisfechas, irá consolidando un cambio de mentalidad, que tarde o temprano acabará por cambiar este estado de cosas. Como también se podría apostar a favor de la estructuración de un modelo aglutinado de dualidades productivistas, porque ella es una de las principales facetas de las que va a depender el modelo productivo. Y frente a ello, la definición alternativa (operacional) de medicina será otro de los efectos colaterales, o más bien una señal del tipo de sostén ideológico reclutado para el destino del acto médico. Aunque, por el momento, esta perspectiva deja al arte y a la ciencia el papel de marcar acentuaciones en la producción de salud, ya sean estas más artísticas o más científicas. Y donde la curación vuelve a ser sub-capítulo de la salud, en este caso de su producción, tal como había sido tradicionalmente hasta la llegada de la medicina moderna. Porque hoy se espera que culturalmente la medicina moderna ofrezca un tipo de salud sin sesgos ideológicos (ni siquiera a favor de la ciencia), en un contexto de medicina productivista, que busca perfeccionar sus efectos médicos, para que ellos: sean más previsibles, resulten con menos costos, aporten más beneficios a más personas, permitan mejorar la administración y el acceso a los recursos en salud, etc.

De hecho, cuando la estructura productiva supone que los dualismos señalados requieren de una cierta interacción predeterminada, acepta la existencia de una trama con ocultas relaciones. De la cual depende por ejemplo la reunión, tras el imperativo productivo, de dos ejes tan disímiles como el ético (relación médico-paciente) y el epistemológico (relación salud-enfermedad). Y al mismo tiempo hace que esa reunión sea susceptible de un cierto análisis, desde diferentes ángulos, para considerar la posibilidad de que aquellos ejes sean incluyentes o excluyentes, o si se trata de dualidades relacionadas o independientes, o si ellas poseen o no un sentido complementario o particular, etc. Si se toma esta asociación como un caso de aquel supuesto factor que ordena los ejes, y se lo analiza desde la manera incluyente o excluyente, entonces se podrían llegar a establecer ciertas diferencias entre dos tipos de modelos, un “modelo productivo” (incluyente) frente a otro “bioético” alternativo (excluyente). Dado que mientras el primero homogeneiza la relación médico/paciente con la relación salud/enfermedad, por motivos productivos; el segundo privilegia la RM-P, por su índole ética, haciendo aparecer la divergencia de papeles respecto del acto médico. Y de esta

manera se podría explicar la vinculación del modelo bioético con el paradigma Arte/ciencia, e incluso el lugar destacado que en ello tiene la relación médico-paciente, mientras que prácticamente se excluye de ese modelo a la relación salud-enfermedad. Y en el mismo sentido, si se acepta al modelo productivo, entonces se articulan los mismos ejes de manera incluyente, porque su asociación es un paso previo a la hora de producir salud, cuyas dualidades confluyen hacia esa finalidad. Es más, desde la perspectiva del modelo productivo, estas dualidades conceptuales no se podrían entender por separado, sin hacer referencias a su contraparte o antónimo. Como se verá esta sola situación revela hasta que punto habría tenido influencia, en la discusión médica actual, aquel prejuicio que impide ver el trasfondo productivo de la medicina y su paradigma alternativo. Inclusive, en este caso, las relaciones parecieran aportar al acto médico una fuerza complementaria, basada en las diferentes naturalezas de estos ejes, en la que descansaría una parte considerable de la solidez interna de ese acto. En el fondo, este modelo otorga a cada eje, aparte de su rol individual, un rol mancomunado y complementario al primero, el que solo se advierte desde la perspectiva final que busca producir un efecto médico.

En todo caso y para aquilatar mejor este problema, habría que ir a buscar algunos elementos de su génesis, en los primeros capítulos, cuando la medicina hipocrática fundó la condición causalista como una de las principales vigas que han sostenido el quehacer médico hasta la actualidad. Como se recordará, esta medicina termina por inspirarse en la “cuádruple causalidad” aristotélica, formada por la salud, la enfermedad, el médico y el paciente, y donde cada una de estas causas fueron y continúan siendo las responsables del efecto médico, siempre que todas ellas trabajen al unísono. En palabras más actualizadas, M. Heidegger señala que a través de un juego de conjunto de los cuatro modos de dar-lugar-a son los responsables, en un todo, de la causalidad (1983, p.77). De hecho y como se recordará, el médico pasó a considerarse así como “causa efficiens”, porque de él parecen haber dependido los esfuerzos para atraer a la salud hasta el paciente. Y, como el agente que asiste en el acto médico, se ha entendido hasta hoy que su obligación es perseguir a la enfermedad. La siguiente causa, la “materialis”, se ha correlacionado con el paciente, como el “objeto” que debe de ser asistido en el acto médico. A su vez, la tercera causa ha sido la

“finalis”, representada por la salud, como la meta para la que se asiste. Y por último, la cuarta ha sido la “causa formalis”, definida por la enfermedad, como un objetivo contra el cual el acto médico tiene que luchar o asistir. Desde luego que esta “amalgama causal” no podía ocurrir al azar sino que con arreglo a cierta manera, para surtir un cierto efecto médico preconcebido, ya fuera este: la curación, el consuelo, u otras posibilidades. En ese punto toman importancia los vínculos entre las cuatro causas, porque ellas se articulan siguiendo ciertos patrones o asociaciones al interior del modelo causal, las que llamamos dualidades o ejes del mecanismo causal. Estos ejes que por lo tanto responden a la estructura causalista de producción en el área de la medicina de hoy. En este punto es donde se hace muy necesario desarrollar las relaciones entre medicina y causalidad.

Se podría comenzar por comprender o precisar la diferencia entre la causalidad y el determinismo, por ejemplo, tal como lo hace Mario Bunge en su libro “Causalidad”, donde expone este autor que el concepto de causalidad puede definirse en la sentencia: “si causas similares ocurren en condiciones similares, entonces se producen efectos similares en la mayoría de los casos” (1978, p.63). Mientras que para definir el determinismo habría que referirse a dos principios complementarios, entre los que encontramos el factor productivo que preocupa. De acuerdo con Bunge la determinación está constituida por el principio de “legalidad” según el cual “nada sucede en forma incondicional o de modo arbitrario”, y el principio “genético o de producción” que se refiere a que “nada puede surgir de la nada, ni convertirse en nada” (Bunge, 1978, p.37-38). Y de esta manera, se debería entender que el determinismo causal es tan solo uno de los tipos de determinismos posibles (op.cit., p.34), entre los que cabe destacar el determinismo estadístico, por ejemplo. Esto es, aquel que conoce las leyes del azar o de lo estadísticamente determinado (op.cit., p.26).

Este marco general, presentado por Bunge, permite diferenciar algunas interpretaciones del determinismo causalista, y hasta ciertas acentuaciones históricas. Revela por ejemplo, que el temprano aporte causalista a la medicina, bajo la influencia de Aristóteles, logró darle un tipo de determinismo causalista que incluía a ambos principios, tanto el de legalidad como el productivo. Pero también muestra que con la modernidad esta ecuación cambió, entonces y bajo el desarrollo de la ciencia y la influencia empirista se prefirió un tipo de

determinismo legalista restringido a las apetencias por las leyes científicas, por la búsqueda de lazos constantes y unívocos. Una opción que ciertamente disminuyó el otro ingrediente causalista, el de productividad o generación (op.cit., p.23). En tal sentido, M.Bunge sostiene que la palabra determinación usada en ciencias significa menos que determinación causal porque en este caso carece del esencial ingrediente de la productividad. Y de esta manera, es lógico pensar que esa preferencia modernista, por este tipo de determinismo científico-restringido, ha de afectar también a la definición de medicina como el Arte y la ciencia de curar, porque ella parte de este marco general donde la participación del componente productivo es secundaria frente al valor de las leyes científicas. Al respecto cabría mencionar una cita del ya conocido C. Bernard, quien ejemplifica el tipo de causalidad buscada en la época previa al último cambio de definición de medicina. A fines del siglo XIX, este célebre científico y médico a la vez manifiesta la necesidad de una medicina que esté al servicio de las certezas, que se funda en un tipo de determinismo “experimental” (léase científico), de la causa de la enfermedad (op.cit., p.39). De esta manera Bernard recoge una demanda que la modernidad ya venía exigiendo a la medicina, ampliar la perspectiva de la causalidad legalista, desde el plano aristotélico de la articulación interna del acto médico hasta el plano epistemológico del conocimiento médico, para que así el conocimiento científico (y por ende el principio legal de ese determinismo) sea el aval de la curación. Un anhelo positivista que prometía cambiar la eficacia médica, como en realidad así sucedió.

Un siglo después M. Heidegger (1983, p.112-113) analiza esta “soberbia legalista” de la ciencia, desde un punto de vista complementario al de Bunge, revelando que la ciencia moderna se ha atrevido a proponer una osada “teoría (general) de lo real”. En que “lo real” se reelabora de una manera inquietante e interventora, muy vinculado al concepto de objetividad (Heidegger, 1983, p.123). Con ello se termina por identificar lo real con la objetividad, y así se falsifica lo real según conveniencias objetivistas. Baste con pensar en que la ciencia pone lo real de tal manera que se presenta en cada caso como un efecto de algo, y de esta manera lo real termina por ser alcanzable y apreciable en sus consecuencias, como una realidad calculada y compartimentalizada. Al respecto cita el conocido concepto

de realidad de Max Plank quien, en representación de ese modo de pensar científico moderno, define lo real como “aquello que se deja medir”, en una naturaleza que se presupone puede ser representada por un sistema espacio-temporal de movimientos precalculables (op.cit., p.125). Con lo que reduce la realidad y el acceso a ella a los términos que permita el determinismo causal y legalista que estuvo en boga durante aquella época positivista. Aún mas, se suma a la perspectiva de este tipo de determinismo (que obviamente también actúa sobre la medicina), otro factor que refuerza los efectos de la causalidad y que según Heidegger hace aparecer a lo real bajo la luz de una causalidad todavía mas restringida, esta vez por la hegemonía de la causa efficiens (op.cit., p.74-75). En efecto, y tal como lo revela la evolución de la “causa efficiens”, esta ha venido eclipsando por si sola la influencia y el equilibrio productivo de las demás causas desde la época del renacimiento como también lo señala Bunge (1978, p.44). Si tomamos como ejemplo a la medicina podremos observar como esta hegemonía de la “causa efficiens” ha traído como consecuencia un enorme compromiso (o desviación, si se quiere) principalmente sobre la forma de practicar la medicina, pero también sobre la posibilidad de comprenderla. Mas concretamente, en el área de la salud el quehacer ha quedado principalmente bajo el imperio y la responsabilidad médica, postergando los aportes que las otras causas pudieran hacer en este caso o en la consecución del efecto buscado. No hay que olvidar, tal como lo señala M.Heidegger (1983, p.74-78), que una de las formas (la clásica griega) en que se entiende el rol causal es justamente un asunto de responsabilidades compartidas, de cada causa sobre el resultado final del efecto, un juego de conjunto de los cuatro modos de dar-lugar-a en un todo de la causalidad (op.cit., p.77). Pero que en este caso la co-responsabilidad es reemplazada por el simple empujar u ocasionar, más propio de la perspectiva instrumental de la causa efficiens, de manera tal que la determinación causalista actual reduce el rol productivo al agente causal (el médico), y así unilateraliza el desarrollo de la medicina al dejarla falsamente bajo su exclusiva responsabilidad, y además presenta indirecta y equivocadamente al área de la salud como si fuera propiedad del cuerpo médico (causa efficiens).

Pues bien, este particular reacomodo de la fórmula griega de la causalidad nos permite revelar, otro de los aspectos que inciden sobre la evolución de la oculta estructura causal que subyace a la medicina (Tekhné iatriké). En este caso concreto se observa como uno de los factores, la fuerza causal del médico, logra subordinar el desarrollo histórico de la medicina a su aporte, desplazando a los demás. Lo que a su vez permite apreciar, desde un ángulo diferente, la interacción del médico (como causa preeminente) con las definiciones de medicina ya mencionadas, como las del “Arte de curar” o la de “Arte y la ciencia de curar” por ejemplo. Incluso permite apreciar el peso que han jugado ciertos cambios cualitativos de la medicina sobre la responsabilidad profesional del médico, y su manera de desempeñar la causa efficiens, en la medida en que el se ha visto impulsado o compelido hacia ciertos tipos de roles médicos para lograr efectos, ora como artista ora como científico. E incluso, el análisis de esta circunstancia permite aclarar algo más sobre la fuerza que ha tenido, en el desarrollo de la eticidad médica, lo que se ha llamado el “paternalismo médico”, asentado en la minusvalorización de los demás determinantes. No hay que olvidar que este problema creó un cierto nivel de conflicto, entre la ética autonómica y el mandato determinista, que solo recientemente parece haberse ido atenuando, en favor del primero, y por el influjo de un nuevo orden productivista.

En todo caso, M. Bunge sostiene (en una opinión compartida por otros autores) que la todavía vigente preeminencia de la “causa efficiens” se debería a una particular jerarquía, vinculada al éxito del procedimiento científico, y por ende al aporte del determinismo legalista. Porque desde ese punto de vista esta causa si pertenece al ámbito del experimento, al contrario de la “causa formalis” y la “causa materialis”, las que no (Bunge, 1978, p.44-45). En otras palabras, posee ciertas “virtudes” que cita Bunge, y que confirman lo anterior, puesto que es la única claramente concebida, puede ser expresada en términos matemáticos, está definida en términos empíricos y responde a las pruebas experimentales, e incluso es susceptible de regulación para el dominio de la naturaleza (objetivo pragmático de la ciencia según Bacon), y hasta puede hacer de motor extrínseco productor de cambios, etc. De manera tal que, esta tan justificada preeminencia de la “causa efficiens” se suma a la de la ciencia tradicional, para acentuar doblemente el reduccionismo determinista del principio

legalista, lo que obviamente frena el aporte del otro tipo de determinismo: el productivista. Como se podría ir apreciando ya, el determinismo causalista juega un enorme papel respecto de la estructuración de la medicina, y por lo tanto aquellos cambios que incidan sobre él podrían afectar a esta última de una manera sorprendente. Tal como efectivamente ocurrió durante el siglo XX, cuando se observó un debilitamiento del citado determinismo legalista. Al respecto cree Bunge que podrían estar incidiendo principalmente dos problemas, por un lado un cierto fracaso de ese determinismo causalista frente a diferentes situaciones científicas y en segundo lugar, la complejización del concepto de causalidad. Sobre la primera situación, la que pone en entre dicho al determinismo causalista, sobresalen dos hechos puntuales, que también destaca Bunge: la llegada de la física cuántica y el auge de la estadística. Entre ambos han resquebrajado la fe en aquel determinismo al proponer la posibilidad de una realidad diferente a la causal, porque esta vez se propone un mundo (lo real) estadísticamente determinado.

Pero además, el concepto de causalidad ha cambiado, mermando la vigencia de este último tipo de determinismo, debido a un viraje en la forma de entender la causalidad misma. Esta se ha convertido en la actualidad en un concepto complejo, que plantea un múltiple-causalismo, con causas consideradas principales y otras como subsidiarias, y con una cierta escala de grados o de niveles de determinación (op.cit., p.33). Como lo ejemplifica la utilización por parte de la biología de todo tipo de categorías deterministas, empleando por ejemplo determinantes de procesos internos como la libertad de los seres vivos, determinantes externos como la sumisión del organismo a la especie o bien recíproca entre órganos, incluso habría determinantes estadísticas, y sin olvidar las causas eficientes del medio ambiente, etc. (op.cit., p.32-33). Esta “alternativa estadística” de lo real ha permitido, entre otras cosas, replantear el determinismo causalista, dándole una nueva oportunidad a la faceta alternativa de producción o génesis, la que ahora sí puede contrastarse con la faceta legalista de la causalidad, e incluso permite sustentar a esta última opción como un caso particular de la producción o de la génesis de una cosa (op.cit., p.59). Se trataría por lo tanto de un cambio considerable, que fortalece la perspectiva técnico-productivista, al dotarla de una particular fuerza con un nuevo tipo de arreglo determinista

técnico-moderno, que retoma el determinismo causalista y el principio genético para respaldar la producción (médica) de una manera muy particular.

Por otro lado, este análisis coincide con el de M. Heidegger, en el sentido de que los dos factores que han fisurado la hegemonía legalista-causalista, el fracaso y complejidad de la causalidad, bien podrían estar respondiendo a algo en común. Lo que podría ser, desde un cierto tipo particular de mentalidad, hasta una forma de jerarquización social que orienta a priori todo impulso determinista hacia la satisfacción de una necesidad cultural previa, como sería el logro de la mayor eficacia productiva posible. Estableciéndose así una suerte de principio rector, también determinista aunque en este caso de corte productivista mas que legalista, y que le otorga a la ciencia un rol secundario frente a la técnica. En palabras de M. Heidegger, y con la llegada de la técnica moderna, habría pasado a tomar el control una idea de realidad basada en el desocultamiento de la verdad diferente del determinismo científicista, que se fundamenta en un conocimiento “provocador”. En que provocar significa asegurar el trato con las energías naturales a través de su descubrimiento, transformación, acumulación, repartición y renovación (Heidegger, 1983, p.83). Y el cual busca y reconoce como verdadero todo aquello que ponga a la naturaleza en la exigencia de liberar sus energías. En otras palabras, para este nuevo modelo de realidad es verdadero algo que sea capaz de demostrar alguna aptitud de explotación y/o acumulación (op.cit., p.81). De lo que finalmente resulta un nuevo tipo de realidad, la de lo dispuesto o de lo constante, de útiles (op.cit., p.87), contraponiéndose a la realidad de objetos en la que se funda la objetividad del determinismo legalista. Como se puede apreciar, ahora la teoría de la realidad saldrá de la verdad técnica y su forma de entender la producción (provocación), esto de una causalidad modificada (op.cit., p.91), que desoculta lo real como “constante” (op.cit., p.92) y por lo tanto ya no sigue el determinismo científico anterior. En esta nueva jerarquía determinista la causalidad genética está sobre la legalista, pero no de cualesquiera génesis sino que provocativa. Y de esta manera, también el médico, su medicina y la estructura del acto médico, han tenido que adaptarse a este nuevo orden determinista, desarrollando, organizando y sistematizando un nuevo tipo (provocativo) de ataque a la enfermedad.

En suma, si bien la causalidad fue la que propuso cuatro principios como corresponsales del efecto, y que de estos el analogismo privilegió la meta, y el positivismo la causa eficiente, con la llegada de la actual jerarquía voluntariosa, aparecida en la actual etapa de la medicina moderna, la causalidad ha quedado sobrepasada. Y la causalidad es formulada como una herramienta teórica usada para orientar técnicamente la producción con esos cuatro elementos, convirtiéndolos en ejes, y apostando por la búsqueda de una potencia o fuerza de producción en sí, despojada de aditamentos conceptuales, y que aproveche. Y de esta manera la formulación científica ya no cabe, al menos no como lo pretendió el antiguo paradigma definitorio de medicina, y por lo tanto es este último el que ha de ser reorientado hacia una particular concepción, tan novedosa como difícil en su acceso teórico, debido a su naturaleza proactiva, pragmática, empírica, etc. Desde luego que, frente a ello, enfoques tradicionales como el de la definición de medicina (Arte/ciencia de curar), poco tienen que aportar, ya que ellos no forman parte de la actual corriente de cambios culturales. Y porque en esa perspectiva no hay lugar para la jerarquía provocativa de la producción, cuyos límites resultan muy estrechos para comprender u ordenar la nueva tarea, e incluso porque el plano objetivo de una articulación causalista de ejes ya no basta para avanzar hacia los objetivos actuales de la medicina. De esta manera se explica que, en la actualidad, el afán de administrar productos de salud, para conseguir un óptimo flujo de entrega de estos, e incluso por la mejor asimilación de parte de los interesados en todo ello aquel paradigma, sobrepase la concepción anterior como al paradigma que condujo a la medicina a través del siglo XX. Y que por otro lado, el adecuado manejo de las actuales necesidades de salud requiera de una estructuración técnica de la medicina, la que debe contemplar además este voluntarismo, antes que en la causalidad científica y la objetividad. Y de esta manera lo que cabe de esperar, y que además ha de caracterizar especialmente a la nueva medicina, es la re-formulación de la estructura sobre la base de ejes causales, los que serán reacondicionados como ejes productivos, para el desarrollo de una interrelación de ese tipo. En otras palabras, la nueva voluntad médica (en sentido genérico) ha adoptado un papel facilitador para una articulación efectista, productiva o provocativa de la salud, para permitir el desarrollo de la nueva aspiración. Para ello ha realizado el papel de ciertos elementos de esa voluntad corporativa, para que apoyen esa producción a través de su

fuerza terapéutica, su potencia médica, sus impulsos de curación, marcando etapas de ese proceso, etc. Algunos de los cuales estudiaremos enseguida.

2.2.- LA VOLUNTAD MÉDICA Y SU POTENCIA PRODUCTIVA

La oscuridad ontológica de la técnica moderna, de la que tanto se quejan los investigadores de la modernidad, constituye una segunda faceta que también debe enfrentarse en este nivel del análisis. La que se vincula con la voluntad médica, y su potencia productiva (del acto médico), al preferir no otorgar muchas facilidades teóricas, quizás si bajo el supuesto de que estos ejes productivos-reacondicionados actúan mejor bajo un cierto estado de oscuridad racional o de autonomía intuitiva. Donde esa racionalidad práctica logre mantenerse alejada del plano comprensivo, y despojada de aditamentos conceptuales. Porque, de acuerdo con esta jerarquía voluntariosa, para alcanzar el mayor despliegue de la potencia o fuerza de producción en sí, y quedar en situación de manifestar todo su poderío, se requiere que no hayan interferencias cognitivas, morales o de cualesquier índole racional. En todo caso, y sea como fuere, habría que convenir que la intención que transparenta esta jerarquía provocativa de la producción, no es precisamente la de facilitar las cosas para su comprensión, sino que se orienta más bien hacia el ordenamiento efectista de su tarea. Y en ese sentido, ya no interesa mayormente el plano objetivo de la interacción entre estos ejes, si esto no es con vistas a un fin práctico, y en este caso concreto para avanzar hacia la correcta administración de productos de salud, o para conseguir un óptimo flujo de entrega de estos, o para la mejor asimilación de parte de los interesados en todo ello aquel paradigma, etc. Así no es de extrañarse que se determine, en forma indirecta quizás, una concepción que haya perdido el respeto frente a la irracionalidad, o al vacío lógico, que se otorgue licencias frente a la incoherencia, o a la inconsistencia, etc. Entonces, esta particular concepción, versátil y huidiza, se transforma en todo un desafío para el análisis comprensivo, debido a su naturaleza proactiva, pragmática y/o empírica. Y este parece ser el contexto en el que habría que moverse para analizar este último aspecto del tercer nivel de abstracción sobre los fundamentos de la estructuración técnica de la

medicina, aparte de la re-formulación estructural de sus ejes causales. En este caso de su voluntarismo característico, y especialmente sobre el concepto de potencia productiva.

De esta manera, la situación pareciera apuntar más allá de una verdad teórica, hacia diferentes aspectos voluntariosos, sobre una verdad práctica. Y entre ellos destaca el concepto de la potencia productiva, es decir de la abierta exigencia de conseguir la mayor cantidad de efectos en salud, para el mayor número posible de pacientes. Y de esta manera, se cuida que se exprese la mayor cantidad de salud que sea posible entregar por un sistema social, en un momento dado, para el mayor número de usuarios de este sistema, guiando la producción hacia donde lo determine esta expresión de potencia en la voluntad médica. Pero para conseguir ese efecto, la potencia productiva debe establecer un marco general de acción, exigiendo a la voluntad de producir salud (tanto la individual, como la grupal) un resultado que vaya más allá del aumento ciego en la cantidad de efectos médicos. Para ello se requiere que todos y cada uno de los elementos culturales se sometan a este tipo de producción, a una cierta estandarización cultural y productivista, para que no se estorben los demás esfuerzos, en pro de esta meta maximizadora de los esfuerzos médicos. Así, los mencionados ejes productivos pasan también a ayudar a articularla, de acuerdo con esta intención de potenciar la voluntad comunitaria de salud, como la que ofrece la técnica moderna y su producción provocativa (Heidegger, 1983, p.87-92). Y para ello se requiere que esta potencia productiva se llegue a establecer como una verdadera máxima moral, que re-articule todas aquellas dualidades tenidas por causales, sacándolas de su anterior estado de candidez, y para ponerse a disposición de ese principio efectista. De allí que los ejes mencionados deban quedar también bajo la exigencia del principio de la mayor potencia, porque esta máxima es la que ahora dirime, valida y distribuye socialmente todo tipo de producción, incluida la médica, en forma de “útiles”, existencias o mercaderías modernas. En otras palabras, se trataría de una actitud contraria al tradicional tipo de atención concreta e individual de salud, que ahora aspira a un resultado supeditado a una meta global, que incorpore definitivamente la conciencia de la repercusión social, acercándola a la utópica formulación del “producto de consumo”. Pero principalmente, siguiendo ciertos parámetros, estrechamente ligados a la cuantificación y a la administración de la salud. Es

decir, deben participar de una estrecha forma de entender el efecto, insistiendo, organizando y luchando por conseguir el mejor y el más eficiente de los dispositivos de producción de salud. Por lo tanto, y de ser así, habría que tener en consideración esta demanda a la hora de caracterizar la actual como la futura medicina, e incluso en el momento en que haya que replanteantear su re-definición.

Esta característica maximizadora, entendida como un imperativo cultural, que ordena a la medicina preocuparse de su potencia de producción, y de los factores ligados a ella, hace hasta cierto punto comprensible algunas de las consecuencias que ha traído esta vorágine técnico-productivista, o de “provocación de la salud”. Incluso podría llegar a permitir, que a partir del conocimiento de este imperativo, motor o fuerza productiva, que se maximizaran los límites y las fortalezas que el mismo posee. Tal como ilumina el fenómeno de la cooperación interdisciplinaria entre la medicina y profesiones como: la ingeniería, la sociología, y la economía, entre otras. Las que han traído, no solo mayor capacidad productiva y de conocimientos prácticos, sino que también han llegado con sus particulares puntos de vista éticos, incidiendo sobre el acto médico actual y hasta sobre su misma RM-P. En tal sentido se aplaude hoy que la medicina adquiera nuevos conceptos organizativos, tecnológicos y económicos para reforzar el anhelo de aumentar la potencia de producción requerida, aunque estos intercambios, y sus nuevas formas de producir, traigan inevitables conflictos y cuestionamientos éticos. Tal como parece haber sucedido con la forma economicista de producir, reconociendo además que ella ha ido traspasando a la RM-P un sesgo de frialdad, el que resulta difícil de tolerar para ambos partícipes. P. Starr lo ilustra con una cita sobre una cadena de hospitales de U.S.A. llamada “Humana, Inc.”, la que tuvo una idea muy ilustrativa en este sentido. Ella consideró, a propósito de la consolidación de las corporaciones hospitalarias, que debía “lograr un producto tan uniforme y confiable como las hamburguesas de Mac Donald’s (Starr, 1991, p.503). Así se podrían citar innumerables ejemplos de esta máxima actuando a instancias de ese voluntarismo, reorientando el uso médico de conceptos económicos para conseguir más y mejores recursos en salud, pero creando nuevos problemas para la salud. Entre estos conceptos Menzel destaca los de: el costo-beneficio, el costo-eficacia y el riesgo-beneficio, por ejemplo (P.T.

Menzel,1995, p.650 y D.B.Mark,2002, p.17-23). Ellos son algunos de los ejemplos de las formas con que trata la medicina de desarrollar la potencia productiva de salud: abaratando, administrando, calculando, invirtiendo, sacando réditos, maximizando, controlando, etc. A través de una exigencia impostergable, que viene ligada a la construcción de nuevos conceptos o formulaciones metafísicas, para auxiliar el desafío de la hora actual y ayudar a reorganizar el nuevo orden médico. Hasta el extremo de incluir, en todo ello, la ética del negocio a escala. Todo ello hace pensar que el concepto que se ha llamado voluntad médica, y que estaría detrás de este tipo de motivaciones, pudiera ser una de las características claves para comprender la medicina del siglo XXI.

Sin embargo, si se intenta abordar el concepto de voluntad, que subyace detrás de aquel otro como potencia de producción, nos volvemos a topar con la consabida dificultad de su escaso desarrollo conceptual, cuya evolución lo ha llevado a migrar desde la filosofía hacia la psicología, sin haber solucionado sus vacíos teóricos, debidos a su amplitud conceptual. Frente a esta circunstancia la escuela filosófico-analítica ha querido ofrecer alguna salida, pero en aspectos que suelen ser periféricos o especializados de esta materia (Ver G.E. Anscombe, 1991). Como queda ejemplificado con A. White, quien presenta desde esa óptica, más específicamente desde la filosofía de la acción, algunos aspectos pragmáticos de la teoría de la voluntad, dejando de lado una comprensión más global. Este autor postula algo bastante tradicional como que la voluntad es una condición necesaria del acto, y que es un “supuesto antecedente” que posee, entre otros antecedentes reconocidos y a la hora de la ejecución de un acto voluntario, ciertas características de libertad como: la “conciencia de alternativas” y la no-existencia de alguna “obligación” (White, 1976, p.13-14). Otras vertientes del problema lo llevan de la filosofía a la psicología, acercándolo al tema del deseo. Así proponen una que otra línea de reflexión, algo más ambiciosas y explicativa. Como podría ser el caso de Faënder por ejemplo, quien trasciende la línea explicativo-filosófica, abordando la seductora y difícil tarea de distinguir entre “voluntad” y “deseo”, para concluir que la primera se diferencia del segundo en que esta involucra a la persona toda (incluyendo su faceta espiritual). Así deduce que la voluntad no sería ciega como el deseo, ya ella contiene la conciencia de lo querido (Faënder, 1931, p.202). Además recalca

él que aquella fórmula, mas bien tradicional, de definir el acto de voluntad como: “S quiere P”, deja de manifiesto tanto un “propósito práctico” (querer a P) propuesto por el yo, como también el hecho de poseer una determinada “conducta propia” (sí se quiere obtener aquel “P” buscado). Es decir, la voluntad trata con un “proyecto” que urge a decidirse entre hacer algo (obtener a P) o no hacerlo (op.cit., p.204). En otras palabras, se trataría de una perspectiva determinada por motivos, y no tan solo por el empuje de impulsos que condicionan la voluntad desde su libertad. Un aspecto de la mayor importancia sobre la causalidad, la que queda sobrepasada, debido a que ella se desarrolla entre eventos reales y presentes, mientras que el motivo voluntario no se condiciona al tiempo, e incluso puede ser algo irreal y hasta algo futuro (op.cit., p.228-229). Esta línea filosófico-argumental postula así un tipo de voluntad mas cerca de la libertad, y que obviamente trasciende los límites de la causalidad. Una línea argumental que se realiza y coincide con la idea de una medicina moderna considerada como desiderativa (J.Mainetti, 1995, p.46, 47, 61).

Sin embargo, y a pesar de todas las limitaciones comentadas, parece necesario revisar este tema de las relaciones habidas entre voluntad y deseo (descompuesto a su vez en necesidad e impulso), porque en él podría sustentarse una parte importante de la potencia productiva del mismo, como de aquella armazón de dualidades dispuestas para estructurar la producción médica del siglo XXI. Un tema que está en el límite filosófico con la psicología de las mentalidades, y dónde se pueden encontrar desde supuestos elementos “inconscientes” de la voluntad, la determinación de hitos en la dinámica ejecución de ella, y hasta las distinciones sobre el papel de la fuerza impulsiva e indirecta de la necesidad (en este caso de salud). En cuyo esclarecimiento le cabe alguna responsabilidad a un planteamiento genealógico (aufkommen) como el escogido por el presente trabajo. En tal sentido no debiera de inquietar el que se reabra la cuestión de los límites entre ambas perspectivas, sino no que más bien debiera de alegrar que ello sea cuestionado y que ambas se vean beneficiadas con los nuevos aportes de cada una, como la reflexión sistemática que ha desarrollado Ph. Lersch (Lersch, 1971, p.435-437). Cuya contribución a la investigación de la voluntad propia del ser racional está enfocada hacia el concepto de vivencia impulsiva (inconsciente), gestada en un fondo anímico no controlable por el yo consciente (carácter

pático). Un punto de vista que permite apreciar con más claridad el vínculo que establece el yo consciente con el deseo, especialmente frente a su toma de posición respecto de los impulsos. Para Lersch, la forma estratégica en que la voluntad elige y apoya a algún impulso, se hace para aprovechar la fuerza del segundo y así poder llegar hasta la meta tendencial (propósito), fijada de antemano (intención), digámosle: un proyecto. En el mismo sentido, destaca también este autor una cierta e interesante metódica para diferenciar el papel del impulso de lo que él llama: “el acto voluntario simple”. Ya que ambos factores juegan diferentes roles, los que se pueden comenzar a explorar aceptando la existencia de un cierto hiato de tiempo, entre la aparición del impulso y el término en la conducta consiguiente. Esta diferencia fructífera, si se considera que durante ese tiempo es cuando nacerían los demás elementos del acto voluntario, incluida la fijación de una meta tendencial mediante un propósito, sería algo que el Impulso no puede hacer. Ya que en el segundo caso se acerca al arco reflejo, donde conducta y deseo se dan sin interrupción. En segundo lugar, la voluntad se diferencia también en que ella misma ordena el “hágase” a través de una orden o “fiat”, y lo vuelve a ordenar cuantas veces sea necesario, cosa que tampoco hace el impulso. Y en tercer lugar es la voluntad la que organiza o planifica la ejecución, eligiendo medios y evaluando circunstancias, cosa que no se advierte en el Impulso por su inmediatez (op.cit., p.439-441).

Este análisis, digamos que psicologicista de la voluntad, revela hasta que punto ella es un fenómeno complejo, que puede llegar a separar a la psicología de la filosofía, o al menos representa todo un reto para la síntesis de psicólogos como Lersch y filósofos como Faënder. Ya que mientras la primera disciplina acentúa el papel de la racionalidad práctica, la segunda insiste en el rol regulatorio de la razón, a través del propósito y la intención, por ejemplo. Para la psicología, estos dos elementos juegan un rol subordinado, ya que el efecto voluntario no termina al constituirse una meta, siendo ésta tan solo el paso previo, para que efectivamente aparezca aquello a lo que se llama voluntad propiamente tal. Es decir, la manifestación de una fuerza y/o una necesidad de actuar, y de insistir, hasta ver concretada la meta. Siendo justamente aquel aspecto el que marca la diferencia explicativa sobre la voluntad, suponiéndose un tipo de racionalidad diferente (de una verdad práctica, que

acepta de mejor manera la participación del deseo), la que este trabajo va a querer profundizar, para poder entender mejor lo que está sucediendo al interior de la medicina moderna. En suma, este concepto de voluntad, válido aunque algo unilateral (y si se quiere, psicologicista), posee la virtud de ofrecer una cierta comprensibilidad sobre aquellos elementos más inaccesibles de la "voluntad de producir salud", en términos de raíces genealógicas vinculadas al deseo (Aufkommen). Las que incluso podrían iluminar la participación de un elemento culturalmente novedoso, como es el afán de que esa voluntad se extreme, en la maximización de la potencia productiva, para canalizarlo a través de una opción economicista. De hecho, occidente está atravesado, hoy por hoy, con el prurito de reclutar fórmulas pragmáticas para la medición de algunos aspectos de la capacidad productiva, a través de ciertas ecuaciones o mediciones de grados (gradualidades de empuje, por ejemplo) para presionar y manejar con más eficacia sus intereses. De hecho, la medicina productivista se juega mucho en este esclarecimiento del momento vinculativo de Lersch (situado entre el impulso y la conducta), porque ello pudiera ofrecer una futura mejor comprensión de la voluntad y su poderío, aportando al conocimiento de la motivación de la voluntad médica. Pero también porque a raíz de esto van a aparecer otros aspectos de la voluntad, de cuya suma se orientará mejor la estimación cualitativa o cuantitativa del empuje ideal (alimentando un mito sobre la potencia máxima de producción de salud). Todo lo cual hace crecer el desafío de integrar muchos aspectos comprensivos para garantizar la predicción y el cálculo en salud, pero también para superar aspectos colaterales al modelo de impulso curativo cuantificado actual, para intentar legitimarse con la alternativa de una "canasta básica de salud" con aditamentos humanistas.

En otras palabras, parece ser que la medicina post-moderna no se inquietara mayormente por sostener una perspectiva tradicional sobre el esfuerzo voluntario para llegar a la salud. Como tampoco pareciera interesarle el papel que juega en ello la alianza entre voluntades, por un lado la médica, con sus propósitos y procedimientos, y por el otro la voluntad de mejoría de un paciente. Ambas con sus metas, deseos e impulsos en tal sentido. Porque aparece en escena un factor culturalmente más atrayente como es el desafío de agregarle "potencia productiva" al desarrollo de esa voluntad, y con ello se subraya un afán o interés

básico, un gran anhelo: la formulación de un instrumento teórico que mida y facilite el manejo eficaz de la potencia productiva del acto médico. Ya que con él que se podrían entregar algo así como unidades de “kilovatios de salud”, los que permitirían medir y organizar, en cada momento, la supuesta fuerza y la necesidad de salud, y de esa manera se podrían hacer predicciones y medidas correctoras en la administración de diferentes opciones, o planes de salud, se podrían perfeccionar las políticas de salud, la eficiencia en los seguros de salud, etc. Es decir, se habría dado con un orden para la explotación de la salud, con un instrumento que anime la ilusión de llevar la cuantificación de la voluntad en ese terreno. Y todo ello en los términos que Heidegger da a “lo constante” (medible y a la mano), es decir para el manejo de un gran stock de salud. Entonces, aparece el valor utilitario de la potencia productiva, la que permite afianzar la red de salud, con el mejor desempeño de la voluntad de los prestadores, y la organización del poder de consumo de salud de parte de los usuarios. Desde una concreta disminución de costos hasta un aumento de la eficacia curativa o paliativa, se puede esperar que el manejo de la potencia productiva ofrezca la oportunidad de fomentar variados aspectos de la voluntad que el paradigma vigente ha postergado, incluso el afianzamiento del economicismo en la explicación médica, hasta la posibilidad de entreverar la teoría del deseo con la teoría benjaminiana del fetiche de la mercadería.

Por consiguiente, no debe causar extrañeza que la evolución de esta materia indique un cierto denominador común, la necesidad de conseguir conceptos para la medición del esfuerzo productivo en salud. Entre los más conocidos están las QUALYs, por ejemplo, un instrumento de la teoría económica para medir la eficiencia en este plano (Menzel, 1995, p.651). Pero los han de venir, no tan concretos, como el descubrimiento de algún impulso de salud, o la caracterización de una cierta fuerza de salud, y el de la consabida y paroxística potencia del acto médico. Todos ellos, cual más, cual menos, aspiran a participar del nuevo paisaje médico voluntarista, en los términos en que lo señale el nuevo paradigma. Porque así se espera que nazca un fundamento anticipatorio en salud, con parámetros estandarizables o comparables, para la medición de la capacidad de reacción, o de sobreponerse. Debido a que así lo requiere el acto médico actual, en su nueva forma de

enfrentar la enfermedad. Porque lo que verdaderamente preocupa hoy, y no solo a esta disciplina sino que a la cultura moderna en general, es el problema de cuantificarlo todo, y de manera particular a los aspectos de eficacia en la voluntad. Lo que ha llevado a pensar, a más de alguien, que este esfuerzo voluntarista tiene sus raíces genealógicas en el aporte del economicismo, como parecen estarlo indicando tantos fenómenos de la índole señalada. Desde la consagración de aquella perenne y clásica fórmula del “costo/ beneficio” en salud, hasta los esfuerzos por ponerle un valor económico al fenómeno de la vida misma (Op.cit., p.652), por ejemplo. Y dado que estas expresiones del discurso médico actual, estarían revelando la enorme presión por conseguir salud al menor costo posible. De manera que los defensores del economicismo médico creen que también se están agregando a sus argumentos la lucha por conseguir ciertas claves productivas, o la mejoría de su capacidad generativa cuantificable, porque ven que la medicina esta respondiendo a un nuevo tipo de sesgo mercantil. Para A.R. Dyer por ejemplo, existen serias razones para que la medicina de hoy responda positivamente, y como cualesquier actividad comercial, a la propaganda (1995, p.76). Él señala que la RM-P cambió su interacción hacia el tipo consumidor-proveedor, y que a pesar de que la salud no sea una mercadería, esto ya no estorba la comercialización ni la ética del negocio, a la que según este autor ya adhirió la medicina. Esta situación que se presta para diferentes interpretaciones, no ha sido tomada con la suficiente seriedad por la actual generación médica, la que postula que se trata de una poco relevante exageración del economicismo, aunque no deja de observar con cierta reticencia tanta cercanía con Adam Smith (Starr, 1991, p.490). Esta actitud, de colocar el tema económico en un punto mas bien periférico entre sus prioridades, se podría explicar por la vigencia del paradigma “Arte y ciencia de curar”, donde el tema económico ocupa ese lugar entre sus prioridades. Sin embargo, pareciera que la opinión técnico-modernista presionara al cuerpo médico para que tolere mejor esta suerte de acercamiento entre su profesión y la economía, avalándose tras la posibilidad de que emerja un nuevo paradigma productivo de la definición de medicina.

En todo caso, y aunque se estuviera frente a la emergencia de un nuevo paradigma de la definición de medicina no parece prudente reducir el problema, de la voluntad técnica de

producir salud, tan solo a una de las variables en juego, por muy exitosa que sea la actual orientación economicista de la medicina. Por cierto que con ello no se está negando la importancia de lo económico en el giro de la voluntad médica, sino que se desea hacer ver que la base de sustentación del economicismo parece ser mas bien una consecuencia de aquella necesidad previa de potenciar la producción cuantificando, aquello que subyace a la actual voluntad médica. Esto se hace más evidente al contrastarlo con otra de las variables que también intervienen en la nueva mentalidad. Mientras que el factor económico solo administra costos y reparte la escasez de los recursos de salud disponibles, otros factores como el antropológico-voluntarioso, con el que la medicina técnica enfrenta a la naturaleza (y sus fuerzas) en la actualidad, permiten observar otra faceta de los cambios. Este ultimo vínculo caracterizaría la particular relación cultural que se establece entre el hombre actual y la naturaleza, en términos de un conflicto o lucha, que mide las fuerzas entre ambos. En otras palabras, se trataría de un choque de la potencia productiva de la voluntad de salud en contra de la fuerza de la naturaleza, entendida esta ultima como fuente de recursos. Hasta el punto de que pareciera pesar mas este vínculo cultural-antropológico que el factor económico analizado. En efecto, si se lleva la relación naturaleza-voluntad de salud, a términos de fuerzas, pareciera relativizarse las relaciones económicas, y hasta el mismo conflicto interno de la relación médico-paciente. Lo revela la enorme necesidad que tiene hoy la medicina de reclutar la mayor cantidad de fuerza que sea posible, con el objeto de hacer un frente común que desafíe la ya mencionada ofensa natural. En ese sentido, se establece una alianza voluntariosa de la RM-P, con un médico unido a un paciente en una desechable y utilitaria complicidad. Se observa así una nueva faceta de esa vetusta relación, actuar juntos para conseguir nuevas fuerzas y arrebatarle a la naturaleza los mejores destinos de salud que sean posibles, para favorecer al enfermo. Solo que oponerse a la inconmensurable fuerza de la naturaleza requiere de un portentoso desarrollo de una potencia comparable. Sin embargo, la mentalidad productivista no se amilana, al contrario confía en su triunfo, porque tiene confianza en las posibilidades técnicas, en la adecuada cuantificación y en la explotación de recursos. No hay que olvidar que frente a esta voluntad de salud se opone la fuerza natural, con su signo contrario, y que podría definirse por analogía como una cierta “voluntad natural”. Así entendida la opción de lucha, entre

voluntades, permite reducir el problema a un asunto de cuantificación, en términos más exactos, de energía, empujes o resistencias, por ejemplo. Es decir como el resultado de una cierta “potencia”, habidas dos fuerzas opuestas y acotadas. Todo un modelo de fuerzas mecánicas que favorece la determinación de una cuota exacta de energía necesaria, para que la voluntad de salud se imponga sobre la voluntad natural. Y por consiguiente, dos serían los aspectos que permiten atisbar la importancia del nuevo conflicto “natural”. Primero, la aparición de un nuevo paradigma médico que aumenta las posibilidades productivas, mientras relativiza la importancia de la relación médico-paciente. Y en segundo lugar, la nueva moral médica que intenta sostener un tipo de voluntad médica que pueda luchar contra una supuesta ofensa natural.

Con todo, el conflicto natural es un concepto que pudiera comprenderse mejor por comparación con aquel conflicto moral que iluminó la RM-P. Lo que solicita se haga un esfuerzo por retrotraerse hasta aquel conflicto moral propuesto por Giannini (1997, Libro I). Todo ello es de la mayor importancia para acceder a la última etapa, de la justa reparación moral, causada por la ofensa moral. Tal como se podrá comprender, existen algunas diferencias entre estas ofensas morales y naturales dadas en la relación naturaleza-voluntad de salud (RN-VS). Es decir que, si se parte del supuesto que exista tal voluntad natural, aunque fuera solo como fuerza natural, y que ella está vinculada a la participación del mal, definido como falta de bien (salud). Entonces esta privación, causada por la naturaleza que enferma, viene a ser el mal señalado. Y por consiguiente, el paciente está en su derecho a ser socorrido por la potencia o capacidad de bien, generada por el acto médico. Además, esa perspectiva indica que esta merma o mal se origina en un cambio u ofensa arbitraria de parte de la naturaleza, lo que repercute en una estrechez en las expectativas de vida del paciente. De esta manera, las expectativas que anteriormente la misma naturaleza había concedido, ahora no las respeta, mostrándose mezquina para con el destino del paciente. Frente a semejante maldad u ofensa no existe ningún arreglo posible, porque en esta relación no hay una interlocución posible (se desconoce la existencia de algún lenguaje de la naturaleza). Como se recordará del capítulo precedente, a consecuencia un enfrentamiento moral entre médico y paciente, se observa la disminución del sujeto de en-

frente (por efecto de la ofensa) pero enseguida está la posibilidad del diálogo reparador entre ambos. Lo que a su vez deja de manifiesto la importancia de poseer un lenguaje que permita una constante verbalización de los desacuerdos entre ambos, aunque ello vaya a la saga de las significaciones. Pero este lenguaje implica una comunidad de significados y su correspondiente compromiso social previo. De esta manera se ha llegado nuevamente al problema del posible motor de la producción de salud, pero ahora vinculado a la reacción (humana) frente a la ofensa de la naturaleza. En una experiencia que primero registra la molestia por la substracción arbitraria de bien, de salud. Y enseguida, porque la necesidad de reparación, de donde nace el impulso necesario y suficiente para que actúe la voluntad, la que se frustra frente a la falta de lenguaje o de justificación de parte de la naturaleza. Y porque, en tercer lugar, ahora solo cabe un diálogo de fuerza, frente a una naturaleza que se muestra impasible y ajena a su ofensa. Entonces, ya sin reparación sino que con lucha sorda, de una voluntad descomedida por la salud, se plantea un deseo de reparación a ultranza, pero esta vez en forma de oposición a la naturaleza, y como de su abusiva “voluntad de enfermar al paciente”. Lo que, en cuarto lugar, justificaría el afán de hacer crecer en eficacia al deseo de reparación, otorgándole la mayor potencia que sea posible. En otras palabras, habría que apostar por aquello que la potencia técnica ofrece, por la cuantificación técnica de ese impulso o fuerza médica, para vencer así los obstáculos naturales.

Sin embargo, en el plano de la interacción natural, ya es conocida la capacidad ofensiva (depredadora) del hombre, la que como voluntad médica puede a su vez actuar también de esa manera, es decir como un ofensor. En este caso, causándole un mal a la naturaleza por conductas temerarias o imprudentes de su parte. Este procedimiento, de interacción negativa, y como toda ofensa, disminuye al “sujeto de en-frente”, participa de la lucha entre ambos, como una condición del enfrentamiento. Y de aquello se hace parte la exigencia de un tipo técnico de producción, la que Heidegger llama “provocativa” (1983, p.82). Configurándose así una corriente de sistemáticas ofensas culturales, en las que también participa la medicina, hasta llegar a configurar una cierta actitud modernista, ofensiva y de cotidiano desafío contra una naturaleza vista previamente como hostil. Se

configura así una cultura que se inclina hacia el sistemático quiebre y hacia la sospecha natural, en lo que se refiere al “diálogo” naturaleza-hombre. Lo que también se agrava por aquella imposibilidad verbalizadora del lenguaje, lo que deja nuevamente como alternativa el “lenguaje” de los efectos brutales. Al no permitir una justa reparación, se toma aquí el camino más inmediato de la voluntad de poder entre los interlocutores. El hombre (y a la RM-P), en un momento particular de su desarrollo, percibe que la potencia de sus recursos le permitirían responderle a la naturaleza, con la seguridad que da la medida y armado de esa “poderosa” voluntad, para oponerse a los designios naturales. En tal sentido, y en un plano interno de relación con la naturaleza, aparece la soberbia del hombre actual exigiendo la mayor cuota de reparación que la técnica logre conseguir frente a las mermas causadas sobre el destino personal del enfermo. Y en una actitud moral, en la que indudablemente le cabe participación a la técnica moderna, en el sentido que le da Heidegger, el nuevo trato productivo con la naturaleza tiene en “lo constante” la respuesta a la experiencia de la ofensa natural, llevando definitivamente al incordio la relación naturaleza-voluntad salud (RN-VS). Esto es, que a partir de cálculos y cuantificaciones lo constante permite desmitificar a la naturaleza, y sus míticas capacidades de agravio unilateral para con el hombre. Lo que deja una impresión de cierta “equivalencia” en las resistencias que cada contendor puede levantar, o lo que es lo mismo, en su capacidad de agravio mutuo. De allí que, apoyado en lo constante, crezca el anhelo de “emparejar” la fuerza de los contendores en su lucha exterior, aumentando la esperanza del hombre moderno en su chance de desafío a la naturaleza, y hasta de justificar su íntimo deseo de reparación. Para conseguir que ella, cicatera y mezquina, entregue de su “almacén o stock de salud” la respuesta, en “lo constante”, que tiene acopiada e improductiva.

Se trata de un contradictorio aspecto ejemplificado en una corriente de pensamiento que postula como “derecho social, o bien común”, a los órganos para transplantes de un individuo en muerte cerebral, por ejemplo (Araya, 1996, p.611). Entonces se pueden observar como juegan las dos dimensiones del hombre, la natural como suministro de órganos, y el derecho a la salud, ligado al bien social. Porque efectivamente, existe una novedosa actitud voluntariosa de parte del hombre moderno y su postura de rebeldía

técnica, la que ciertamente está lejos de aquel sometimiento griego, que se diferencia de la sacralidad medioeval, pero también de la dieciochesca lucha romántica con o contra la naturaleza. En este caso, la modernidad tardía acentúa la doble posición del hombre al permitirle volverse contra sí mismo, como parte de aquella naturaleza explotable y en aras de la vida. El hombre moderno quiere un inadmisibles privilegio, a saber: que se quiebren las reglas del juego natural en su favor, y para ello se pone en riesgo a sí mismo. Lo que ha dejado en evidencia, el campo de los trasplantes, promoviendo clonaciones, bancos de órganos, empresas de recolección de órganos de moribundos, etc.(op.cit, pp.610-611). Aunque desde ya se aplauden todas estas iniciativas pro-activas, de parte de una voluntad cultural que se nutre de la técnica moderna. Al respecto señala el físico W. Heisenberg (1976, p.18-19) que gracias al progreso técnico hay una pérdida de temor frente a la naturaleza, condicionado en parte porque ella ya no es la única que puede desafiar y donde también influye que el hombre no vea a la naturaleza ni siquiera en su mirada cotidiana, ya que ahora sus ojos solo abarcan un contorno artificial de vida. Por lo tanto, el hombre que dejó de acomodarse a ella para convivir, ahora habita en un mundo artificialmente transformado por él. Y a consecuencia de esta actitud, y tal como lo resume este autor, a cada paso que da el hombre, este queda situado nuevamente ante el mismo hombre, y no ya ante la naturaleza.

Un punto de vista, del que se hace eco M. Heidegger (1983, p.133), proponiendo aquello en que se sustentaría tanto la nueva idea de naturaleza como el voluntarismo actual, y donde la RN-VS estaría mediada por la esencia de la técnica moderna. Señala este autor que se percibe a la naturaleza como un “almacén” o fuente inagotable de energías para saciar todas sus necesidades, o más específicamente como una conexión calculable de fuerzas (op.cit., p.131), a la que no cabe sino exigirle un “producir provocante”. Ejemplificado este producir, de acuerdo con la técnica moderna, en la transformación del campo (naturaleza) en proveedor para la industria motorizada de la alimentación (op.cit., p.123). Una actitud muy diferente a la del campesino tradicional que no provoca al campo al producir, respetando las fuerzas y los tiempos de la naturaleza. Para J. Acevedo, las palabras de Heidegger se podrían resumir en que al hombre de la era técnica solo le va a interesar la

“explotación de la naturaleza”, acorralando a la naturaleza como recurso (Acevedo, 1999, p.170), y que por ese camino hasta el mismo se convierte en “material humano”. Agrega este autor que hoy ya no se usa a la naturaleza como medida, sino que a instancias técnico-modernas se apunta a un concepto de “naturaleza-calculable”. De acuerdo con esta perspectiva, se podría sostener que la asociación entre la RN-VS (desde un punto de vista externo) y la desafiante actitud de búsqueda de lo constante (bestand) en la naturaleza, dan como resultado la transformación del hombre en recurso para la industria médica de salud. La producción de desvelamientos de destinos acumulables de salud conlleva una medida de acorralar al mismo hombre (hombre-recurso para hombres), como mercancía para otros hombres mas afortunados (hombre-consumidor de hombres). Aunque el paso de hombre-consumidor a hombre-recurso lo decide la naturaleza en asociación a la muerte del primero. Es el mismo hombre que busca y promueve su muerte útil, se pone así en una disyuntiva de la que culpa a la naturaleza por las limitaciones que lo someten. Así encuentra en la estrategia de la donación una respuesta a su irritación y rebeldía contra ella.

Pero al mismo tiempo, y en el plano íntimo de esa relación, el hombre moderno continúa percibiéndose a sí mismo como un menesteroso, el que todavía depende temerosamente de ella, así como de su capacidad de agravio, la que llega hasta la posibilidad de hacerle pasar a ser un recurso para otros hombres. Quizás si sea por este motivo que, en los límites de interioridad o subjetividad del enfermar, surge con especial fuerza un cierto impulso de ira y desesperación, como una reacción del hombre frente a la ofensa natural. De manera tal que la íntima experiencia de la enfermedad como agravio natural genera sentimientos encontrados tales como veneración y resentimiento, justificando se desencadene “toda” la potencia técnica de la voluntad médica para agraviar a esa naturaleza, como responsable de aquello. Es decir que a partir de la exacerbación del temor y del resentimiento el hombre ante la adversidad (en este caso de la enfermedad), o a raíz de ella, él siente bien justificada su reacción provocativa (externa) en contra de la naturaleza. En lo que podría llamarse su capacidad provocativa por medio de lo constante, una herramienta que, aunque ciertamente insuficiente frente a la potencia de la naturaleza, permite sin embargo un remedo de defensa del hombre moderno, por lo menos en el plano externo de aquella relación. Pero además

aquello explica, como consecuencia indirecta, la valoración o confianza modernista en la objetividad, las ciencias, y finalmente en la técnica, porque ellas alientan su fe en el progreso y le permiten agraviar a la naturaleza antes de que ella lo agravie a él. E incluso permite comprender la actitud caricaturesca de aprendiz de conquistador, de este hombre que se siente autorizado para arrancarle lo necesario a una naturaleza que ya no es sagrada.

A la misma línea de desarrollo se le debería de sumar otro factor, que agrava mas aún la situación, la sobre-interpretación del papel de esta ofensa natural debido a las dificultades para obtener una respuesta a las crecientes necesidades del hombre moderno. Necesidades que lo han llevado, exagerando la nota de antipatía y resentimiento sobre la naturaleza, a una sibilina interpretación depredadora, la que supone una negación o dificultad caprichosa de acceso a los suministros naturales. Como parece indicarlo su actitud anti-ecológica por ejemplo. Y consecuentemente, frente a esta cicatería natural como extensión de la ofensa natural, vuelve el hombre al punto inicial de auto-arrogarse derechos para tratar a la naturaleza calculadamente, extrayéndole y almacenando todo aquello que sea supuestamente necesario. Solo que, en este caso, y frente a la supuesta avaricia natural, queda permitida una temeraria avidez tecnológica respecto de todo aquello que aún permanezca bajo el velo del misterio natural. Como lo ejemplifica el titánico esfuerzo que realiza la Bioética para contener los excesos de aquel torbellino tecnológico, nacido indirectamente y como respuesta a la mencionada ofensa natural. No hay que olvidar que en ese punto de la RN-VS, la naturaleza suele dejar el aparente silencio con que soporta su ruidosa explotación, para imponerle (no sin cierto dramatismo) aquello que tanto cuesta al hombre aceptar, su menesterosidad, su relación de sometimiento o sojuzgamiento. Una doble percepción que trae además como resultado un tipo ambivalente de relación con la naturaleza, a la que por un lado se le teme y por el otro se la desafía. Un aspecto que la voluntad “provocativa” canaliza, en la movilización técnica de la voluntad del acto médico, para dar como resultado una finalidad ambivalente, el concepto de salud como constante. Y a su vez, de esta ambivalencia se condiciona un particular tipo de “diálogo”, inestable y asimétrico, donde ocupa además un lugar central el poderío agravador de uno de los miembros, como parece revelarlo la experiencia de enfermedad. Como se podrá deducir,

esta confusa experiencia con la naturaleza será bien tolerada mientras ella se limite al plano subjetivo, pero no lo será cuando la RN-VS pase al plano externo u objetivo. En tal sentido, quizá si motivado por la imposibilidad de controlar al plano interno de la relación, pareciera que la voluntad hubiese provocado una cierta disociación entre ambos planos, privilegiando los aspectos externos, de conducta o cuantificables, de la experiencia, en lo que se podría llamar una actitud conductista hacia la naturaleza. Todo ello genera una situación contradictoria, la que en primer lugar deja al acto médico escindido entre dos aguas (Araya, 1996, p.167-169). En segundo lugar, permite que se privilegien los factores cuantificables en la actitud voluntariosa externa. Y en tercer lugar, hace que la voluntad médica retire su atención de un asunto central como es el dar los mejores destinos de salud al paciente.

De acuerdo con lo anterior, la disociación pareciera ser el resultado menos malo para la adaptación de este hombre moderno (enfermo) que está obligado a la doble perspectiva frente a la naturaleza, como fuente de recursos y gratuita negadora de recursos. Lo que sin embargo le ha llevado a sustentar, por medio de una mentalidad particular, que su existencia puede llevarse en un plano artificial, o al margen de la naturaleza. Desde luego que así se posibilita que el hombre moderno, agujoneado por sus necesidades, ya no tengan ni siquiera remilgos para tratar a la naturaleza como una fuente de recursos. Derecho para explotar la naturaleza otorgado por la necesidad, cualesquiera sea el tipo de necesidades, reales o inventadas, actuales o futuras, lo mismo da. Aunque ese hombre y sus necesidades sigan siendo, en su fuero interno, parte de la naturaleza no asumida. Y por otro lado, al privilegiar estrechos destinos de salud, por medio de la relación externa con la naturaleza, ha traído las mas graves repercusiones al paciente, como a la medicina en general. Porque el concepto de lo constante en salud, ha obligado a restringir esos destinos solo al plano de lo provocado. Un margen angosto de destinos que también pertenece a la naturaleza, porque a ella pertenece la soberanía sobre todo el conjunto de los destinos humanos, incluyendo los que se vinculan a la salud. Solo que en el caso de los destinos provocativos (que prefieren producir lo constante en salud, ellos constituyen un “ordenamiento voluntarioso de lo dispuesto”, dictado por aquella mentalidad que exige el establecimiento de la naturaleza como constante (Heidegger, 1983, p.132). En contraste con el anterior, está

el “ordenamiento voluntarioso de objetos”, que hasta hace poco regía sin contrapesos tanto a lo objetivo, como a la ciencia, y la causalidad (en el paradigma de Arte/ciencia).

Todos estos puntos de debate antropológico parecen conducir hasta aquel razonamiento propuesto por M. Heidegger, sobre el papel de lo “dispuesto”, que remite a una cierta forma de “desocultamiento” (producir destinos), del tipo “establecer”. Este tipo de mentalidad (técnico-moderna), que se caracteriza también por expulsar toda otra alternativa de desocultar (op.cit., p.96), sería la que estaría detrás de la RN-VM. Ya sea en sus planos interno como externo, como era la peculiar forma que hoy se ocupa para ordenar la realidad (voluntarista), lo que se traduce en que la voluntad misma se somete también a la verdad de lo “dispuesto-provocante”, que a su vez disloca (distorsiona) el aparecer y dominar de la verdad (médica) (op.cit., p.97). Y de esta manera, el impulso voluntario queda orientado así preponderantemente hacia el desocultar cierto tipo de destinos de salud y no otros: aquellos provocados en lo dispuesto, en lo establecedor, o en lo constante. Un ejemplo, extensivo al área médica, lo proporciona Heidegger respecto de un avión, el que desde el punto de vista objetivo tradicional no es sino una “cosa” u objeto, pero que para la técnica moderna pasa a ser (una vez desplegado en la pista de aterrizaje) un útil o “constante”, cuantificable y siempre a la mano, para la producción de vuelos comerciales (op.cit., p.84), debido a su más relevante “aptitud” de transporte. Así también pareciera organizarse la enfermedad moderna y la salud comercial. Si se toma el caso de un hospital por ejemplo, este también ha dejado de ser una cosa individual, para pasar a ser un elemento constante, siempre a la mano de la salubridad y por ende cuantificable, dispuesto allí con seguridad para la producción de salud, debido a la aptitud de su ubicuidad. Como se verá, y desde el punto de vista de la Voluntad, lo constante (que Heidegger caracteriza) se sostiene de aquella verdad acuñada por la mentalidad técnico-moderna de entender la realidad, esto es en un evento psicosocial anterior al Impulso o deseo voluntario. Y con ello se da cuentas de una cierta revolución del pensamiento moderno de producción, ya que unilateraliza su relación con la verdad, que desde los griegos ha supuesto que las ideas sean aquello que se desoculta (op.cit., p. 78). Pero que ahora, a diferencia de lo anterior, la técnica moderna desoculta solo parcialmente en ciertas verdades (ideas), las que sean del tipo “provocativas”, es decir

aquellas que pongan a la naturaleza al servicio de la voluntad. O más precisamente de verdades que exijan liberar energías, pero que en cuanto tales puedan ser explotadas y acumuladas (op.cit., p.81). De manera que así, por el influjo de la voluntad, se termina aceptando principalmente solo algunos aspectos de la realidad (de la verdad), que Heidegger llama “lo constante” (op.cit., p.86). Y como resultado, de aceptar que lo constante sea lo real, en lo que parece ser una trampa para el espíritu, tanto el médico como el paciente quedan circunscritos o más bien establecidos (parafraseando a Heidegger) en la “Industria de la salud” (op.cit., p.82). Y una vez allí el tipo de productividad médica queda provocada por la necesidad de salud, cuya distribución pasa ahora al plano institucional, lo que a su vez predispone a la población a establecer una opinión pública (una especie de rating) dominante en salud (la que consagra esa necesidad) (op.cit., p.85). Y de esta manera, tanto el economicismo y hasta la antropología limitan con un fundamento anterior a ellos, el que los ordena cual factores, y frente a ello no cabe sino aceptar su jerarquía explicativa sobre el obrar humano de la modernidad tardía. En suma, lo constante es un tipo de verdad que sostiene actualmente a la voluntad de salud, y su impulso productivo, e incluso evoca el anhelo de poder manejar un instrumento mitológico, que ofrezca la potencia necesaria para dar la salud, en los términos de la mentalidad técnica. Es decir, de aquella realidad que pueda provocarse de manera útil y explotable. Y de esta forma se condiciona un cierto derrotero para la producción médica, un camino estereotipado por el que debe recorrer el impulso médico moderno.

Sin lugar a dudas que esta perspectiva acarrea dificultades para el paradigma vigente, porque desde su punto de vista la meta voluntaria del acto médico sigue radicándose en la curación. Como se recordará, la modernidad se atrevió a proponer esto, en la confianza de que la objetividad científica otorgaba el poderío para hacerlo, pero al llegar la nueva era técnico-moderna el poder de producción desplazó a la objetividad, y la nueva mentalidad a la mentalidad objetiva. De manera tal, que la meta del acto médico plantea ahora, lisa y llanamente, que se le arranque a la naturaleza una cuota mayor de salud, descubriendo las energías de la naturaleza para conseguir una salud provocada, de una manera dirigida y asegurada, para pasar luego a transformar esas energías salutíferas, acumularlas, repartirlas

y renovarlas constantemente (op.cit., p. 83-84). Esta perspectiva permite observar que el diálogo reparador, entre la voluntad médica y la naturaleza, el que tradicionalmente se producía en la medicina curativa, en la medicina productiva ya no existe. Porque la anterior mentalidad entendía por un lado que la naturaleza hablaba por medio de la ciencia, y por el otro que para interactuar con ella había que hacerlo a través del arte. De manera que la voluntad quedaba condicionada a buscar la curación, respetándose el límite que la naturaleza determinara para lo incurable. Un límite que la anomalía productiva no respeta como lo demuestra el encarnizamiento terapéutico, la política de trasplantes, la clonación, etc. Mientras que ahora y como era de esperarse, la nueva mentalidad cambió el enfoque, creando una estructura alternativa de acto médico productivo, la que hoy en día está en pleno desarrollo, esperando que a su vez se pueda definir la nueva forma de perseguir la salud, con la eclosión de un posible nuevo paradigma médico.

2.3. LA VOLUNTAD MÉDICA Y SUS HITOS PRODUCTIVOS

Los dos aspectos de la producción de efectos médicos que ya han sido estudiados (la estructura y la fuerza productiva) han servido para caracterizar el nuevo tipo de medicina, pero también para aquilatar la complejidad del naciente concepto asistencial del Acto Médico. Y tal como se vio, ambos influyen en la forma en que ha comenzado a caminar la medicina moderna, y por lo tanto en la manera en que habría que definirla para prever su futuro e influir en él. De la misma manera existen otros factores que también la caracterizan, de una manera complementaria, los que además son necesarios de considerar a la hora de re-pensar en su redefinición. Sobresale aquel que apunta al camino que recorre el impulso médico, o a las etapas por las que tendría que evolucionar la voluntad médica (tanto la del acto médico concreto como una más abstracta, que suma a todos ellos). En efecto, y en un sentido complementario, al recién estudiado factor de la potencia, requerida para llegar hasta la meta de salud, parece necesario ahora agregarle la dirección que toma ese impulso, y no ya en pos de una meta sino que de la particular forma en que se organizan ciertos hitos del recorrido. En otras palabras, para completar el característico cuadro

esquemático, sobre la actual forma que tiene la medicina moderna de producir efectos médicos en salud, es necesario saber algo más sobre aquella secuencia de eventos (o si se quiere de etapas), que van marcando el camino o la dirección del proceso productivo de salud.

Un trabajo al que pareciera haberse adelantado P. Laín Entralgo, quien propuso una discusión semejante, respecto a la sucesión temporal de “momentos” típicos, los que podían predecir la conducta del acto médico. Así propuso que en el curso de cualesquier relación médico-paciente (1964, p.15) se repetían, con arreglo a un mismo orden, un conjunto de eventos. Y aunque él no intentaba hacer un modelo predictivo, ni menos productivo, postuló una secuencia típica con cinco "principios o momentos", los que debían ir ocurriendo “en el tiempo” de una forma característica. A saber: primero el momento de búsqueda de salud, después el del diagnóstico, luego el del tratamiento, enseguida el de establecer lazos de afecto y finalmente el momento de darle sentido a todo este esfuerzo por conseguir salud. Sin embargo, con el correr de los años este esquema aparece como un asunto más bien académico y en todo caso ajeno a los afanes productivistas de la actual medicina. Porque al funcionamiento productivo del acto médico no le basta con considerar la sucesión temporal, él requiere más bien de un ordenamiento que de cuentas de un producto. Esta situación se hace más crítica cuando el autor señala la importancia del factor “amistad médico- paciente”, para la realización de un acto médico convencional. Porque esa amistad garantizaría que el resultado del tratamiento y el mejor dominio sobre el destino (salud) del paciente (op.cit., p.24), para llegar así a la mejor de las alternativas en cuanto meta de salud. Es decir, facilita la mejor defensa del paciente, ya que esa amistad permite que el médico tenga acceso al conocimiento del mejor destino (de salud), de aquel que jerárquicamente sea superior, entre los que dicho paciente puede optar.

Una situación que ha ido quedando ajena al devenir del acto médico, porque los nuevos propósitos de producción provocativa de salud apuntan a una gama más rígida y estereotipada de destinos, contenidos en los límites que ofrece lo constante. De manera que el modelo lainiano debería de reconsiderar sus dispares momentos (meta, diagnóstico, tratamiento, amistad y sentido) para subordinarse a la nueva dinámica productiva,

respetando la estructura, la fuerza y el orden de las etapas productivas del acto médico moderno. En otras palabras, con la medicina de lo constante, los momentos lainianos deberían rearticularse en una nueva secuencia de hitos susceptible de medición, control y lógica productiva. Un análisis que requiere de la ya citada fuente de inspiración de M. Heidegger y su concepto de "desocultar", para enfrentar aquellas etapas productivistas que marcan la evolución en el acto médico técnico de hoy. Este concepto, permite abordar el problema de la dirección que va tomando la "voluntad de producir salud", pero esta vez asociada al contexto del "destino". Es decir, la forma en que el devenir termina por mostrarnos una faceta alcanzada por el ser en su desocultamiento (Heidegger, 1983, p.93). Señala Heidegger "poner en un camino quiere decir en alemán destinar (schicken)", "nosotros llamamos al destino que reúne, que pone al hombre en un camino del desocultar, el destino", "el desvelamiento de lo que es, siempre va sobre un camino del desocultar", y advierte que el destino "no es la fatalidad de una coacción" (op.cit., p.93). Así aparece con nitidez la perspectiva de un cierto "camino" que recorre un ser, incluso un paciente, para llegar a desocultarse a sí mismo de una manera y no de otra. Y en este caso, la voluntad médica puesta en acción hace lo suyo como "voluntad de producción de destinos de salud " (Araya, 1989, p.155). Pudiéndose agregar que al "impulso médico" le cabe en todo esto el papel de incentivar la dinámica para la búsqueda de salud. En otras palabras, el impulso mantiene viva la tenacidad o la persistencia de los esfuerzos por conseguir sucesivos estados de salud. Por lo tanto, aquella voluntad médica mencionada pareciera descansar en ese impulso su responsabilidad, de llevar a algún destino el desarrollo del acto médico. Hasta que llega el momento en que finalmente se detiene la producción en la así llamada "alta médica". Pues bien, el camino que sigue ese impulso hasta su abolición, y las diferentes opciones de alta con que se vinculan los destinos ligados a la salud, durante el desarrollo de ese camino, se pueden clasificar como diferentes "etapas o estaciones del impulso médico".

Atenido a este esquema, en primer lugar aparece una primera "etapa", en que de preferencia y desde la modernidad se ha venido deteniendo el impulso médico, se trata de la "estación curativa". Se puede decir que tradicionalmente hasta aquí han llegado los impulsos médicos, cuando se consideró haber conseguido la meta de salud exigida por la definición

de medicina en boga (“el Arte de curar”, “el Arte y la ciencia de la curación”, etc.). No hay que olvidar que la medicina previa (“Ars medicorum”, “el Arte médico”) no impulsaba al rendimiento curativo sino que más bien movilizaba tanto al médico como al paciente en pos de hacer su trabajo bien hecho, como una virtud, y por sobre todo asegurando el correcto procedimiento (Ars). En otras palabras, la actual estación curativa exige que el alta sea otorgada luego de haber llegado al momento de la curación. Para que esto suceda debe darse la condición de que se entienda la salud y la enfermedad en un sentido valorativo, como por ejemplo cuando la enfermedad representa, por analogía, una "carga" o una "atadura" y la salud pasa a ser el alivio de esta condición. Desde luego que en esta concepción no hay mucho lugar para los pacientes llamados “incurables”, cuyos destinos están fuera del alcance terapéutico, y en quienes obviamente no procede un alta por curación. De allí que tanto estos pacientes como los desahuciados (están sentenciados) quedan sistemáticamente excluidos de la posibilidad de salud curativa, siendo abandonados al curso de su enfermedad, porque la obligación moral vinculada al impulso médico se detuvo en la estación curativa.

Ahora bien, como en el camino de los destinos de salud la curación es sólo el primer paso, se puede decir que obtenerla será entonces estar al menos “mínimamente saludable”. Por lo tanto, llamaremos a la curación un tipo de "destino mínimo" en salud, dado que el desocultamiento médico de los destinos de salud puede ofrecer algo más que curación y donde el destino puede integrar elementos más delicados. Acentúa el destino mínimo la actual idea de que la curación técnica vea “aspectos” a mejorar y no a la “persona”, como sucedió hasta la década del '70, quizás si debido a que culturalmente la medicina debe cumplir preferentemente con la tarea de hacer que el individuo pueda volver a reincorporarse a la cadena productiva. Tanto es así que la responsabilidad médica sobre el destino de las personas se ha hecho recaer en una especialidad: la psiquiatría, a la que se le encomienda velar por estos aspectos que ni el neurólogo ni el médico Internista, ni menos aún los otorrinolaringólogos o los oftalmólogos parecen dispuestos a dedicarle “tiempo productivo”. Sin embargo, y en un giro singular, la misma psiquiatría ha rechazado esta opción personalista, con su reorientación biologicista y su modelo médico, justificando su

actitud en que esta tarea era realizada por ciertas “escuelas” olvidadas, como la antropológico-existencialista. Y de esta manera, el soporte compasivo de la persona que sufre ha terminado fuera de la medicina, en una interconsulta al psicólogo.

Por otro lado, esta primera estación, también parece haber cambiado en sus elementos diagnósticos como de tratamientos, porque se ha visto potenciada por la llegada de la producción tecnológica en salud, y de esa manera ella se ha confundido con el alcance de la técnica. Lo que obviamente no es exacto porque, como se analizó precedentemente, en la línea desarrollada por M. Heidegger, lo tecnológico es solo uno de los aspectos de la técnica moderna, la que queda mejor enmarcada en la perspectiva de lo constante. Esto se refleja en la discusión actual sobre los límites de la tecnología, la que para C. Mitcham por ejemplo, ha ido definiendo paulatinamente un tipo de medicina, no tanto por sus interacciones humanas (relación médico-paciente), ni por la experticia de sus conocimientos (sobre enfermedades y tratamientos), ni siquiera por su finalidad (la salud), sino que por el carácter de sus instrumentos (desde el estetoscopio hasta la resonancia magnética) y sus artefactos (desde las drogas hasta las prótesis) (Mitcham, 1995, p.2477). Mientras que para S.J. Reiser este crecimiento implica algo más que objetos tecnológicos, sino más bien procedimientos técnicos (1995, p.2472). Una discusión que fue zanjada por Heidegger cuando señala que la técnica moderna apunta al plano más esencial de la verdad, y desde allí repercute en ambos aspectos. En todo caso esta faceta trae como consecuencia el consiguiente ensanchamiento de las estaciones, incluida la curativa. Lo que se ha notado más en las siguientes, porque ellas han crecido en mayor proporción, amenazando incluso con tomar el puesto central que durante toda la modernidad ha sustentado la curación. En la medicina de lo constante, y contrario sensu, la producción de destinos de salud continúa vigente, luego del desahucio del paciente. Es decir que luego de la curación, esperan cada vez más sólidas estaciones, aunque no se trate necesariamente de pacientes desahuciados. Son un grupo de estaciones o destinos de salud que habría que llamar "metacurativos", porque se encuentran más allá (o más acá) de la curación. Como en el caso de los enfermos crónicos por ejemplo, cuando la curación se manifiesta más relativa, el problema del destino de salud se torna más dramático. Allí se observa la voluntad médica concreta

buscando la salud, pese a no contar con la curación, como cuando se enseña a convivir al paciente con su nueva condición (enfermedad) y a sacarle provecho a lo que le resta (Jaspers, 1969, p.163-167). Como en el caso del discapacitado por ejemplo. Pero también cuando se padece de un defecto subclínico (que no da síntomas), el que puede ser atacado antes de causar perjuicios como el caso de la apnea del sueño, la hipercolesterolemia, la obesidad, etc. Es decir, caben en estas estaciones, los pacientes en quienes la voluntad de destino está condicionada por una imposibilidad de curación, pero también aquellos en los cuales se pueda continuar con la búsqueda de una opción de salud, para permitirles dar sentido a cualesquier tipo de existencia que padezca de una merma, o deficiencia que asumir. Lo que requiere, por cierto, de cierta valentía, como también de un camino de desocultamiento, en el cual el paciente ha de continuar tratando de obtener "algún grado de destino", y el médico de sentirse motivado a conseguirle algún "grado de salud". Esto puede suceder solo porque la voluntad de producir salud no es solo curativa, sino que es también "meta-curativa".

Se llega así a un segundo tipo de estación, cuyo origen se remonta a los inicios de la medicina, cuando esta tenía que convivir con su ineficiencia, y cuando la naturaleza dictaba su anánke o fatalidad griega. Desde entonces, y de una manera bastante frecuente, se practicó el arte de acompañar al paciente que estaba fuera de los alcances de la medicina. Lo que ocurrió hasta la llegada de la era moderna, cuando se creyó haber dado por superada y olvidada esta estación porque la ciencia y la objetividad asegurarían la curación, y ello parecía llenar el espacio médico. Sin embargo esta estación volverá a aflorar con la modernidad tardía, aunque esta vez lo hará bajo el signo de la explotación de la salud. Había sido remozada esta vieja estación para dar paso a un dominio lo bastante amplio como para que abarcara desde la prevención hasta la rehabilitación de las enfermedades. Toda vez que en ella se producen destinos de salud ajenos a la curación, como meta médica. Esto puede ocurrir cuando un paciente que no desea curación sino "prevención" de una posible enfermedad, o lo que es lo mismo de un destino de salud en condiciones "meta-curativas". En este caso la técnica proporcionará más eficacia en la producción de salud para un número mayor de prevenciones (de las primeras etapas del cáncer por ejemplo),

incluso podrá aumentar el grupo de enfermedades subclínicas (como la diabetes), del diagnóstico o del tratamiento. Pero también aumentará la confianza en los procedimientos tecnológicos (como los exámenes de laboratorio), que ayudan a realizar todo aquello. Lo que a su vez generará un mayor flujo de enfermedades de este tipo y un tipo de alta médica luego de conseguir la anulación de una enfermedad que nunca se padeció pero que estuvo allí, amenazando. Mientras que en el otro caso, el de la rehabilitación, hay otro ejemplo de lo que puede ocurrir con esta estación de destinos meta-curativos, es decir allende la curación. Solo que aquí hay que aprender a convivir con la deficiente condición, o con las susceptibilidades que acarrea el paso de alguna cruel enfermedad. Pero también aquí hay que sacarle provecho a la salud que no quedó afectada, para edificar el mejor de los destinos posibles, como lo muestran los ejemplos de Karl Jaspers (con sus bronquiectasias), y del astrónomo Stephen Hawking (con su esclerosis lateral amiotrófica), quien continúa su carrera de investigador mientras que su cuerpo no le responde. Ambos dependieron de esta estación metacurativa. Lo que desde luego contrasta con la estación curativa, puesto que en la estación meta-curativa se lucha por otorgarle los medios y hasta un cierto sentido, a esa realidad “negativa”, para permitir así algún grado de reinserción social, o de esperanza de ello, en el proyecto personal de cada uno.

Stricto sensu esta estación no estuvo contenida en la definición de medicina como Arte y ciencia de curar. Sin embargo con ella siempre se hizo una excepción, al modo en que se tratan las anomalías paradigmáticas (en este caso de la definición), ya que por un lado se trató a la rehabilitación como un elemento éticamente extensivo de la curación, dándole una categoría de consuelo para con el sufrimiento. Posteriormente se aceptó la curación parcial como definición de mejoría, es decir el logro de objetivos terapéuticos como sinónimos de curación, porque había que defender la opción de la modernidad por la curación científica, a pesar de la tarea “no-curativa” del acto médico. Una herencia de la medicina precientífica, que conservó una situación de privilegio para el mejor destino del paciente (beneficencia). En un giro de la rehabilitación, pero también de la prevención, se incluye la oferta de destinos más saludables para los así llamados discapacitados, en el sentido de reemplazar funciones biológicas que determinan déficits corporales. Pero no de ampliar

destinos personales como meta humanista. Porque se trata de detectar sus necesidades y explotarlas convenientemente. Es decir, se genera un mercado, una opinión pública, derechos, etc. Según lo dicta lo constante, cambiando el panorama de todos aquellos que utilizan prótesis u aparatos ortopédicos, válvulas de reemplazo, marcapasos, bastones, máquinas de diálisis o de respiración asistida para las apneas del sueño, etc. Al poner a su disposición esas mercaderías, al organizarlas en stocks, al ponerlas en catálogos, al gestionar créditos o leyes, etc.

Por consiguiente, se trata de una pléyade de enfermos que antes podían morir o quedar muy inhabilitados y que hoy llevan sus vidas mas o menos adaptados en este tipo de estaciones meta-curativas. Mas no por el esfuerzo artístico de un médico que se esmera en trabajar el destino de ese paciente de manera personal e individual. El esfuerzo por dar un mejor destino no deja de ser una solución mediatizada, masificada, sin el aura benjaminiana. En fin, en toda esta tarea, el reconocimiento, la ampliación y la consolidación, de la estación "meta-curativa" permite devolverle la mano al paciente, al menos cuantitativamente y en cuanto a la amplitud de destinos de salud, por lo que este tuvo que sacrificar en pro de la perspectiva técnica y su consecuencia de estrechez o minimalismo al respecto. Y si bien la tecnología de aparatos e instrumentos ha tenido una enorme importancia en esa consolidación, tampoco es menos cierto que ha sido la mentalidad de lo constante la que le ha dado la consagración definitiva a esta estación. Un claro ejemplo de esto lo ofrece la iniciativa solidaria llamada Teletón, con su enorme gestión de rehabilitación de niños lisiados, que le deben mas a la explotación de esta necesidad según cánones de lo constante (cálculos, manejo de necesidades de masas, campañas televisivas, ganancias comerciales, etc.) que a los mismos aparatos (los que también han sido producidos en masa para la demanda mundial de estos enfermos) que, con tanto éxito, se utilizan allí. Sin embargo, existe aún otro tipo de estaciones, dado que la voluntad médica continúa produciendo destinos en "salud", incluso cuando no hay meta de curación alguna.

Entonces la asistencia todavía puede continuar, en una siguiente "estación" que llamaremos "a-curativa" (sin curación). Tal es el caso del enfermo agónico que está fuera del alcance médico, por ejemplo, cuando el afán de ofrecer algún destino "a-curativo" suele perseguir

al médico hasta el límite. Mas concretamente se trata de situaciones como el coma irreversible (pérdida definitiva de la conciencia), o el paciente vegetativo (estado terminal del cuerpo), o la muerte cerebral (pérdida del cerebro) y su papel donativo de órganos, el paciente anencefálico, etc. Como se podrá deducir el impulso médico, o la búsqueda de destinos de salud para el paciente, se mantienen hasta que la voluntad médica lo abandone (alta). Lo demuestra la decisión médica de desconexión de los aparatos de manutención vital a un moribundo en un estado de coma, aún entonces se podrá apreciar como el impulso médico continúa luchando para evaluar todas las posibilidades de producción de algún destino, aunque sea ya solo una brizna de salud. Y en esa forma la producción habría llevado hasta el estudio de las etapas de la agonía (como lo hizo Klüber Ross). De allí que se pueda afirmar que en esta estación, la condición de necesidad de la voluntad médica sea, más que curar: "salutificar", ofreciendo destinos o posibilidades de salud. Habría que agregar que en esos casos suele no darse el alta al paciente, sino que más bien el médico repite un patrón conductual por mantener algunas funciones vitales. Quizás si para otorgarle al paciente un poco más de vida para que la familia se prepare para el abandono, una forma extrema de destinos de salud, en este caso familiar. Esta etapa también puede prolongarse con el fin productivo de rescatar algún órgano para dar salud a otro, y hasta para que una embarazada dé a luz antes de morir, etc. Todas estas posibilidades y necesidades no se podrían escapar al aparataje de producción (a la Industria) de la salud, y como ya se vio en las demás estaciones, han determinado también un ensanchamiento de estas posibilidades médicas por medio de lo constante, con su tecnología, criterios economicistas o antropológicos. Logrando que lleguen hoy muchos más pacientes a esta estación, y determinando además que el uso de ella ya no sea algo excepcional, sino que un asunto planificado para: una red de especialistas, el índice de camas ocupadas en salas de tratamiento intensivo (UTI), el flujograma en las formas de derivación, la viabilidad de los seguros de salud, y hasta como una necesidad de incorporarlo al set de derechos del enfermo de hoy. De allí que esta estación traiga aparejado algunos temas de debate bioético, como el de la muerte digna, el aprovisionamiento de órganos, el derecho a la eutanasia, el negarse a un tratamiento vital, etc. Algo impensado si se parte de la definición

de Arte y ciencia de curar, en la que no cabría semejante trato, porque aquello no es ya ni lo uno ni lo otro, y además porque aquí ya no caben los cánones de la curación.

Pero, si se quiere, todavía habría otra estación más a considerar, y que la medicina técnica ha ayudado a desarrollar, donde esta vez aparentemente finalizaría el recorrido del impulso médico. En esta etapa el impulso médico pierde su adhesión a la meta del acto médico (la salud), porque el paciente ya no tiene posibilidades de destinos en salud, y menos de curación. Lo que no obsta a mantener enhiesto y pujante al impulso médico de producir salud, en términos generales, ahora el impulso queda asomado a lo misterioso de la vida y su relación con la muerte. El afán productivo de salud ha llegado ahora hasta el cadáver del que fue su paciente, por lo que tendríamos que llamarla la estación “tanatológica”. Consolidada en anatomía patológica o en las unidades forenses, permite que el impulso médico continúe produciendo salud tiempo después del fallecimiento del paciente. De allí que también se pueda definir esta última estación del impulso médico como “a-salutífera”, es decir cuando ya ni siquiera queda salud que ofrecer al interesado. Esta estación se basa en un vínculo que ocurre después de la muerte, cuando el médico puede seguir ligado afectivamente, o hasta legalmente (en el cuidado de su ficha por ejemplo), con aquel que buscó su ayuda o la ayuda de la medicina, en una relación escatológica, con el cadáver en la autopsia, o el estudio llamado autopsia psicológica, o bien sobre los bancos de órganos, o quizás si al entrenar policías para mejor revelar la muerte a un familiar, en su recuerdo del caso, etc. Incluso en todas estas instancias es posible encontrar ya una cierta organización, en el sentido de la industria de salud (criogenización, por ejemplo), y para ser explotada de acuerdo con la técnica moderna, con instrumentos a la mano y cierta planificación. Por ello es que esta estación viene a representar la última forma de producción de destinos de salud que se puede encontrar en este tipo de medicina, y por lo tanto sería la forma mas extrema a la que pueda llegar hoy por hoy la voluntad médica moderna, la que ciertamente no trepida en organizar la misma muerte, en términos de aprovecharla para dar salud (Araya, 1996, p.611).

Como se podrá inferir, y a diferencia de la medicina del siglo XX, la nueva medicina posee todo este repertorio de posibilidades voluntaristas que la caracterizan y diferencian de la

anterior. Diferencias de estructura, de finalidad, de procedimientos, de actitudes, etc. Todas ellas representan, de manera concreta y evidente, una suerte de consagración de nuevas estaciones donde producir salud. Un fenómeno que debiera entenderse como la consolidación de instancias para la organización de las necesidades de voluntad médica, en vista a ofrecerlas frente a las necesidades de destinos de salud, de parte de los pacientes. Y frente a la ampliación de las mismas, como de la nueva capacidad generadora de salud, ello debería considerársele como un logro de la actual medicina, en el sentido de aumentar el derecho a la salud para todos (para la población del siglo XXI en general). Un derecho que, por lo demás, también se organiza según lo determina lo constante, en los seguros de salud, con reglas de mercado, en la cuantificación de todo, e incluso en aquello que el modelo anterior (curativo) rehuía tocar cuando respetaba el misterio y hasta el tabú social. Y frente a esta caracterización de la medicina moderna cabe considerar cual va a ser el rol que ha de jugar la definición de medicina, si va a ayudar, va a frenar o no va a interferir en este desarrollo. Ya que por el momento pareciera tener un papel muy pasivo y hasta paradójico.

PARTE III.
CONCLUSIONES

CAPÍTULO 1. LA PARADÓJICA DEFINICIÓN QUE DEJÓ DE DEFINIR

Al terminar la sección anterior, en la que se estuvo revisando la actual forma de practicar la medicina, se pudo entrever que esta disciplina estaba en un período de transición entre dos definiciones. Esta hipótesis, que podría ser considerada también como una primera conclusión, alude a la evolución de la medicina moderna, y a los estados de tránsito que se han ido conociendo a lo largo de su historia (ver primera parte). Además, y vinculado a lo anterior, se puede plantear una segunda conclusión. Esta vez referida a la constatación de un cambio en la meta de las preferencias sanitarias exigidas, hoy por hoy, a la medicina. Si la finalidad ha sido el “Arte y ciencia de curar”, la nueva opción es la de “producir salud”, siempre y cuando que se reorganice la primera formulación, según una jerarquía utilitaria que efectivamente la coloque al servicio de la producción. Esta evolución, difícil de comprender, vendría a constituirse en una tercera hipótesis, según la cual el proceso de reformulación de la definición se realiza en la penumbra de la “indefinición” de la anomalía, generando cierta confusión sobre la tarea médica. En otras palabras, estas tres hipótesis explicarían el modo en que la medicina moderna se estaría practicando, es decir: bajo la llamativa condición del uso paradójico de su definición, generando una importante dificultad para reconocer la nueva y contradictoria modalidad de producir salud. De allí que la definición moderna de medicina se muestra contradictoria, mientras posee la apariencia de una verdad (Arte y ciencia de curar), la lógica de la técnica moderna la revela como absurda e inverosímil.

Por otro lado, de las tres hipótesis citadas, sería la última circunstancia la que más interesa a este trabajo, aunque la cotidianidad la presente como un factor poco relevante para el hombre moderno, el que paulatinamente se ha ido acostumbrando al uso habitual de paradojas, quizás si como una alternativa al actual déficit comprensivo-metafísico. En el

sentido que planteara J. Boudrillard, al señalar que ellas gobiernan o dominan el pensamiento del hombre moderno (1987, p.116). De hecho, y en este punto, la definición de medicina moderna aparece como un buen ejemplo de la paradójica actualidad, ya que su confusa situación gnoseológica se contradice con un paradójico crecimiento en la eficiencia terapéutica. Como es ya conocido, y junto con dejar de responder a su definición curativa, esta disciplina ha incrementado su eficacia productiva, otorgándole a aquella paradoja un cierto rol en el incremento de la producción de salud. Para ello ha tenido que realizar un enorme despliegue de esfuerzos que sorprendentemente han pasado desapercibidos, posiblemente por la acción adormecedora de la paradoja mencionada. Para aquilatar la fuerza de la paradoja citada, bastaría con meditar en aquello que estaría ocultando, es decir sobre la conmoción en los fundamentos (en la meta y en la esencia) de la medicina moderna. Los que han tenido que someterse a un canon de instrumentos productivos, en un abierto desafío y oposición a la razón positiva.

Al respecto se ha venido afirmando que la importante magnitud de los cambios, velados por la paradoja (ver parte II), no es menor, y que ellos solo serían comparables con los que trajeron la aparición o el nacimiento de la clínica, para el siglo XVIII. Incluso que no se poseerían antecedentes históricos de algo similar (como el rol de las terceras partes), lo que denotaría que esta situación no tiene parangón anterior. Y esto, a pesar del descreimiento actual, en cuyo horizonte apenas si se reconoce, en aras del nuevo mercado médico: una flemática eficacia tecnológica, y una línea mercantil-productivista de explotación salubrista. Y si no, ¿cómo explicar una reordenación tan formidable de la estructura interna de la medicina, hacia la productividad en salud, como la reflejada por la segunda parte de este trabajo?. En tal sentido se han venido mencionando también algunos fenómenos, que parecen acumularse, como por ejemplo la mutación substantiva de todos y cada uno de los componentes principales del acto médico (la salud, la enfermedad, el médico y hasta el paciente). O bien, aquellos frustrados anhelos de la OMS para modificar la definición de salud, propuestos el año 1978, bajo la fórmula de: “una vida social y económicamente productiva”. Pero también, la aceptación médica de una nueva causalidad científica (determinismo), la intromisión de extraños en el acto médico (recordemos la relación

médico-paciente-terceras partes), e incluso la actitud de acentuación salubrista-voluntariosa (especialmente frente a la naturaleza), etc. Todos estos elementos parecen contribuir con la presión o la fuerza, para dar un cierto desenlace que ya se presiente cercano, de un viraje que está por venir, porque cada uno de estos cambios deja en evidencia hitos (como el cambio en la causalidad). Por lo tanto, solo cabría esperar que en algún momento se desencadene un cambio de definición, proporcional a la fuerza reunida. Sin embargo, y frente a esta actividad “sísmica”, representada por innumerables fenómenos que remecan el status quo anterior, el adormecimiento paradójico, del que se ha hecho mención, solo permite entrever fenómenos aislados, que contribuyen a ocultar la posibilidad de una próxima explosión en la definición de medicina. De acuerdo con esta analogía la paradoja vendría a ocupar algo así como el lugar del “tapón” de un volcán, el que contribuye a preparar la “erupción”, en este caso de la definición actual.

En otras palabras, y contradictoriamente a lo esperado, tras lo que aparenta ser una confusa situación racional, nos encontramos con un cierto ordenamiento paradójico, en el cual sobresale la eficiencia de la medicina moderna, la que “produce” más salud que nunca antes en su historia. Y como si lo anterior fuese poco, esta misma y paradójica circunstancia, en vez de ser algo transitorio como se esperaría, amenaza con permanecer en el tiempo. De allí que, esta tercera conclusión, que apunta al rol de la paradoja, obligue a replantearse muchas cosas, incluyendo el sentido de la eficacia productiva y hasta de la transitoriedad del momento médico actual. Ahora bien, frente al escollo de una paradójica forma de practicar la medicina, no cabe sino que asumir la posibilidad de darle algún sentido, recurriendo a la genealogía. Porque este método de análisis, que ordena e ilumina el problema desde su origen histórico, podría levantarse como una alternativa comprensiva a la paradoja señalada, a partir de los rudimentarios antecedentes históricos recopilados previamente (en la primera y segunda parte de este trabajo). Y de esta manera se podría contar con una fórmula para intentar resolver este impasse, incluyendo el paradójico contrasentido mencionado, recurriendo a aquella cadena de elementos genealógicos que habrían dado origen a las definiciones de medicina. En otras palabras, el método genealógico podría ser el indicado, y no solo para desafiar estas primeras conclusiones, basadas en supuestos

paradójicos, sino que también permitiría ir más lejos aún, explicando la situación de la medicina moderna.

De hecho, este trabajo ha desarrollado algunos elementos de análisis que podrían ayudar a despejar la nebulosa paradójica, ofreciendo toda la fuerza de su ordenamiento racional, a partir de esta perspectiva genealógica. Estos factores de análisis, como el de la fuerza genealógico-explicativa de la eficacia médica por ejemplo, permiten enfrentar los contrasentidos y reordenarlos. Tal es el caso de la eficiencia médica, analizada en capítulos anteriores, y que reveló su importancia en la evolución de las sucesivas definiciones de medicina, y de sus cuatro cambios. Allí se la descubrió como un factor de continuidad que cruzaba la medicina occidental, desde la *Tekhné iatriké* hasta el cuestionado y actual Arte y ciencia de curar. De su aporte parecía revelarse una secreta coherencia, una razón de ordenamiento en el desarrollo de la medicina occidental, un sentido unívoco en la anterior historia de cambios de las definiciones de medicina. Por tanto, y a partir de este factor, que subraya la genealogía, pareciera posible entender o interpretar el curso que hoy nos lleva hasta la paradoja, ligándola a la voluntad de perfeccionar la curación. A cuyo servicio ha trabajado la razón occidental, desde que la medicina griega quiso superar la especulación filosófica ordenándose de acuerdo a razones proto-fisiológicas (con el principio de la “cocción biológica de los alimentos”). Pero también (ver primera parte) él se encuentra tras la medicina helenista, que buscó la eficacia en la perfección virtuosa del médico, y tras las nuevas posibilidades renacentistas que ofrecía la *scienza nuova* (al inicio y al final del *Ars medicorum*, respectivamente). La misma eficacia que hoy se observa superficialmente como eficacia técnica, más centrada en la cantidad que en la calidad, y que por lo tanto podría llamársele efectista más que efectiva, porque más que producir provoca (como lo llamó Heidegger).

Por otro lado tenemos el papel del arte médico, otro de los factores mencionados, de coherencia genealógica, que pueden desenmascarar y, por ende, alterar el curso impertérito del efecto paradójico. En otras palabras, las líneas de explicación racional, que surgen del papel que el arte ha tenido en la evolución de las definiciones, otorga un elemento de comprensión que puede mitigar la confusión o el suspenso generado. Se recordará, de la

misma historia de las diferentes definiciones la medicina, que ellas han tenido en el arte su irrenunciable patrón productivo de salud. Es decir, del arte médico entendido como medio artificial, aportado por el hombre, para la producción de salud, tanto como para oponerse a una enfermedad, la que, a su vez, proviene de la naturaleza. Esto se aprecia mejor en algunos ejemplos históricos, como en aquella “temeraria” decisión de re-definir a la medicina como un arte-curativo, en vez de un arte-virtuoso, tal como se suponía debían ser todos los tipos de arte hasta la época clásica. O bien como en la actualidad, cuando se repite la oportunidad de re-actualizar el arte, la producción de salud, pero esta vez en un sentido más restringido, como técnica moderna, y que Heidegger asocia a lo “provocativo” (Heidegger, 1983, p.107). Pero mientras tanto, la postura paradójica acentúa la contradicción entre el arte estético, su interpretación positivista, y el rol de este en la definición vigente, ligado al nuevo marco cultural de la medicina.

Este intento de ahuyentar la paradoja con la genealogía, no hace sino poner de manifiesto el complejo e interesante papel que juega la primera, lo que no debiera ser desatendido, respetando el lugar de privilegio que la actual cultura le ha otorgado. Desde luego que esta estratégica situación no va a cambiar aunque se le de una porfiada lucha, enfrentándola con un discurso de orden racional como el ofrecido por la genealogía. En tal sentido parece atendible que, en aras de su rol defensivo, la paradoja genere incluso sobre este análisis teórico; que lo neutralice, y hasta ahuyente valiosas consecuencias especulativas (como las aportadas por la historia de las definiciones). No hay que olvidar que la teoría ha sido puesta en duda culturalmente, y que en algunos casos se ha llegado a anular a la razón, tan solo con ofrecer simultáneamente varias alternativas teóricas plausibles, debido quizás si a una desbocada búsqueda de justificaciones para mejor producir. Y que de estas dudas se alimenta el extendido prejuicio anti-teórico, que cree que es posible sustraer la actual situación de la medicina de las explicaciones históricas, por ejemplo. De manera tal que habría que tomar con la mayor acuciosidad todo este trajín paradójico, que en la superficie del problema parece contribuir a generar una incorrecta y poco objetiva impresión sobre los fundamentos y la importancia de la situación, sobre la energía que se estaría juntando para desencadenar el momento del cambio. Con todo, la paradoja ha venido a instalarse, en el

discurso productivo actual, y tan solo a partir de este hecho ella solicita un trato de mayor seriedad de parte de su viejo contrincante como es la razón. Lo anterior hace difícil pronunciarse, por el momento, sobre la capacidad paradójica de dejar en entredicho tanta “bienhechora coherencia”, dejando abierto el desafío.

Como era de esperarse, esta confusa situación generada por la paradoja, termina por desarrollar ciertas desconfianzas, respecto de un cambio que evoluciona de esta manera, y especialmente si ello sucede desbordando un milenario, y ahora precario, desarrollo de conceptos éticos, sociales, y comprensivos del discurso médico. A partir de ello se da una extraña relación entre una exagerada dilación respecto de una nueva definición de medicina, la que necesita comenzar por aclarar los alcances de esta comentada paradoja. Especialmente si se cuentan con algunas fórmulas teóricas para contrarrestar la aparentemente insalvable dificultad paradójica, y no dejar en entredicho a la medicina, sus métodos de investigación, y hasta a las mismas conclusiones de este trabajo. De hecho, la tarea no es fácil, como lo da cuenta la necesidad de aclarar el papel de una paradoja que fomenta la producción de salud, la que incluso está dispuesta a postergar una solución sobre la definición de medicina. Incluso, si es que este papel es, o no lo es, de tal importancia productiva que amerite sacrificar parte de la razón, tal como la técnica pretendería. Pero también si las posibilidades de avanzar en este análisis podrían ser cubiertas, o no, por un método como el genealógico, al que se le exigiría no predisponerse sobre lo paradójico, sino que iluminar lo que parezca ser lo más conveniente para la medicina moderna.

En tal sentido, este trabajo tendría que modificar su estilo, el que hasta aquí ha sido mas bien descriptivo, siguiendo un propósito histórico-genealógico que permitió planear la discusión del fundamento del cambio, de la persistencia, y hasta de la paradójica situación de cambios de la actual definición de medicina. Puesto que ahora se hace necesaria una reflexión más arriesgada en lo teórico, y que se atreva a plantear una mirada de conjunto. Una interpretación más atrevida, que revele y dé continuidad a aquellos lineamientos de la tradición médica que pudieran dar sentido al aparente sin sentido actual. Aunque todo ello esté basado en la confianza de haber analizado convenientemente los fundamentos de cada una de las cuatro diferentes épocas en que se sostuvieron dichos cambios (o cinco, si se

considera la época de la técnica moderna). Así como de sus correspondientes definiciones (incluyendo la actual), tanto para plantear estas hipótesis, como para comparar la génesis de esas definiciones. Sin pretender entrar en el hipnótico juego de la paradoja, la que a primera vista parece conducirnos, por todas sus alternativas, hacia la superficie de las cosas. Tal vez si en este último desafío estriba la mayor dificultad, para con la actual forma de comprender el tema de la definición de la medicina moderna, es decir en la vía por medio de la cual se pueda burlar “un aparente abrazo de medusa”, en lo que podríamos llamar provisoriamente como “la paradoja del congelamiento en la definición de medicina”. Quizás si este último aspecto sea lo que resume el conflicto “genealogía vs. paradoja”, es decir una situación caracterizada por un paralizado abordaje teórico, que semeja una aparente hibernación definitoria. La que a pesar de estar sobrepasada por hechos y necesidades de más cambios, ella parece ajena a las tensiones y contradicciones que se evidencian.

En todo caso, es posible que así, concentrándose en este conflicto, se descubra la naturaleza del obstáculo y la forma de superar de una vez la situación de penumbras teóricas que han caído sobre la medicina moderna. Al menos a ello apuntan las conclusiones de este trabajo, y por eso no se pliega a la difundida actitud derrotista actual frente a la paradoja mencionada (como la que ofrecen algunas soluciones de tipo pragmáticas). Como tampoco se adhiere a una posición nihilista (que desiste del sentido y la comprensión); ni a una vertiente que le atribuya el privilegio de la incomprensión a los fenómenos voluntarios (basada en las dificultades para comprender esos fenómenos). En otras palabras, ante los ojos de este trabajo no cabe la prescindencia de una explicación, ni siquiera si se aduce que la evolución en la definición de medicina actual se presenta en un plano ajeno a la razón, por pertenecer a un ámbito de la oscuridad productivista, en el que se mueve actualmente esta disciplina. No hay que olvidar que al otorgarle un status de paradoja a dicha situación, se la enviste de la idea de inaccesibilidad racional que a esta última le es propia. Al contrario, lo que sí cabe es plantearse como objetivo el ir más lejos que la descripción de breves elementos de historia de la medicina, que muestran las vicisitudes sufridas por sus definiciones, para demostrar que es poco convincente que este flujo de cambios se detenga debido a una acentuación del ámbito voluntario. O al menos del voluntarismo analizado en

la segunda parte de este trabajo. Lo que supone tan solo algunas dificultades teóricas particulares, un cierto atraso o un desafío para encontrar caminos alternativos de investigación. Pero que en modo alguno implica pesimismo, porque no solo es posible enfrentar a esta paradoja, sino que también es posible derrotarla, al profundizar el estudio sobre la definición de medicina desde su genealogía.

Tal como ya se ha dicho, una manera de desenredar el tema de la paradoja es levantando alternativas teóricas vinculadas con aspectos muy concretos, para analizar el tema desde observaciones ampliamente conocidas. Como la obvia constatación de tres diferentes tipos de medicina, que se manifiestan durante el siglo XX, y que se podrían asociar con las tres últimas generaciones de médicos. En esta situación, el conflicto paradoja-genealogía queda expuesto al examen, para mostrar en la evolución de las mentalidades, un privilegio de la razón práctica y por ende del primer componente del conflicto. Ya que en el transcurso de este denso espacio de tiempo y de sus tres generaciones médicas (a saber: la de nuestros abuelos, la de nuestros padres y la actual), se vive una breve época (entre la medicina de nuestros padres y la nuestra), con tres diferentes tipos de práctica médica, pero con solo dos tipos de definiciones de medicina.

Con lo que se quiere decir que, la primera generación definió su quehacer como el “Arte de curar”, la segunda como “el Arte y la ciencia de curar”, y actual duda si definirse como la segunda o si hacerlo como “producción de salud”(revelando que no se ha querido, o que no se ha podido, generar el cambio de definición esperado). En este ejemplo, se comparan los dos tipos de cambio habidos en la medicina, observándose diferentes consecuencias. El viraje de nuestros abuelos a nuestros padres es un aspecto que pareciera revelar menores complicaciones y/o envergadura que el giro de nuestros padres a la actual generación médica. Ya que la ciencia venía postulándose para la definición de medicina desde antaño, y recién entonces accede a ello, no sin cierta facilidad. Mientras que en el segundo cambio, se acumulan antecedentes más sorprendentes, porque ofrece una alternativa no explicitada (paradoja), y además aleja a la medicina de la tradición en su quehacer (como lo avala lo estudiado en la segunda parte de este trabajo). Por lo tanto, bien podría pensarse que a

consecuencia del grado de complejidad, como de la profundidad y la importancia que trae consigo el último cambio, se habría generado una actitud paradójica frente a la definición.

Sin embargo, esta interpretación sobre la razón paradójica, no explica suficientemente el sentido que la paradoja presenta como impenetrable, ya que el problema no parece radicar solo en el problema de uso inapropiado de una definición que corresponde a la década del 50. Y por lo tanto, ante la aparente irracionalidad paradójica, es necesario dar otro paso más, en dirección a elementos de mayor peso genealógico, que según la línea de trabajo que se ha desarrollado se van a encontrar al preguntarse por aquellas condiciones que estarían ligadas a la génesis del fenómeno que se analiza. Por ejemplo, sería de utilidad comparar la actual situación con otros momentos en la historia de los cambios en la medicina, conociendo como operan o como se comporta la medicina en esos casos. Es decir, cuáles podrían ser los tipos de preferencias por las que se inclina, cómo se da la secuencia de estos eventos, o de los tiempos que se observan para la reacción ante circunstancias similares, sobre el papel de lo esencial, etc. Ya que del estudio de este tipo de antecedentes dependería encontrar algún camino para vulnerar las defensas tras las que se perpetúa la paradoja de la definición. Y por lo tanto, una respuesta adecuada es, en tal sentido, de un gran valor estratégico.

En todo caso, no existe otra metodología para desactivar paradojas, ni métodos teóricos preestablecidos, sino que el atreverse a estudiar los antecedentes con detenimiento. Huelga decir que, en el caso de este trabajo, se han preferido tres alternativas genealógicas: la teoría de paradigmas de Khun, el análisis historicista más clásico y la perspectiva del nihilismo de Nietzsche. Porque entre las tres podrían ayudar a concluir de mejor manera, ordenando de forma complementaria y progresiva, una respuesta para el problema de la paradójica situación de cambios que sufre la medicina moderna. Con todo se trata de tres perspectivas que aportan sus recursos sin agotar un tema, que incluye muchas otras facetas, como las sociológicas o antropológicas, por ejemplo. Y que, por otro lado, dejan abierta la posibilidad de ofrecer interesantes elementos de interpretación con limitaciones, debilidades y fortalezas, que es necesario conocer.

El primero de los métodos citados por ejemplo, apunta hacia un tipo de conclusiones más provisionarias, defendidas como principios grupales, en un área especializada del conocimiento (en este caso médico). Esta perspectiva permite abordar aspectos de regularidad en el cambio de las definiciones de medicina, es decir de ciertas reglas elementales que ese autor dedujo de los cambios que revolucionan la ciencia. Por ello es que sus conclusiones son más macizas pero al mismo tiempo son menos abarcadoras o comprensivas. Mientras que, el segundo método citado orienta hacia un tipo comprensivo de conclusiones, inspiradas en un enfoque más bien clásico y donde intervienen diferentes factores, lo que permite interpretar los cambios de paradigmas de manera más libre y con mayor amplitud. Esta forma de sistematizar permitiría ver la evolución de la definición de la medicina en la perspectiva del cambio de ideas, asociado al cambio de épocas históricas. Esta alternativa ofrece la posibilidad de conclusiones en un marco general más amplio, con una interpretación más especulativa sobre el problema de la paradoja moderna de la definición de medicina.

En tal sentido, este trabajo ha preferido comenzar con un esquema gnoseológico como el propuesto por Foucault, sobre la “voluntad de verdad” (1981, p.17), por ejemplo. El que se ha adecuado al tema con un cierto ensayo, que incursiona en el análisis de la “voluntad técnica”, en la perspectiva de la filosofía de la técnica (Mitcham, 1995, p.2477), asociando la solvente perspectiva heideggeriana (que ofrece grandes posibilidades explicativas de la técnica moderna como forma de verdad). Y de esta manera, resulta posible llegar a plantear una reflexión de los patrones históricos para los cambios de definiciones de medicina. Como por ejemplo, el patrón de comportamiento de la medicina que la vincula preferente al arte (médico), y la evolución de este hacia la madurez de la modernidad, cuando la definición acoge a la ciencia, y a la técnica. De acuerdo con esta segunda perspectiva cada nueva definición determinaría un momento teórico en la evolución de la medicina, siendo además el rostro que la voluntad de verdad va reflejando, ya se trate de épocas propicias a verdades artísticas, científicas o técnicas. Entre sus principales consecuencias, permitiría abordar el estudio desde tres tipos de filosofías aplicadas, esto es desde la filosofía del arte (médico), filosofía de la ciencia (médica) y filosofía de la técnica (médica). Dado que no

corresponden exactamente con las mismas filosofías aplicadas en sentido general, como lo muestra la estética. Este modo de plantear el estudio de la voluntad de verdad, podría criticarse en el sentido de que, por un lado, parece estar mas cerca de la historia que de la filosofía, por la descripción y análisis de evidencias. Como también podría criticarse, por otro lado, el poco riesgo teórico que asume, al menos respecto de la primera parte de este estudio (los cambios de definiciones).

Sin embargo, la paradójal situación de la definición de medicina puede concluirse también desde una tercera alternativa, recogida de un papel mas protagónico para la evolución de la metafísica, como presunta “responsable” del cambio de mentalidad. Aquí se trata de comprender como influyen los re-ordenamientos del Conocimiento en los cambios culturales, incluidos los médicos. O de una manera mas concreta, se pretende concluir, inspirándose en el estudio de Heidegger sobre Nietzsche, como la desaparición de la metafísica y su voluntad de verdad estarían influyendo en la paradójal situación cultural de una definición de medicina que se resiste a evolucionar. Se trata de una postura que presenta muchas limitaciones pero que al mismo tiempo podría aportar explicaciones, sobre aquello que está detrás de los modos de pensamiento y sus cambios, incluyendo al pensamiento médico moderno. Hay que reconocer que es más ambiciosa en lo hipotético, que deja menos espacio para las evidencias históricas, y que además requiere adentrarse en el fundamento de la representación, en especulativas mentalidades, y hasta en la raíz genealógica de la metafísica occidental. Temas que necesariamente tendrán que ser tratados sucintamente.

CAPÍTULO 2. LA PASIVIDAD DEL PARADIGMA DE ARTE Y CIENCIA DE CURAR

El primero de los enfoques genealógicos mencionados, y que ya fue citado, es la teoría de paradigmas de T. S. Khun. Aunque esta vez ello va a permitir que se postule alguna explicación para esta paradójica situación de la definición de la medicina moderna, lo que además va servir para comprender mejor el estado de esa definición. En tal sentido, la teoría de paradigmas todavía tiene mucho que aportar en el plano explicativo, a diferencia de la paradoja, además de que este método puede continuar aportando una valiosa información sobre las características de este período de cambios. Y de este modo, proyectar los postulados de esa teoría (por ejemplo sobre la anomalía en la definición de medicina), respecto de lo expuesto en la segunda parte de este trabajo (las características de la nueva medicina). Así aparece ya un primer elemento de análisis: la posibilidad de explicar, por medio de la anomalía paradigmática, que una definición que no define bien puede continuar vigente. En otras palabras, se podría ahuyentar una parte de la paradoja con una teoría de paradigmas, que explique como un productivismo, exigido como imperativo moral, puede crecer al alero de una definición (Arte y ciencia de curar) que carece de ese acento. Entonces y para dar más crédito a esta hipótesis del cambio paradigmático, habría que seguir su desarrollo, y aceptar algunos de sus postulados. Como por ejemplo, que la actual definición efectivamente pudiera poseer una anomalía, y por lo tanto que pudiera estarse desarrollando una definición alternativa (como una posible definición productivista), con el fin de sustituir a la primera (Arte y ciencia de curar). O bien, podría ser que los intentos por cambiar esta definición (como detentadora del actual paradigma), no fueran tan expeditos, dada la defensa que se espera de parte del cuerpo médico, porque todo intento de cambio en ese sentido es tomado grupalmente como una subversión. Al menos a eso apunta T. S. Khun, quien señala que en la defensa de los paradigmas se puede llegar hasta la supresión de las innovaciones fundamentales, debido a que ellas mismas resultan subversivas para sus

compromisos básicos (Khun, 1975, p. 26). Y siendo así, habría que aceptar también que la comprensión de este proceso de modificación del paradigma no es un asunto que se pueda resolver con facilidad. Es más, para comprender su papel alternativo a la paradoja, se necesitará considerar diferentes circunstancias implicadas (especialmente si se considera la envergadura de la anomalía en estudio). En suma, con la perspectiva del paradigma es posible revelar diferentes facetas que permanecían ocultas, debido a la acción de la paradoja, saliendo a la luz elementos de reemplazo, resistencias, y dilaciones, que permiten contrastarlos.

Desde otro punto de vista, paradigma y paradoja parecen coincidir en la situación pero no así en los resultados. Ya que cuando se acepta que se ha entrado en el terreno de la anomalía de la definición de medicina en boga, también se está aludiendo al hecho paradójico de que se ha dejado de definir lo que hacen los médicos, porque la definición de ese paradigma ya no funciona como corresponde. Pero al contrario de la perspectiva paradójica, la anomalía permite que se puedan estudiar algunos interesantes aspectos ligados a este cambio, como el de malestar o de crisis disciplinaria. Ya que mientras la paradoja le resta valor y oculta las crisis, la anomalía paradigmática rescata la crisis como fuente de inspiración o de información fructífera para el análisis del cambio. Porque sin esta crisis los paradigmas no cambiarían y no se aceptarían las reformas (op.cit., p.127). Es decir, frente al conjunto de dificultades y vacíos que periódicamente remecan las definiciones y que las obliga a modificarse, no parece aconsejable recurrir a la paradoja mientras que la anomalía sea capaz de ofrecer un tipo de solución ligada a un supuesto de esa crisis. Tal como pudiera estarse dando en la actualidad, a juzgar por los importantes conflictos que enfrenta la actual definición (ver la segunda parte de este trabajo). Sin embargo, no se debe creer que el término “crisis” sea un patrimonio de este método, muy por el contrario, él suele aparecer en muchos tipos de discursos, como el salubrista por ejemplo. Y especialmente, después de los años '70, se ha venido utilizando esta idea para denotar problemas significativos en medicina respecto de diferentes materias, como: la crisis en la cobertura y accesos a la curación, la crisis en los costos sanitarios, la crisis en la atención deshumanizada, etc. Y por supuesto que en la teoría de paradigmas también se le asigna un

significado. Para Khun, una de las formas de saber que existe una crisis en un paradigma es la existencia de una multiplicidad de definiciones (op.cit., p.124). Una coincidencia que no puede pasar por alto quien revise los diccionarios médicos por ejemplo, donde encontrará diferentes acepciones para la palabra “medicina”. O cuando se compara las alternativas del diccionario médico Masson (2000), que define la medicina como el arte, la ciencia y el tratamiento de la enfermedad; con las del diccionario Mosby de medicina y ciencias de la salud, que hace lo suyo con el arte y la ciencia del diagnóstico y el tratamiento, de la prevención y conservación del estado correcto de la salud. Estos dos ejemplos dejan la triste impresión de una gastada definición, a la que se le agregan parches y remiendos, lo que de ninguna manera se aviene con la situación proactiva, dinámica y pujante de la medicina moderna.

En tal sentido, uno de los beneficios que pueden otorgar este tipo de métodos que apelan a las comparaciones históricas, como la teoría de paradigmas, es justamente que permiten identificar mejor los factores que intervienen en estas crisis. Una virtud, que ciertamente no posee la explicación paradójica, y que otorga la posibilidad de realizar una jerarquía de elementos, e incluso una cierta evaluación de los factores más destabilizadores. Este último punto podría quedar mejor ilustrado con algunas comparaciones históricas (adelantadas en la primera parte), en las que se puede observar como los cambios en el paradigma de la definición generalmente se asocian a grandes cambios socioculturales. Como el ocurrido a fines de la Grecia clásica y principios de la era helénica; que dio origen a un tipo de medicina de corte religioso. O cuando termina el renacimiento, para pasar a la época clásica; y su medicina naturalista. O bien, después de la revolución francesa; y la búsqueda de la curación eficaz. Etcétera. Quedando la impresión, que estos terremotos culturales influyeron, no-solo de una manera determinante en el curso de las visiones médicas, sino que también aportan impredecibles jerarquías, y las necesidades culturales al menos en cuanto a las variables que actúan. Y en el mismo sentido también tienen influencia algunos pensadores más que otros, como Aristóteles durante el *Ars medicorum*, y en menor proporción Kant, durante la modernidad.

De hecho, y si se pudieran comparar la participación de fuerzas sociales que promueven este tipo de cambios, habría que reconocer con Foucault la relevante participación de la dimensión político-revolucionaria, en la instauración del Arte de curar. O en la medicina técnica de hoy, habría que reconocer con Benjamin otro tipo de fuerzas, como las económico-productivistas (y de carácter transnacional), en un marco de intereses globalizados del nuevo orden social. Y en tal sentido, ambos tipos de fuerzas, muy diferentes entre sí, actúan circunstancialmente para desencadenar vastos cambios, imposibles de repetir, sino en su momento. Por ejemplo, hoy en día pareciera imposible que se repita el cierre generalizado de universidades y escuelas de medicina que fue decretado por la revolución francesa “para reorientar su currículo”, ejerciendo una influencia indirecta sobre el paradigma que se enseñaba a los futuros médicos, en bien del derecho político del ciudadano. Pero, como contrapartida, hoy si pareciera posible realizar una readecuación universitaria a gran escala, en el sentido de ayudar o fortalecer intereses de las transnacionales, para acentuar el lucro con la salud. Comparaciones como estas revisten un cierto valor teórico, ya que revelan un giro en las fuerzas participantes en cada anomalía, como en este caso en que las naciones han perdido el rol protagónico que tuvieron en el pasado, las que hoy parecieran no estar invitadas a la reformulación de la nueva medicina. A diferencia de la medicina de ayer, en la que si intervinieron las demandas políticas de los ciudadanos, porque la lucha contra la enfermedad se dio en términos de nación. Lo que indirectamente reflejaría los pormenores de la auténtica lucha de intereses que está detrás de los cambios socioculturales, incluidas las crisis de los paradigmas de la definición de medicina.

De acuerdo con lo anterior, y tal como se verá, a través de la anomalía se ofrecen diferentes opciones comprensivas y hasta mecanismos evolutivos, vinculados a la revolución disciplinaria correspondiente. Y con ello, esta teoría estaría otorgando un mecanismo útil para abordar los problemas que llevaron al anterior paradigma a la crisis, cuya aplicación al cambio médico crea varias expectativas. Como la comprensión de la actual crisis; el descubrimiento del siguiente paradigma y de sus exigencias, como la mayor precisión cuantitativa y la predicción de fenómenos insospechados; la posibilidad de una definición

más estética y sencilla a la vez, que elija y guíe el futuro de los descubrimientos médicos; etc. Como se recordará, existe una pléyade de temáticas médicas, vinculadas a la producción de salud, que están esperando justamente esta oportunidad que les niega la paradoja, para influir en aquello que más preocupa a la medicina actual. Además, se trata de las mismas temáticas que mantienen inquieto el ámbito médico, generando señales confusas, e imprecisiones en sus contenidos y hasta una falta de respuestas adecuadas ante problemas determinados. Por lo tanto, y ante la posibilidad de hacer coherencia, a través del cambio paradigmático, de ordenarlas mejor que el orden paradójico, es lógico que se cree una expectativa favorable. Recordemos que muchas de estas temáticas, que no caben en la definición actual de la normalidad médica, han tratado de cobijarse en ciertos aleros teóricos como el de la bioética, creándole dificultades adicionales. Como por ejemplo, la multitud de quejas por el abandono del paciente como persona, o por la intolerable intromisión del economicismo o de la tecnología, o las deficiencias en la formación humanista del médico, la forma de repartir los siempre escasos recursos en salud, etc. En otras palabras, la teoría de paradigmas saca a colación el meollo de una crisis (soterrada) con la que la modernidad pareciera querer superarse a sí misma, dejando atrás la paradójica fórmula de Arte/ciencia que se venía practicando. Es una demanda que la modernidad propone para poner al día su método científico y su sagacidad artística, pero respecto de una curación técnica de los enfermos. Por su puesto que todo ello genera que durante estas épocas de crisis paradigmática exista una gran inseguridad profesional, ante el fracaso persistente para responder a los nuevos enigmas (Khun, 1975, p. 114). Lo que a su vez provoca así una situación que ha de urgir a los mismos interesados, para que sean ellos los que reaccionen y enfrenten dicha anomalía, ya que solo así se podrá acceder a la siguiente etapa de tranquilidad o “normalidad paradigmática”.

Todo aquello se puede entender mejor desde el punto de vista de la dinámica genealógico-paradigmática, lo que no sucede con la paradoja. Porque el sentido común acepta el hecho de que pudieran existir ciertas raíces históricas que condicionan la actual crisis de la definición de medicina, pero obviamente no tolera paradojas explicadas. En ese sentido, la interpretación paradigmática permite profundizar sobre determinados aspectos o elementos

de análisis, que determinan la evolución de la medicina, como el papel de la Ciencia y sus raíces históricas. De hecho se puede aceptar que el desarrollo de la ciencia haya influido o haya tenido repercusiones en la forma de practicar la curación, tanto en los momentos de hipertrofia como en los de desvalorización. Una influencia vinculada a la confianza cultural que la modernidad había depositado en los aspectos científicos, y no en los artísticos, de la lucha contra la enfermedad. Lo que no escapa al punto de vista paradigmático, tan sensible al fenómeno positivista. Esta forma de comprensión genealógica permite entrever hasta que punto se fue creando, con el correr del tiempo, una situación forzada e inestable entre los componentes de la medicina moderna. Lo que terminó por transformar su definición en una dicotómica fórmula teórica que no se respetaba en la práctica. Porque si bien la medicina se ha venido definiendo como Arte y ciencia de curar, se ha practicado como: “Ciencia- y arte- de curar”. Es decir con una hipertrofia de la ciencia que obligó a separarla del arte, imponiendo una unión dualista de conceptos, mas bien utilitarista que esencial, y en el límite del monismo positivista. Pues bien, esa misma predisposición cultural a elevar a la ciencia de una manera utilitaria, hasta un lugar de privilegio, en tanto en cuanto asegurase la eficacia, es la que hoy le vuelve la espalda debido a la crisis del determinismo que denuncia Bunge (segunda parte). En un reciente giro histórico, que la teoría de paradigmas puede examinar a placer, se coloca a la técnica moderna como el nuevo crisol de la modernidad, creando la crisis de marras. En otras palabras, la paradoja puede ser contrarrestada, por la solución paradigmática, debido a que en esta ultima ofrece diferentes tipos de elementos susceptibles de investigación. En este caso, explican cómo es que la eficacia de la medicina ha colocado ahora, en el centro del problema, a la mencionada anomalía técnico-productiva. Lo que, por lo demás, no resulta ajeno ni crea antipatías con una supuesta sobre-valoración de la ciencia, ni con que se ahuyenten otras compañías. Porque lo que esta anomalía promueve es la sumisión de la dicotomía Arte/ciencia, en aras de un modelo productivo alternativo, basado en un aspecto unilateral la vieja tekhné griega, que promovió la producción de destinos en salud. De modo que la explicación paradigmática, con su anomalía productiva a cuestas, representa hoy una solución a la paradoja, y además explica también que ella misma es un momento del desarrollo genealógico, cuando aún se impone la anomalía y no logra cambiar la definición. Y de este

modo, la paradoja pasa a ser así una faceta, que esconde un fenómeno de cambios intermedios en el desarrollo de la producción de salud.

Como se verá, la fuerza de este tipo de argumentos (cambios de paradigma) estriba en la posibilidad de otorgar un sentido a la tendencia histórica de repetir los hechos, tanto en el desarrollo de la ciencia como en el de la definición de medicina. En otras palabras, cuando ayer hubo una crisis que desembocó en la tekhné Iatriké, o en el Ars medicorum, por ejemplo; y cuando no hace mucho el Arte de curar tuvo que cambiar su paradigma, a fin de incluir a la ciencia en la definición de medicina. En ambas situaciones se producen hechos contrastables que indican ciertas regularidades. Y la teoría de paradigmas puede ser aceptada entonces, como una forma de interpretar esas regularidades de la evolución de la relación enfermedad-medicina en la historia, y en el supuesto anterior de que la tarea de la medicina puede ser entendida como una larga confluencia o unificación histórica para perfeccionar la producción de efectos médicos. Y de esta manera la perspectiva de la tarea histórica de la medicina viene a subrayar la gran importancia del actual cambio, ya que nuevamente se estaría reorientando su tarea hacia un modelo productivo ya casi olvidado por la modernidad y su cientificismo. Pareciendo ser que la futura definición de medicina se encamina hacia otro horizonte, más técnico, y distanciado del polo científico (de acuerdo a la revalorización del determinismo productivo-voluntarioso). Una forma que supera nuestra dicotómica mentalidad moderna, la que había propuesto una separación entre la manera de comprender la curación (ciencia) y sus posibilidades de conseguirla (arte). El nuevo modelo médico que permite entrever la perspectiva paradigmática presenta una fisonomía diferente de la enfermedad, en términos de producción, y crea la necesidad de volver a agrupar lo patológico, pero esta vez en sintonía con los intereses médicos de la modernidad tardía.

Recordemos que los aspectos que constituyen la actual "anomalía productiva de la medicina", ya fueron estudiados con la caracterización de la medicina moderna (segunda parte). Señalando indirectamente la importancia y la vastedad del área crítica de la anomalía, y reafirmando la conveniencia de una nueva definición de medicina en la vertiente "productiva". Como se recordará, destacaban factores como la aparición de

terceras partes en la relación médico-paciente, la dinámica de un nuevo tipo de acto médico productivista, administrativo, economicista, tecnologicista, etc. Pero también elementos como la sobre-valoración de la voluntad, un ensanchamiento de las etapas del alta médica, la estrechez de destinos para el paciente como a la minimización del rol médico, etc. Constituyendo una verdadera pléyade de factores que se agrupan en torno a la anomalía productiva, para presionar y acentuar el creciente volumen de cambios, como “reparos productivos”, gatillando una crisis sobre el “paradigma congelado” (por llamarlo de alguna manera). El que, a pesar de todo, no puede cambiar porque no se cumpliría aún con el requisito de las incertidumbres suficientes que determinen el cambio. Al respecto, conviene volver a tener en cuenta la situación actual del discurso médico, en la que no parecen haber avances significativos sobre el estado del paradigma de la definición de medicina (primera parte). Como se recordará, y a pesar del avance de la anomalía productiva, la teoría parece estar en la misma situación que para la década del '70, ya que todavía continúan las dudas entre una posible sustitución o ajuste paradigmático. En los intensos últimos treinta años de productividad médica, ella es cada vez más evidente, pero se continúa con la falta de unanimidad, o consenso, sobre la profundidad de la falla paradigmática, incluso en el sentido de si ésta es a fin de cuentas subsanable o si compromete la viabilidad del paradigma vigente. Recordemos que según fuera la interpretación de la situación, existían pensadores por el cambio y otros por el arreglo del paradigma. E. Pellegrino y D.Thomasma, por ejemplo interpretaban la anomalía como subsanable. Para ellos la medicina no era ni ciencia, ni arte, solamente, sino que una disciplina intermedia, a la que le falta algo mas para completarse, un “tertium quid” (Pellegrino y Thomasma, 1981, p.59). Y ese tertium se debía a que la definición de medicina requiere de tres elementos, en vez de dos: arte, ciencia y virtud, sinérgicamente unidos en la actividad clínica diaria. Y “virtud” porque posibilita el juicio en el reino práctico, lo específico de ella está en “la interacción clínica” (op.cit., p.62-63), y cuyo fin es moral: es la salud. Esta noción o norma ha continuado enseñándose a los actuales alumnos de medicina, como los límites de su profesión. En otras palabras: el paradigma médico que hay que defender. A pesar de que la definición de medicina de Pellegrino y Thomasma, al

igual que la mayoría de las propuestas de cambios parciales al paradigma vigente, no solucionan el problema de la anomalía, sino que más bien lo complican.

Como se recordará también, en el otro extremo está la anomalía insalvable, la que desahucia la actual definición y apoya el cambio de paradigma. En donde hemos supuesto se encuentra P. Laín Entralgo, en quien se pueden encontrar las bases para un tipo de “paradigma productivo”, inspirado en la clásica *Tekhné iatriké* griega y su vertiente “poética (praxis)” (Lain, 1964, p.50). Dado que para él la medicina se podía definir desde diversos ángulos, como hace en la introducción del ensayo: “Ciencia, técnica y medicina”, donde la define como un Arte de curar, compuesto por un conjunto de saberes científicos y técnicos (Laín, 1986, p.10). Un trabajo que además revela que Laín pareciera no haber considerado suficientemente el imperativo de la técnica moderna, como inspiración para la explotación de recursos en salud (a pesar del ensayo “Respuesta a la técnica”, que trata directamente sobre el tema citado en la segunda parte). Lo que indica que no contempló la diferencia con la “producción” griega, que en el caso de la técnica moderna apuntaría a una relación de “provocación” (explotación) hacia la naturaleza. Y de esta manera, difícilmente pudiera tener éxito una definición alternativa como la de Laín, ya que ella no ofrece opciones para la provocación, en el nuevo paradigma productivo de la definición de medicina, sino que más bien se queda en aspectos teóricos. Ellos tampoco recogen los problemas concretos de la práctica actual, los que quedan en un plano ilusorio, sin colocar a la definición en el papel superior (esencial) que le corresponde. Y así desgraciadamente, este aspecto que es lo suficientemente central para una medicina que busca la efectividad, o la producción de salud para todos, según los lineamientos técnicos, queda desarticulado. Y el arte y la ciencia que tendrían que pasar a ocupar un lugar de segundo orden, como instrumentos productivos, no pueden readecuarse tampoco entre los tres factores en discordia (arte, ciencia y técnica), y tras una misma meta productiva. Es más, por esta omisión lainiana la ética médica, que tendría que cooperar para una nueva jerarquía productiva, dejaría de cumplir con su nueva tarea curativa. E incluso, porque en esta solución la misma meta curativa tendría que dar examen, frente a otras metas productivas, como la salud preventiva, por ejemplo.

Pudiendo decirse que, en un plano más utilitario, un nuevo paradigma debiera recoger las nuevas demandas, permitiéndoles además una cierta reorientación. Sin embargo, estas ventajas teóricas, del paradigma emergente, para enfrentar las actuales demandas productivistas de la medicina, no aseguran ni desencadenan el cambio de paradigmas. Solo poseen la virtud de dejar insinuado un paradigma productivo alternativo, porque intentan corregir temporalmente un aspecto central de la anomalía como es el de una correlación entre la definición teórica que falla en aspectos productivos y la realidad anómala que reclama su corrección. Es decir, el reemplazo dependerá de la realidad que pide reconsiderar a la razón su manera de definirla o de reconocerla, porque hay aspectos relevantes de ella que no se están tomando en cuenta. En suma, y a comienzos del siglo XXI, aún tenemos las mismas dos formas de enfrentar la anomalía en el paradigma de la definición de medicina actual. Ambas posturas esbozadas, entre las décadas del 60 y 80 (de Laín y de Pellegrino respectivamente), son un claro ejemplo de los esfuerzos realizados hasta ahora para conseguir una mayor agudeza definitoria sobre la medicina, porque ambas han detectado que la anomalía presente en ese paradigma no permite definir correctamente a la medicina de hoy, y como consecuencia genera dificultades a esa actividad. La diferencia entre una y otra alternativa estriba en que mientras “la hipótesis que enmienda el paradigma” solo podría tener alguna validez mientras dure la vigencia de este; la otra hipótesis, “la substitutiva” es más ambiciosa y apuesta tanto por el final de este ciclo, como para regir durante la siguiente etapa. Sin embargo, y a pesar de todo ni la una ni la otra podrían pretender definir el momento del cambio, ya que ni Laín ni Pellegrino podrían hablar por ejemplo de plazos para la oportunidad del cambio, el que probablemente ha de venir cuando se acumule la fuerza cultural que lo permita. Por ello y a pesar de la ambivalencia que los cambios han producido en la cultura médica, y a pesar de las señales que unen progreso y descomposición en la forma de dar salud, aún así ya no será posible desandar el camino por el cual se está dando salud.

En tal sentido, tampoco se ha avanzado en la comprensión del momento del cambio. Una situación que para el mismo Khun no es predecible, en los términos de la teoría de paradigmas, dado que el ajuste entre teorías y datos es siempre incompleta e imperfecta. Y

donde además no caben criterios analógicos de “competencias”, ni de “batallas”, entre paradigmas, las que pudieran resolverse con pruebas por ejemplo (Khun, 1975, p.230). Como tampoco podría decirse que el cambio se está llevando a cabo poco a poco, o forzando la lógica, etc. Las crisis paradigmáticas tienden a resolverse de una vez, y generalmente mucho tiempo después de su primera exposición, según este autor. Y las latencias (al menos en el dominio de las ciencias) requieren al menos de que pase la generación que nace bajo el alero del primer paradigma (op.cit., p.234). Aquí cita a Darwin, y a Max Planck, ya que ambos esperaban que solo la siguiente generación podría ser capaz de ver con imparcialidad sus aportes. De hecho, algo de esto se ha visto en la moderna medicina, al menos en los dos últimos cambios de definición, cuando la medicina estuvo mas cerca del ámbito científico. En tal sentido, pudiera pensarse que la llegada de un nuevo paradigma tendría que situarse después de la mitad del siglo XXI, si se tiene en cuentas el hecho de que recién se puede advertir que la influencia del anterior paradigma ha comenzado a declinar entre la generación de médicos mas reciente. Este aspecto es más notorio si se comparan las crónicas de la época, en las revistas médicas por ejemplo, y las formas de practicar la medicina, antes de la década del 30, para la de la década del 70 y en la actualidad (ver primera parte). De hecho, cada uno de los episodios de cambio en la definición de medicina va revelando diferentes tipos de plazos, a veces lentos: como fue la aceptación de la ciencia como factor indispensable para la curación moderna, por ejemplo; o cuando el arte médico crea la clínica durante el siglo XVIII, pero con unos antecedentes pre-clínicos que datan del siglo XIII; o con el cambio de *Ars medicorum* al arte médico, que tardó algunos siglos. Sin embargo, hay episodios breves también, como lo revela el último cambio, entre “el Arte de curar” y “el Arte y la ciencia de curar”, el que ocurrió en un tiempo “record”. De manera que en lo que a plazos dice relación, es difícil predecir eventos.

Más bien, la especulación debiera quedarse con ciertas tendencias, que aluden a la participación de una multi-causalidad de eventos. Y como la misma historia lo señala, el cambio no ha de depender de uno o de dos factores, sino que de eventos disímiles vinculados a la alternancia de mentalidades culturales. Hay que recordar que Khun también

señala que si el trabajo es largo se debe a que el grupo disciplinario se encarga de realizar una ardua exploración sistemática, para reparar lo anormal, reconstituyendo de nuevo lo esperado o “normal” (op.cit., p.93). Lo que hace pensar que, el actual cambio de paradigmas desde el Arte/ciencia de curar, ha de ser más bien lento si se considera la magnitud de los elementos involucrados. No hay que olvidar que detrás de las citadas crisis paradigmáticas se juega, en cada una de esas oportunidades, la consagración de un “nuevo orden de hacer las cosas”, el que obviamente se manifiesta en las definiciones de medicina. Por ejemplo, se resuelven las reglas del juego para guiar el futuro de las investigaciones, de las aspiraciones y proyectos grupales, de la inserción social, etc. Especialmente en temas que no han podido resolverse (op.cit., p.244), como en la medicina moderna viene a ser: el acceso universal a la salud (pero en términos de mercado y de lo constante), la organización de la atención médica en cuanto a costo-beneficio, la cuantificación eficaz del acto médico, la conexión de la salud a la red de consumo, el auge tecnológico, etc. Dado que todo aquello viene siendo el nuevo ordenamiento técnico para hacer las cosas correctamente, generándose una particular receptividad, o una sensibilidad especial, la que recoge un nuevo paradigma, y que no lo podía hacer el anterior. En tal sentido, el “nuevo orden” se crea a partir de la crisis cultural, incluyendo la explicación vivida previamente por la comunidad y sus interesados. Y como lo consigna Kuhn, de allí saldrá primero la adhesión de un pequeño número de incondicionales, los que durante algún tiempo defenderán y harán atractivo el nuevo paradigma, explorando todas sus posibilidades, mientras madura su presentación y aceptación social. Siendo, mucho tiempo después, y en segundo lugar, que ocurre esa aceptación general, un momento final: cuando se encuentran argumentos decisivos para su consagración (op.cit., p.242). Es decir, existirían al menos tres etapas intermedias, y como consecuencia de la crisis: en la primera se propone el paradigma, después se adhieren algunos integrantes del grupo, y finalmente esta solución se consagra.

Frente a ese panorama, la paradójica insistencia por defender del cambio a la definición actual, podría llegar a ser considerada como una parte del escenario final del paradigma vigente. Porque en ese escenario el grupo médico continúa valorizando la fórmula Arte/ciencia y en tal sentido persiste en la enmienda de su anomalía, incluyendo los

inasibles aspectos productivos de la técnica moderna. Y en la defensa del paradigma vigente se ha llegado a suponer que los aportes tecnológicos o de progreso, que han venido simultáneamente con la fórmula de Arte y ciencia de curar, son resultados de esta y la confirman. Porque se supone que la mentalidad pragmática vigente evita perder el tiempo en el laberinto de las esencias y la comprensibilidad. Incluso se apela al orden social, se hace creer que la fórmula paradójica de definir la medicina es la que ha posibilitado los enormes avances prácticos, de eficiencia y de logros de salud ya citados. Aunque estos avances, que ciertamente influyeron en el desarrollo de la eficacia médica, finalmente parecen haberse independizado de esa definición de medicina para responder ante otro tipo de mentalidad como es aquella asociada con la técnica moderna. En tal sentido, podría decirse que también es parte de esta etapa final que a la medicina se le siga llamando todavía arte y ciencia cuando en realidad gran parte de su práctica responde a la nueva fórmula de inspiración técnica moderna.

Ahora bien, debido a que la percepción de la crisis paradigmática no ha recibido la suficiente difusión, masificación, ni la profundidad de análisis que la situación amerita, habría que suponer que ella (la crisis) está en una etapa incipiente, a la que Khun llama de transición (op.cit., p. 139). Esto es, a un momento de progresiva acumulación de pruebas, o aglomeración de estas, más que el tiempo de la prueba irredargüible, que rebase el vaso. Recordemos que Khun señala que a partir de esa crisis puede comenzar las comparaciones, las exigencias de pruebas, etc. (op.cit., p.242). Y que en tal caso ello no permitiría aún el consenso entre los médicos sobre el estado de la anomalía de la definición, aunque ella hubiere sido lo suficientemente intensa como para conseguir un amplio sentimiento de la inutilidad, de apatía y hasta de perplejidad frente a ese paradigma en vigencia. En otras palabras, se trataría de una temprana etapa, de acumulación de pruebas, necesaria para llegar a cuestionar la anterior forma de reconocer la medicina, independientemente de que ella esté todavía en uso. Porque a pesar de todo, no existe aún un modelo articulado de medicina productivista, que devuelva la confianza en la definición (op.cit., p.138). Aunque más de la mitad de la actual generación médica ya se ha acostumbrado a practicar la medicina bajo los nuevos lineamientos de “lo constante”, lo que suele confundirse con el

ejercicio “comercial” de la medicina, por ejemplo. Incluso ya se utilizan estos nuevos parámetros como principios, y no solo de diagnósticos y tratamientos, sino que además en sus investigaciones, las que muchas veces tienen más de administración de recursos que de ciencia biológica.

A pesar de esto, aún no parece haber una crisis desembozada, ni problemas mayores que desesperen por su falta de resolución, ni tampoco una investigación orientada a superar esta supuesta crisis. Esta primera etapa pudiera entenderse también, en el marco de la actual etapa definitoria, como: exploratoria, preparatoria o adaptativa. Donde hasta los criterios de normalidad se ponen en juego ante las nuevas exigencias culturales, agregando o quitando elementos al nuevo ordenamiento médico. Un aspecto que tal vez explique ciertas prácticas majaderas de re-adequaciones nosológicas o de clasificaciones diagnósticas, como la proliferación de manuales de tratamientos abreviados, que se suceden y nos atiborran. Ellos parecen corresponder a movimientos preparatorios del advenimiento del cambio productivo, que se observan al interior de la medicina, y que debieran desembocar en una nueva definición. Tal como sucedió por ejemplo, cuando apareció la Tekhné iatriké como paradigma alternativo, y como respuesta a la anomalía del modelo anterior, promoviendo una metódica más segura para llevar al enfermo hasta la salud (por medio del calor). Entonces la medicina presocrática tuvo que hacer un lento viraje (con las escuelas médicas) desde su especulación filosófica, para acostumbrarse a una nueva metódica con criterios naturalistas para mejorar al paciente (anomalía naturalista). Poco a poco tuvo que adaptar, diagnósticos y tratamientos, para estar a tono con la llegada de un nuevo método, que cuestionaba y replanteaba toda la medicina. Otro tanto ocurre al término del Ars medicorum, con la llegada del arte médico, cuando la especulación analógica ya no se acepta como método confiable ni predecible para llevar al paciente hasta la salud (anomalía positivista). Entonces la ciencia y su método parecieron más confiables, pero también se consideraban subversivos los intentos de cambio de definición, aunque lentamente se llevó a acomodar todo bajo la dirección de una nueva directriz.

Así mismo, en otro de los aspectos de esta etapa de transición, entre paradigmas de la definición de medicina, se torna difícil de identificar cuantas variantes o corrientes

alternativas se estarían confrontando al interior de la anomalía del paradigma vigente, con la “intención” de hacerse del control de esta. Por medio de las acentuaciones o motivados por diferentes intereses, diferentes posturas: más o menos economicistas, tecnológicas, políticas, etc. buscan afianzarse como elementos principales del paradigma emergente o alternativo a la actual definición. Vale decir que, para llevar a la producción de salud en tal o cual sentido, intervienen desde corrientes interpretativas hasta intereses sociales, queriendo adueñarse de este central aspecto. Como podría ser, por ejemplo el caso de la corriente economicista en medicina, en pugna con la alternativa salubrista, y no hasta hace mucho con una corriente político-solidaria (igualitarista), o con la meramente tecnocrática, etc. Porque todas y cada una de ellas se sienten con chance de orientar el sentido de la producción de salud, postulándose como verdaderas escuelas interpretativas del naciente paradigma. Y en tal sentido, la paradójal situación de una definición que parece no cambiar, mientras que en los hechos la medicina que se practica si lo hace, podría encontrar otra explicación, en esta pugna no resuelta y soterrada por liderar en la interpretación de la propuesta paradigmática final. Lo que de ningún modo quiere decir que los cambios acaecidos pudieran tener vuelta atrás, ya que dadas las relaciones que estos tienen con una cultura técnico-moderna, ellos parecen ser no solo insalvables sino que hasta acumulativos.

Ahora bien, considerando todo lo anterior, no existiría o no estarían dadas las condiciones aún para plantear que hubiera llegado la etapa final en la transición del paradigma de la definición de medicina. Por lo tanto, y mientras no llegue esa etapa, se espera que prosigan solo las enmiendas a las deficiencias del actual paradigma, como lo proponen Pellegrino y Thomasma. Y en el plano práctico, y durante esta etapa, se espera que se continúe asistiendo a la lucha entre paradigmas emergentes. Presagiando un desenlace, todavía lejano, luego que se consoliden tendencias y hasta cuotas de poder al interior de la medicina. Es decir que, con sus luchas y enmiendas, lo que cabe esperar a un mediano plazo es una acentuación sobre la tendencia mencionada, y dónde el quiebre es todavía difícilmente concebible. Porque faltaría, entre otras cosas, algún detonante social (constituido por el triunfo del interés social por sobre los demás), la intervención de un nuevo modo de pensamiento, u otros factores o fuerzas culturales desestabilizantes. Aunque

el momento del cambio siempre debiera sorprender, se espera que este llegue a la medicina en una carambola insospechada de la técnica moderna, con un giro insospechado de esa definición, asociado y dependiente de la consagración de un tipo de medicina técnica. Por lo que urge conocer su caracterización, si se quiere pasar a una siguiente etapa de esta transición. En todo caso, y según los antecedentes recogidos hasta aquí, debiera suponerse que ya habría comenzado una etapa en tal sentido, y que el cambio de paradigma en la definición de medicina está en movimiento, lo que posiblemente se hará más evidente en breve, cuando se acentúe la mentalidad sistemática y calculadora de la “técnica moderna” en curso. En este caso, se ha ido fortaleciendo una de las variantes de la mentalidad técnico-moderna, la que está siendo aplicada progresivamente a la curación, como expresión del modelo capitalista llevado a la producción en salud. En tal sentido es una fórmula que se vincula a la búsqueda de métodos progresivamente más eficaces (oferta) para enfrentar o satisfacer las necesidades (demandas) de los pacientes, pero que va mucho más allá que esto (como lo anticiparon Benjamín y Heidegger). Pero todavía está por verse como reaccionaran las demás instancias que pretenden participar en el cambio de paradigmas. Hay que recordar que entre los demás factores culturales, aparte de la consabida disminución del papel de la ciencia y su dependencia de la técnica, quedan enormes fuerzas culturales que aún no han dicho lo suyo en este conflicto, como por ejemplo: las exigencias ecológicas, bioéticas, políticas, judiciales, etc. E incluso, la reunión de todos estos factores, y el posible cuestionamiento global al pensamiento imperante. Nada de esto sería de extrañar si se considera que el cambio de paradigma nace del surgimiento de anomalías próximas entre sí, y que en este caso responden a la evolución cultural productivista ligada a la técnica moderna.

En todo caso, no se debiera de pensar que todas las anomalías causan revoluciones, ni que todos los paradigmas reemplazan al derogado. En ese sentido Khun lo llama “una revolución”, porque se trata de reconstruir el campo del accionar disciplinario (médico), a partir de los nuevos fundamentos en que ello se mueve. Y porque lo que se cambia con el nuevo paradigma no son solo algunas generalizaciones teóricas, sino que también y principalmente los métodos y aplicaciones del paradigma (Khun, 1975, p.139). Lo que trae

enormes consecuencias, en este caso sobre la medicina, al ampliar sus límites de acción, como de pensamiento, de materias y elementos que pasan a incorporarse a la práctica y a la investigación, etc. Se instaura así una forma más eficiente que la anterior, que la incluye como uno de los aspectos a considerar, y al mismo tiempo es también más compleja y más dogmática que el primer paradigma. Aunque durante algún tiempo ambos paradigmas compiten, hasta que se completa la transición. Por otro lado, no se puede descartar tampoco que la “verdadera anomalía” no haya aparecido todavía, ya que las consecuencias vividas hasta hoy parecen ser de poca cuantía, al no provocar la llegada de la última etapa. En tal sentido habría que considerar lo que Khun señala: el modelo alternativo se levanta cuando existe previamente un fracaso persistente para obtener la solución de un problema importante. Y esto es lo que desencadena una crisis en esa disciplina (op.cit., p.225). En ese sentido, habría que entender que esta paradoja, y los reclamos productivos sobre la medicina moderna, no se adviertan todavía como un verdadero fracaso. Porque, y pese a todo, el modelo productivista en el que ha caído la medicina de la época técnica, no se enfrenta aún con aquella crisis que realmente ponga a prueba a la definición de Arte y ciencia de curar. En otras palabras, y desde el punto de vista paradigmático, la situación es todavía poco exigente, ya que por el momento la creciente anomalía productiva sobre la definición de medicina no es capaz de desatar una crisis final (revolución). Dado que sus repercusiones no tienen aún la fuerza suficiente como para encender una polémica y menos aún para generar un modelo alternativo (op.cit., p.148). Lo que no significa que todo aquello no esté en curso.

Como se puede apreciar, el problema de las relaciones entre paradoja y paradigma emergente se podrían resolver, al tenor de la transición del paradigma, quedando la primera como una etapa, faceta o momento, en el cambio de paradigmas. Es decir que, la paradoja podría cumplir con el rol de postergar el advenimiento del nuevo paradigma (paradigma productivo), para obligarlo a permanecer (enfriándolo) en calidad de paradigma emergente. Y así se podría dar la oportunidad para articular un cambio más adecuado, o más oportuno, en la definición de medicina. Se inhibiría así la rapidez evolutiva de la actual definición de medicina y además, al dejar en suspenso las respuestas a muchas de sus necesidades,

acentuaría el conflicto en los términos de la actual definición (congelada). Con ello la paradoja cumpliría con dos papeles ayudaría a encontrar una definición más definitiva y exacerbaría la necesidad del cambio. Pero si por alguna razón desconocida la paradójal situación de la definición persistiera, y se asomara como un asunto más permanente, entonces la teoría de paradigmas tendría que aceptar que detrás de todo ello se encuentra algo más que una anomalía en la ley, y quizás si una revolución más profunda. Tal vez si un cambio de mentalidad que preferirá la voluntariosa producción ciega, de satisfacciones masificadas, antes que la producción ordenada a la razón convencional.

Aunque la aplicación de este análisis y de su interesante base de respuestas, a nuestros interrogantes, posee sus limitaciones, las que obligan a tomar los resultados con cierta ponderación. De hecho aquí se ha pedido prestado el método a la teoría de paradigmas el que, volvemos a repetir, se orienta hacia los cambios en la adhesión de los grupos científicos a las nuevas leyes científicas. Por lo tanto, y aunque se aplique a un paradigma, como el de la definición de la medicina, se trata de una analogía entre dos situaciones diferentes. Desde luego que la definición de medicina no es una ley científica, y ni siquiera aspira a ese tipo de objetividad, sino que más bien se acerca a la ciencia en su modo de producir. Sin embargo, en una definición de medicina también intervienen otros elementos, como su rol institucional, o de disciplina social, su papel socio-económico, su comportamiento histórico, su lenguaje, sus raíces y mitología que le son propias; etc. Y por lo tanto, al momento de concluir se hace necesario considerar algo más que una teoría de paradigmas, aunque esto obligue a dar un salto teórico en las explicaciones. Todos estos son aspectos que, desde luego, las explicaciones Khuneanas no profundizan, y que difícilmente cabrían en esa horma.

Como se verá, es necesario superar las limitaciones de este método de análisis, para permitir esclarecer aquel fundamento en que pudiera descansar “el paradójal congelamiento” de la definición de medicina. Ya que, aunque la teoría de paradigmas ayuda a descubrir las dimensiones del problema, como así también los elementos que podrían intervenir en el cambio de definiciones, no es menos cierto que ella no puede ahondar en el descubrimiento de las variables, ni en el valor que ellas tengan, ni en su

ordenamiento, etc. De manera que si bien una teoría del paradigma productivo como paradigma alternativo sirve para enmarcar el problema, ello no es suficiente para aclarar la contradicción entre un cambio que se produce y una definición que no lo recoge. Porque ello pareciera requerir de una explicación diferente a la de la teoría de paradigmas. De hecho, y en este caso, la teoría de paradigmas no permite explorar las características de un determinado modo de pensar, en este caso de la modernidad, porque la paradoja se entiende en ese ámbito interno de significados a diferencia del paradigma que requiere de una vertiente externa de análisis. De esta manera aparece mas manifiesta la necesidad de un cierto componente de historicidad, para comprender la predisposición grupal a cambiarle el curso a las disciplinas, de acuerdo a ciertos intereses inestables e influidos culturalmente. Porque, aunque ambos métodos se abocan a la solución de enigmas, la paradoja no se resuelve como el paradigma en el análisis científico, ni en las normas profesionales (op.cit., p.28). Es decir, se hace necesario darle un giro a estas conclusiones que permita abordar el papel que las mentalidades tienen en el cambio de los paradigmas. Y tal como se había planteado en la introducción, habría que explorar la vertiente interior de la genealogía de este suceso.

CAPÍTULO 3. DESDE UN HISTORICISMO FILOSÓFICO

Tal como ya se pudo apreciar, una interpretación genealógica adecuada y ponderada parece ser un requisito importante para continuar avanzando en la comprensión de la paradoja de la actual definición de medicina. Un requisito que la genealogía está en condiciones de ofrecer, dado que ella posee variados recursos teóricos, aparte de la perspectiva paradigmática. En tal sentido, el historicismo filosófico es un método con muchas aptitudes explicativas, aunque más generales o abstractas que la precedente teoría de paradigmas, puesto que partiendo del evento histórico acentúa libremente el factor teórico. Y a partir de estas comprensiones globales de la genealogía-historicista, que parecen alejarse de los hechos históricos concretos, se acercan a las verdades abstractas. Las que podrían estar detrás de las tendencias que van provocando los cambios en las diferentes definiciones de medicina, por ejemplo. De esta manera, este género se yergue como una opción teórica, con un considerable poderío de penetración, siempre y cuando que se cuiden sus límites respecto de la prudencia en el trato de la verdad del enunciado. Habrá que entender entonces que las exigencias apunten en ese sentido dada la amplitud teórica en la que se mueve este método, y ya que bastaría una exageración o un inadecuado diagnóstico para hacer que el discurso historicista perdiera la fuerza de su aporte. Para ello no se debe sobrevalorar, ni relativizar, la interpretación histórica, integrando un número suficiente (ni una, ni muchas) de perspectivas para comprender la medicina moderna. Y tal como se verá, esta amplitud es una de las mayores dificultades con que se topa el aporte historicista, atendiendo los obstáculos y la obligación de integrar a su discurso la más adecuada elección de eventos y de sucesos.

Un ejemplo de esta perspectiva lo constituye el análisis de los cambios de mentalidad que subyacen al paso de una época histórica (ver primera parte). Como en aquella vasta

confluencia de factores, ocurrida a la llegada del Arte de curar (siglo XIX), cuando el cambio de definición determinó la sustitución de la medicina pre-clínica por la clínica. Como se recordará, y de acuerdo con los antecedentes aportados por este trabajo, allí intervinieron muchos elementos, desde un cambio en la estructura analógica de pensamiento, pasando por el cambio social y político de la revolución francesa, por la presión científica, y hasta por los factores extra-científicos, etc. Otro ejemplo de este tipo de genealogía filosófica, y que además nos va servir para enmarcar esta discusión, lo aporta Michel Foucault, a propósito de su esquema de grandes bloques de la “voluntad de saber” (mentalidades). Allí señala este autor que occidente nacería cuando la “voluntad de saber” (presocrática) fue transformada por Platón en una “voluntad de verdad” (Foucault, 1980, p.9). Lo que equivale a decir que aquel cambio ocurre luego que nace el recurso racional que llamamos “idea”, el que permiten ordenar el conocimiento del cosmos. Según parece, una reflexión historicista permite investigar la posibilidad de determinar el curso de la historia, a partir de una interpretación hipotética basada en hechos históricos. Como el citado cambio del “saber” por la “verdad”, que nos ofrece Foucault, y que podría resultar muy útil a la hora de entender la era actual y los cambios sufridos por la medicina.

Para ello habría que asociar el conjunto de las etapas estudiadas en la primera parte (a la medicina hipocrática, la clínica y la moderna), con aquella “voluntad de verdad”, que occidente ha venido desarrollando. Y desde esa perspectiva observar hasta que punto resulta posible de esclarecer la paradójal situación de la medicina actual y su definición. Para ese efecto, resulta conveniente tener en cuentas y ampliar esta perspectiva del historicismo filosófico foucaultiano, sobre el significado de verdad, porque ella va a permitir un cierto marco general para esta parte del trabajo. De acuerdo con ella, y tal como se adelantó, se pueden delimitar dos formas de pensamiento: el de la época previa y el de la era post-platónica. Porque, como lo señala ese autor, antes de Platón la posesión del saber residía en “quién lo decía” y “cómo se decía”; mientras que después de él, la verdad ya residía en “lo que” se decía (op.cit., p.16), siendo esto último a lo que se le llama la “razón”. Y al consagrarse la razón como verdad, ya no se necesitaba un acto ritualizado para aceptarla como tal, sino que de un enunciado y de sus referencias. En otras palabras,

según el punto de vista genealógico-foucaultiano, el discurso pre-platónico que constituía “una verdad” se convirtió, con la era de Platón, en un discurso que decía “verdades”. Pero ya no se trataba de verdades perdurables, porque su autoridad residía ahora en la expresión de la “voluntad de verdad”, quedando garantizado el cambio permanente.

Según este historicismo de Foucault, existirían otros momentos de quiebre para esa voluntad de verdades, los que conviene recordar (primera parte), si es que se quiere comprender mejor la situación actual. Como aquel célebre giro de la llamada época clásica, ocurrido entre los siglos XVI y XVII, que este autor investigó con tanta brillantez en su libro “las palabras y las cosas”. Cuando occidente deja atrás la razón analógica, en asociación a la aparición de “una ciencia de la vista y de la observación” (op.cit., p, 51), trayendo como consecuencia una verdad diferente: “de la medición y la clasificación; del ver y verificar”. Tal como se podrá apreciar, esta perspectiva del historicismo filosófico pone de relieve la existencia de un proceso histórico, del que es parte toda la cultura occidental, y en el que se va desarrollando esta voluntad de levantar diferentes tipos de verdades vinculadas a diferentes períodos culturales. Cada una de estas etapas, por llamarlas de alguna manera, privilegia ciertas verdades, o ciertos aspectos de la verdad. Como lo hizo el analogismo hasta la época clásica y como después lo ha hecho el positivismo, hasta mediados del siglo XX. En otras palabras, el interés que despierta este esquema genealógico propuesto por Foucault, sobre la “voluntad de verdades”, se basa en que permitiría avanzar en la comprensión de la paradójica situación en que se encuentra la medicina moderna. Y más específicamente, ello podría iluminar la situación de su paradójica definición, con relación a su reciente cambio histórico a favor de la técnica moderna. Y en tal sentido ciertas áreas de ese conflicto podrían ser vueltas a analizar en el área que vincula historia, verdad y medicina. Especialmente con relación a uno de los elementos históricos que más se destaca en tal sentido, se trata del rol del “arte médico”. Pudiendo llegar a decirse que este último ha llegado a constituirse en una verdadera columna vertebral para el estudio de este tema, entre otros motivos debido a su papel central respecto de las definiciones de medicina, y cuya presencia apunta indirectamente a la importancia que le han cabido a sus “verdades” (del arte médico). Ya que estas han acompañado a las

definiciones de medicina desde que comienza la interpretación griega del arte y hasta su desvalorización cultural, por obra de la verdad postmoderna.

Desde la perspectiva del historicismo filosófico no parece difícil de sostener que la medicina haya sido guiada por medio del arte, ni que entre estos dos conceptos, voluntad de verdades y arte médico, exista una privilegiada relación. De hecho bastaría con una somera mirada a la historia de las definiciones de medicina para darse cuenta de que la primera ha mantenido su confianza en la segunda por mas de 2.500 años, para confirmarla una y otra vez, en cada cambio de la definición de medicina. Bastaría con repasar una a una las diferentes definiciones para confirmar esta hipótesis, retrotrayéndose a la primera parte del trabajo y observando como el arte médico (con sus verdades) ha participado de estas. Así se podrá comprobar que desde que se instaura la voluntad de verdad en occidente, su aporte ha sido muy relevante, definiendo una y otra vez a la medicina occidental, a lo largo de toda su historia.

Tal como se recordará, de la primera parte del trabajo, la definición que inaugura la era del arte médico fue la “Tekhné (arte) iatriké”, dado que ello permitía que la salud llegase a la verdad “artificialmente”, es decir por medio de la mano humana. Luego vendrá el “Ars (arte) medicorum”, un supuesto arte menor, que recurre al “virtuosismo” artístico para dar salud, porque no se podía ofrecer otra alternativa para traer el bien (salud) al mundo, que la correcta interpretación de la norma (religiosa o de magia natural). Y en seguida, después de la época clásica, la medicina va a continuar definiéndose como “Arte médico”, separándose de la especulación por medio de la “voluntad de verificación” (como la llama Foucault). Esta vez en la búsqueda de la eficacia de la curación, por medio del arte de la curación experimental o científica, ya que para entonces no bastaba el ejercicio de las virtudes médicas. Lo que finalmente remata en la actual definición de “Arte y ciencia de curar”, donde todavía se puede apreciar al arte decidiendo sobre la conducta médica. Al menos hasta que aparece la técnica moderna, amenazando con interrumpir el actual período del Arte en las definiciones de medicina. En esta mención de la trayectoria de las definiciones de medicina se puede apreciar que el arte ha servido de eje común, sobre el cual se fueron desarrollando las diferentes alternativas. Estas fueron buscando nuevos

horizontes médicos, pero siempre oscilaron alrededor de matices de aquel arte médico, en rangos mas o menos predecibles, y además bastante anunciadas. Y a pesar de que cada cambio ha de haber pasado por momentos de incertidumbres, mientras terminaba una definición y empezaba la siguiente, aquello no parece haber provocado, como en la actualidad, una especie de estupor definitorio. Generalmente los espacios de tiempo entre una y otra definición dieron la posibilidad de acomodar estos cambios con cierta tranquilidad. Todo lo anterior trajo como consecuencia que este factor definitorio de la medicina se constituyera una tradición de respeto a su favor, y además que se convirtiera en un factor de estabilidad.

Como se puede apreciar, el tema de la relación histórica entre las definiciones de medicina y arte es de suyo trascendente, y tras una apariencia de obviedad bien pudiera darnos más de alguna sorpresa. Especialmente si se analiza desde una mirada genealógica, como aquella de la voluntad de verdades, desde la cual aparece una interesante fuente de información, e incluso una metodología para iluminar la situación actual de la medicina y su paradoja. Desde esta perspectiva, es decir, frente a la vertiente de cambios impulsada por la voluntad de verdades, cabe preguntarse en primer lugar por la evolución teórica o conceptual del mismo arte. Ya que al menos, desde el punto de vista del sentido común, la historia habría ido modificando la idea del arte, y estos cambios debieran traer algunas consecuencias. Por ejemplo, si el arte hubiera visto comprometida o inhibida su fuerza expresiva, en algún momento de su historia, ello definiría ciertas líneas explicativas, que extrapoladas podrían servir para despejar la confusa situación de la definición actual de medicina. Es decir, si a este tipo de temas los toma el historicismo, este contribuye a ordenarles, descubriendo elementos y relaciones entre ellos que determinan una voluntad cultural. En tal sentido, pareciera ser que la perspectiva historicista-filosófica expone la situación como un juego de contrapesos del determinismo, siempre en un marco general de voluntad de verdades. Dado que la historia muestra a esta última optando, o acentuando la valoración de alguna de ellas, y por ese camino se va dando origen a diferentes formulaciones del arte. Para comprender mejor esta dinámica genealógica es necesario comenzar por recordar, de dónde aparece la idea de arte médico. En la primera parte se

trató el tema, y se destacó el aporte de Aristóteles, quien ayudó a consolidar la más sólida posición del arte al servicio de esta voluntad de verdades. Según lo expuesto, este pensador permitió, a través de su obra, que se inclinara el concepto de Tekhné (iatriké) hacia una de sus acentuaciones del determinismo: el genético (poiesis), diferenciándola del otro tipo de determinismo legalista (ciencia). Y como consecuencia de esto, la medicina pudo disponer de una sólida noción teórica que le permitía una actividad artístico-curativa para construir un tipo de verdad en el plano del ser, como son los destinos de salud de cada paciente. Así lo artificial, como el caso de la curación por medio de la tekhné o producción útil, podía venir a la existencia por medio del arte, el que gracias a la poiesis o actividad creativa era capaz de causar la unión entre la materia y su forma, etc. Y justamente a esa noción de tekhné es a la que adhiere la medicina, para su definición de Tekhné iatriké o arte de producir salud, hasta la actualidad. Y desde entonces a la medicina le ha quedado muy en claro la necesidad de defender en sus definiciones a la faceta productiva, que la señala como una actividad creativa, que genera lo artificial, y cuya eficiencia depende de perfeccionar ese hábito.

Sin embargo, la cambiante voluntad de verdades comienza a reacomodar el concepto de Arte, lentamente y a través de una larga historia de cuestionamientos desde el helenismo en adelante. Para entonces regía la definición de Ars medicorum, que se complicaba con la evolución de la idea de arte hacia la producción de belleza. De manera que durante este período rige una forma un tanto confusa de entender el arte, en la que cada vez costaba más distinguir entre: la “producción útil”, de la “bella”, y de la “manual”, de acuerdo con la doctrina aristotélica. Poco a poco el dominio del arte se fue asociando con la “producción bella”, y con ello la opción médica del arte médico, tuvo que conformarse con un cierto resquicio de arte menor. Y aunque ello la incomodaba, ella se sentía protegida tras la idea original de tekhné, asociada a su vez a la capacidad de producir cambios, con cualesquiera de los dos determinismos. Y quizás si por esto no reflexionó a tiempo hacia dónde la iba llevando aquella voluntad de verdades que de pronto parecía alargarle con un status ligeramente superior como el octavo arte, por ejemplo. Hacia fines del Ars medicorum, esta voluntad de verdades había dado un giro de consideración, el que descolocaba al

determinismo genético o productivo, y acentuaba su situación de detrimento. En ello había influido la llegada de la época clásica con su abandono del analogismo, un modo de pensamiento que se avenía mejor al determinismo productivo del arte, pero que resultó poco aceptable desde el punto de vista del determinismo científico (ver primera parte). Este cambio en las reglas del juego racional desencadenó una suerte crisis sobre el concepto de arte. Porque a la precariedad que arrastraba este concepto se le agregó el pasar a tener una segunda preferencia, detrás del determinismo legalista, disminuyendo su responsabilidad en torno a la producción, la eficiencia y el progreso modernistas. Las consecuencias sobre la práctica del arte médico significaron el comienzo de la capitulación del concepto productivo de arte en medicina. Desde luego que semejante cambio no podía estar exento de polémicas, incluyendo una clásica confrontación entre una forma tradicional-aristotélica con una nueva manera de entender la situación, expuesta por Kant (tratada en la primera parte). Pero, poco se podía hacer frente a los dictados culturales modernistas, como expresión de aquella voluntad de verdades, los que exigieron que se agregara a las preferencias por el determinismo científico, una mas estricta interpretación estética del arte. De hecho y como se recordará, el concepto de arte sufrió un importante vuelco a partir de Kant, debido a que este filósofo estableció nuevos límites, alrededor del concepto de estética. Y de esta manera, la acentuación por la belleza, en vez de la producción, como elemento central del nuevo concepto de arte se impone con mayor fuerza. Lo que obviamente dejaba en una incómoda situación a la medicina que pretendía seguir defendiendo su opción sobre la producción artística de salud. Sin embargo, y a pesar de todo, esta reducción del arte al juicio, como a la producción, de belleza, nunca llegó aquello a ser total. Pero por otro lado, estas vacilaciones y las polémicas sucesivas en torno al tema permitieron que el arte médico pudiera conseguir un cierto soporte, si se quiere un resquicio, para enfrentar la enorme acometida del positivismo, y seguirse definiendo como arte. En este caso la ayuda provino del romanticismo y las dudas que hizo saber sobre la relación sensibilidad-verdad, en el fundamento de la propuesta kantiana. Porque a pesar de todo, y con majadería, la medicina va a seguir insistiendo en definirse con el concepto de arte como producción, tal como lo prueba el aparentemente fructífero esfuerzo que realizan

las dos siguientes definiciones de medicina (el “Arte de curar” y la “Ciencia y arte de curar”).

Pero como contrapartida, y en un hecho que también es posible de observar desde el punto de vista historicista, frente a la excepción otorgada por la voluntad de verdades, es el seguirse considerando como arte, y a pesar de los vientos culturales. Bastaría con recordar que en aquel momento, cuando existió la mayor valorización del cientificismo, cuando todo el peso del mito positivista caía sobre la medicina, y que además el concepto de arte estaba en crisis, esta disciplina fue fiel a la idea de un determinismo productivo ligado al arte. En una postura que se puede considerar como cuasi-estoica, defendió la postura de que el mejor esfuerzo curativo estaba ligado al arte. Transformando aquel momento en que fue capaz de oponerse al peso arrollador de la modernidad y sus dictados, en un hito de historia de la medicina y de su voluntad de verdad, el que revela la inusitada fuerza que esta disciplina usa para defender el tradicional fundamento productivo del arte. Lo que no se contradice con la acogida, breve y tardía, que la medicina va a dar al imperativo cultural de la ciencia, el que dio origen a aquella definición de compromiso conocida como “Arte y ciencia de curar”. Justamente, y a partir de esta prueba de fidelidad, entre la relación de arte y medicina se revela, a la luz de la voluntad de verdades, el proceso de cambios culturales que fomentaron la necesidad del progreso curativo, ya desde mediados de la era del *Ars medicorum*. Porque, justamente esta voluntad de verdades presionaba para transformar la tradicional producción virtuosa de salud en otra más eficaz, y que paulatinamente fue consolidando un estadio histórico diferente a la práctica tradicional del arte médico. A sus preferencias por la virtud productiva de salud, se las empujaba a dar un giro hacia otra virtud, y aquella medicina que se mantenía vigente sobre la base de médicos virtuosos, intuitivos, analógicos, sacerdotes o magos, etc. se la presionaba para dejarle el paso al nuevo exponente: el médico-científico. Porque lo que entonces se anhelaba era ver convertida a la medicina al determinismo causal de la ciencia, y sus leyes del conocimiento científico, y así poder sumar toda esa seguridad y eficacia gnoseológica a la curación eficaz. Y por ende, interesaba el conocimiento y el tratamiento científicos de la enfermedad, y en especial el descubrimiento de leyes naturales que permitieran calcularle.

Estimando que la curación científica era mejor que la artística, y que el privilegio de las bondades del determinismo legalista (científico) era superior al determinismo productivo.

De manera que aquella voluntad de verdades, que viró lentamente hacia la eficacia, terminó imponiendo a la ciencia en un lugar de preeminencia, desde el que se fue desplazando al arte médico. Porque el primero pasó a ser el más valorado de los avales epistemológicos para la producción de salud, con un deseo de eficacia curativa que se constituyó en uno de los aspectos culturales más dinámicos de la medicina. Así se desarrolló un gran apetito hacia la gnosis científica, el que tarde o temprano iba a tener que incluirse en las definiciones de medicina. De manera que, en la medida en que este progresaba también lo hacía su determinismo como forma de verdad causal, mientras que su contraparte, la alternativa del determinismo artístico o productivo, perdía su importancia (como lo plantea Bunge, en la segunda parte). Un rol que no se perdió del todo, porque como se sabe, cuando aquel proceso hubo llegado a su culminación, durante el siglo XX, todavía se respetaba la importancia del Arte de curar. Tal como lo confirma la redefinición de medicina, a comienzos de ese siglo, como “Arte y ciencia de curar. En tal sentido y con un cierto grado de asombro, se podría decir que a propósito de esta prueba en que la voluntad de verdades colocó al Arte médico, es posible colegir tanto el grado de profundidad, como la cantidad de variables, involucradas en la disputa. Porque la medicina, con su forma particular, formó parte de un giro cultural general, con el que la voluntad de verdades involucró a toda la cultura occidental, requiriendo para todo este proceso de una enorme modificación del orden y la jerarquía tanto de los valores sociales, como de sus verdades. Lo que también deja en claro que la evolución del Arte médico no nació de un capricho, ni de una necesidad aislada de médicos y pacientes, sino que de la participación del grupo social en su totalidad. Y que por ende los cambios en la medicina no son sino la expresión concreta de una lucha que se dio en todo orden de cosas, y en la que participaron un sinnúmero de elementos culturales, hasta que finalmente se readecuó el conocimiento a la nueva manera de percibir la realidad. Y como es obvio, en este esfuerzo también participa la filosofía, y en ella E. Kant (durante el siglo XVIII), quien ayudó a re-formular las bases para que pudiera continuar la discusión racional, incluyendo la filosofía del arte.

En ese mismo sentido, se realza la figura de este pensador, principalmente por su aporte a los fundamentos de la cultura moderna, lo que de una manera indirecta también ayudó a consolidar la participación del determinismo científico. Esta colaboración indirecta, venía precedida y arraigada en otros cambios, que como muchos otros aportes ellos actuaban desde la profundidad de la mentalidad modernista y sus nuevas categorías. Así parece haber sucedido con el aporte filosófico del “giro copernicano” (tratado en la primera parte) por ejemplo, con el que Kant logró que el objeto dejara de determinar al conocimiento, quedando la verdad en las manos del sujeto (y su sensibilidad). La relación sujeto-objeto cambiaba en ciento ochenta grados, demostrando que la capacidad de conocimiento, incluso la de la ciencia no dependía de algo externo, y reconociendo que en su ordenamiento la ciencia jugaba un rol de excepción. Además, y entre sus enormes consecuencias sobre el plano de la verdad, aceptaba entre otras cosas que una parte de la realidad fuera incognoscible, o que la modernidad pudiera cerrar su ciclo histórico cuando este mismo sujeto terminara de aceptar su precariedad cognoscitiva (basada en categorías). Todo ello vino a ratificar la dirección del progreso científico, y a anexarse a las demás repercusiones que empujaban el destino cultural de occidente, y por ende médico. Como se verá se trata de una definición para el período de la modernidad, que incluye una forma de reconocimiento que refuerza a la ciencia (ver primera parte). De modo que así se convierte, un sistema filosófico en herramienta para aquella voluntad de verdades, cuyos “movimientos” se perciben como terremotos culturales, por sus implicancias en el ordenamiento teórico, el que amplifica sus consecuencias. Y en tal sentido, el historicismo no hace sino recoger aquellos pormenores. De los ecos de aquel giro copernicano, la época supo sacar partido, no sin cierta majadería, al tema de como orientar cualesquier tipo de conocimiento hacia la ciencia, incluyendo a todas las disciplinas modernistas (positivismo). Posiblemente porque la voluntad de verdad había movido su eje en esa dirección, hacia la medición, dejando desubicado (por decir así), entre muchas otras actividades culturales, al arte (médico). Lo que desde luego que no hacía justicia con aquel giro kantiano, puesto que le dejaba a medias, en cuanto a su revalorización del sujeto, como respecto de los límites de la modernidad. Sin embargo, aquella línea de desarrollo de la voluntad de verdad acogió con júbilo la fuerza de aquella teoría que parecía lanzada en la dirección correcta, del

progreso social. Aprovechando de consolidar un statu quo inspirado en el sistema kantiano, es decir sobre la base de la preeminencia del sujeto que conoce (y ya no a partir del objeto), además de su clásica separación de las facultades.

La medicina, de una manera algo excepcional a su época, trató de sortear ese temporal, como lo refleja la definición de arte médico usada durante aquel período. Lo que, por supuesto no consiguió detener las presiones que se ejercían para que los médicos participaran más de cerca del conocimiento científico, o para que la disciplina garantizara científicamente la curación, o para que la salud avanzara en eficacia, etc. Lo que desembocó, a su vez, en una definición de compromiso que finalmente le agregaba la ciencia. En el Arte y la ciencia de curar, la medicina propone (a comienzos del siglo XX) que para producir con eficacia curativa se necesita, aparte de la ciencia, el arte médico. Y con ello, esta disciplina parece haber vuelto a apostar en un destino que liga a la medicina con el arte, más que con la ciencia. Lo que en ningún caso debiera de extrañar, si se considera que ella es principalmente una vocación práctica. Sin embargo, esta fórmula, de la que se esperó tanto y que representaba el anhelo de integrar por fin a la ciencia, y por lo demás tan recientemente conseguida, parece haber tenido un destino mezquino porque pareciera que va a quedar en la historia solo como una definición de transición, entre otras razones por el breve lapso de su vigencia efectiva. En efecto, ya a fines del mismo siglo, y simultáneamente con la crisis del determinismo científico que denuncia Bunge (segunda parte), pareciera presentarse un momento particularmente difícil, y con el cual se llegaría a comprometer la larga evolución del arte médico. En el marco de una voluntad de verdades que nuevamente presiona para que surja un tipo de verdad alternativa, aparece el quiebre de aquella tradición a través de un nuevo vector, el que no había sido contemplado en definiciones anteriores de medicina: la “técnica” (y que Heidegger la caracteriza por su afán “provocativo”, segunda parte). Y desde luego que un giro como este no ha de aparecer por sí solo, dado que la historia no parece trabajar de esa manera, y por lo tanto cabría considerar que el anterior modelo de realidad ya venía participando en el cambio, o al menos en la desestabilización de su paradigma. Habría que volver a recordar aquí la ya conocida debilidad del determinismo científico (estudiado en la segunda parte), y su

indefensión frente a los nuevos tipos de producción. Como parece evidenciarse en la evolución de la medicina, la que cuando ella vira con su estructura, lo hace para adaptarse a un nuevo determinismo que se muestra proclive a un cierto pragmatismo de verdades estadísticas, multi-causal, y orientado a producir provocativamente. Un pragmatismo que promueva la producción, y que lo haga con mayor eficacia que lo que lo hicieron las verdades esenciales, las que obviamente no podían avenirse con semejante punto de vista, considerado como un devaneo metafísico.

Pero el giro resultó algo inesperado, tanto por la novedad como también por la rapidez, e incluso por el tipo de acentuación. La que parece apuntar, más que a la producción, al “productivismo”, con lo que se determinaría un giro en la inercia cultural de los últimos siglos, desde la ciencia hacia el arte médico. Desconcertando además la rapidez de la declinación en la era de verdades por certidumbre científica y su determinismo (debido a la irrupción de la multi-causalidad, como del pensamiento estadístico). Toda esta eclosión de acontecimientos parece haber tomado desprevenida a la novel definición de Arte y ciencia de curar. La que acusa el golpe de llevar en su seno muchas contradicciones, y de haber sufrido enormes cambios efectivos o reales (desde la década del 50), como de la velocidad y profundidad con que ha sucedido todo (ver segunda parte). Y aunque la definición no se modificara, en el sentido de los cambios, ni se haya dado ninguna facilidad para consolidar una nueva alternativa, ella se encuentra paradójicamente estática, deteniendo el cambio o modulándole (según se quiera ver). Es posible que sea esta la situación que mejor explique su estado actual, como el de una definición congelada, que se sigue usando a pesar de que ya no define, soportando una suerte de vendaval de cambios que ya la tienen muy sobrepasada. Un problema que todavía es “soportable”, pero que no conviene que siga pasando desapercibido por mucho tiempo más.

Como da a conocer el historicismo, la medicina en la actualidad pasaría por un momento de cambios de envergadura que, guardando las proporciones, recuerda cuando la medicina presocrática avanzó hacia la Tekhné iatriké. En efecto, desde el punto de vista genealógico la situación reviste un cierto dramatismo, debido a que puede advertirse que esta vez la voluntad de verdades ha llevado a la medicina hasta un insólito punto de flexión, del que no

se tienen antecedentes históricos. Porque ella ya no responde a los cánones tradicionales, sometiendo el determinismo legalista, o científico, en uso. Mientras que tampoco busca, como se esperaría, al determinismo genético, productivo o artístico. Porque si bien, todavía continúa produciendo salud, por medio del arte médico, lo está haciendo en un sentido tan estrecho de este último que casi no es posible de reconocer. Tal como se verá, la voluntad de verdades ha escogido esta vez a la altanera variante de la técnica moderna, la que a su vez parece enfrentarse y usar a las dos variables tradicionales del determinismo general, en un sentido que le es propio. De esta manera se determina un particular modo de producción médica, que parece acoger y valorizar el conocimiento, pero en torno a una nueva meta cultural: la organización social para la más eficaz “satisfacción de las necesidades”. Más allá de traer a la realidad alguna verdad (arte), como de formular alguna representación verdadera (ciencia). Se trataría pues de verdades empíricas, que se originan o se deducen del trato voluntarioso, de aquella lucha entre el deseo y la naturaleza (también tratado en la segunda parte), y en el marco general del omnipresente afán modernista, con su exigencia productiva a ultranza (“provocativa”). Por cierto que tales “verdades técnicas” desvalorizan la producción artística de antaño, la que se movilizó en función de verdades esenciales (incluidas la belleza, la bondad y la salud).

En tal sentido, esta readecuación de la voluntad de verdades a las verdades técnicas actuales provoca algunas incertidumbres, y quizás si hasta una suerte de crisis. Puesto que las dudas se acrecientan en la medida en que se observa que el nuevo tipo de voluntad de verdad posee una relación forzada y utilitaria con aquellos aspectos que tradicionalmente han sido tan respetados para la medicina, como son: el arte y la ciencia. Y que además esta relación se hace en favor de elementos que incomodan, y hasta resultan extraños, a esta relación milenaria, como en este caso son: “las motivaciones o necesidades vinculadas a la salud”. Todo esto desconcierta aún más por las exigencias que se le hacen al arte (médico), en el sentido de ampliar el rango de producción de verdades, integrando el plano de los impulsos, se hace para conseguir una producción más rígida de salud. Y otro tanto sucede con la ciencia, a la que también se anonada cuando se la presiona para dejar su posición de arbitradora de verdades, y ponerla al servicio de la voluntad técnica, obsesa por la

masificación de la curación. En otras palabras, tanto el conocimiento, como la producción médicas, han sido reclutados para la causa técnico-productiva y su producción de verdades de deseo (ejemplificadas con “lo constante” heideggeriano). Y frente a esta crisis, no parecen existir opciones ni fórmulas para conducirse. En tal sentido, y dada la difícil posición en que parece haber quedado la medicina, comienza a quedar algo más claro aquello que pudiera estar detrás del origen, incluso la trascendencia de su actual formulación paradójal.

En todo caso, tampoco ayuda la poca acogida por este tipo de verdades técnicas, las que no han sido muy consideradas en filosofía, por lo que sorprende encontrar algún ejemplo, como el de M. Heidegger y su texto “una pregunta por la técnica” (segunda parte). Donde expone su teoría sobre la técnica moderna, como una forma de verdad que pretende “provocar” la realidad, por medio de un tipo de producción voluntariosa y sesgada de destinos. Él la ejemplifica con un avión en una pista de despegue, que es provocado por la necesidad de un medio de transporte de pasajeros; pero también cita al complejo hidroeléctrico que explota el río, por el deseo de asegurar esa energía; o al uso extensivo del campo inspirado por la tendencia a combatir el hambre con fábricas de alimentos; etc. Ejemplos que tendrían en común la motivación o el deseo, como elemento clave, porque a partir de ella se proporciona la posibilidad de movilizar la voluntad, y no ya a partir de una idea. En este caso será la fuerza de alguno de los impulsos, y no de la razón, la que va a capitalizar, para mantener funcionando la producción. En ese contexto se revela la importancia del uso de “lo constante”, como el prototipo del concepto-voluntarioso que parece movilizar este tipo de verdad. De una verdad que es utilizada en cuanto fuerza o energía, que desde luego nace del impulso, del deseo, o la necesidad de tener un útil a la mano (lo constante). A todo evento y como una respuesta: precalculada, estandarizada, almacenable, distribuible y reemplazable según demanda (el mercado, por ejemplo). Es decir, cada uno de estos “objetos” posee su verdad utilitaria, la que ordena la cognición de acuerdo al cálculo, pero principalmente sistematiza un conjunto de impulsos con los que se ofrecen soluciones mecánicas en el ámbito de las necesidades humanas. En otras palabras, y en una interpretación libre, se podría decir que la mercadería moderna es la culminación

de este tipo de mentalidad y tangencialmente uno de los tipos más desarrollados y expresivos con que se reporta lo constante. Un asunto que, para los fines de este trabajo, resulta del mayor interés, como exigencia de previsión al menos, al que le cabe además una función comprensiva y hasta complementaria a los aportes previos. Un aspecto al que W. Benjamín le atribuyó un papel fundacional, por no decir genealógico, de la modernidad. Cuando la ciencia parecía ser la viga maestra de una nueva civilización y la técnica estaba en pañales. En tales condiciones la mercadería habría adquirido un papel que se intensificaría posteriormente, cuando la voluntad de certidumbres, ya en boga, sea tomada por una acentuación técnica de la misma, llamada por Heidegger (la verdad) de “lo constante”.

Sin lugar a dudas que el desarrollo cultural de este tipo de representaciones voluntariosas, como lo constante, ha beneficiado el objetivo de asegurar la producción, al reforzar la eficacia. Lo que posiblemente también podría estar ocurriendo con lo tendencial o motivacional, porque este último parece ser el factor que asocia o que permite acceder a la fuerza de la producción, con verdades ligadas a la realidad de lo útil. Y todo aquello pareciera suceder a espaldas de un discurso oficial, apegado todavía al positivismo, y que parece no considerar la eclosión de conceptos ligados a la productividad (incluyendo la mercadería, por ejemplo) como un tema digno de su interés. Se cierra así un círculo vicioso, en el plano de las verdades, que obstaculiza el avance racional, que crea paradojas donde no debiera de haberlas, y de paso también pierde de vista su propia responsabilidad. Pero, es indudable que el discurso teórico de la técnica ha de conseguir valorizarse más temprano que tarde y, cuando así suceda se comprenderá el error de no haber considerado al inusitado componente de las motivaciones o tendencias psíquicas, que Lersch llama “endotímico” (1971, p.98) (tratado en la segunda parte). Porque este “factor endotímico”, que alcanza ahora a la representación productiva, pudiera ayudar a entender mejor a la medicina moderna y sus particularidades, al revelar aptitudes estratégicas para la producción, en asociación con el modelo técnico de medicina, por ejemplo. Un aspecto que indudablemente despierta el interés en la articulación de este tipo de verdades técnicas, y al mismo tiempo permite avanzar sobre el mecanismo de empuje productivo en las técnicas de

salud (“tecno-arte”), tanto como en el perfeccionamiento de los conocimientos técnicos-productivos en medicina (“tecno-ciencia”). A pesar del desconcierto que ello genera en el análisis teórico de la modernidad, incluida la última disciplina y su definición actual. Por todo ello, convendría detenerse algo más en su explicación.

En primer lugar, y según este último autor, la tendencia endotímica posee una peculiar característica autoscópica, que deja al descubierto estados de defectos o de necesidades, que impulsan a un sujeto a superarlos. De manera que esta posibilidad representa un gran aliado para los objetivos de la técnica, ya que esta última debe postular verdades que provoquen motivaciones, para aprovechar eficazmente un impulso, y organizar tanto el consumo, como la producción de soluciones. Y en segundo lugar, este tipo de verdades desiderativas resultan tan apreciadas para la técnica, porque a la hora de movilizar a alguien, son capaces de infundir, en el individuo necesitado, una anticipación predecible de su conducta. Y de esa lectura, el interesado pasa a ser calculable en su conducta, al convertirse esta en una dirección obligada de acercamiento al objeto apetecido. Y si hay algo que seduce a la técnica es capitalizar este conocimiento en estadísticas sobre la necesidad y sus consecuencias productivas (pensemos en los dilatados estudios de marketing, mercado y publicidad). E incluso, y en tercer lugar, se puede descubrir con facilidad que esta tendencia endotímica, que apunta a una meta representada por un objeto deseado, facilita la oferta de objetos predeterminados, los que pueden ser distribuidos con anticipación y cálculo (mercaderías). Un conocimiento técnico que, al superar esa necesidad, al otorgarle una dirección a la conducta y al conseguir el objeto deseado, asigna un valor (op.cit., p. 99-100), un premio, o un refuerzo positivo (como lo llama el conductismo), cuya consecución se vive con placer. Otro detalle del conocimiento o de las verdades endotímicas que la técnica moderna ha logrado explotar convenientemente. Y de esta manera, prevista la tendencia, y ofrecida la solución, por medio de estos “productos a la mano”, se establece un tipo de verdad que apela prioritariamente a la carencia o la necesidad, y sus alternativas. Porque el deseo posee su racionalidad, puede ser anticipado y calculado, ofreciéndose una realidad de productos para cada necesidad, es decir: organizando la realidad para el consumo.

Este mecanismo tendencial, habría adquirido esta estratégica forma de valoración actual, en directa relación al valor adaptativo que todo ello representa para una sociedad que, como la moderna, requiere principalmente de mayores recursos, y en menor grado de mejores ideas. En tal sentido, se trata de un nuevo imperativo de la voluntad, que exige aumentar el rol tendencial o productivo de cada individuo, y para lograrlo requiere de más organización, más cálculo, más especialización, etc. Y no solo porque hayan crecido las demandas demográficas, ni el derecho a la salud, ni las exigencias de la vida moderna, lo que integra esto es el cambio cultural asociado a las demandas de la voluntad. Aunque en último término, se trataría de la subsistencia de la especie y de su peculiar lucha adaptativa. En otras palabras, este factor motivacional que crece y se fortalece especialmente a partir de la sociedad moderna, buscaría perfeccionar o hacer más eficiente su capacidad de respuestas ante la creciente complejidad social y el consiguiente aumento en la gama de necesidades humanas. De hecho, si se compara la organización de la época actual con aquella de las “repúblicas antiguas” (como Grecia o roma), como lo hace Blanco (1998, pp. 207-209), a propósito del concepto de libertad, se podría observar que en la actualidad existiría una suerte de diáspora de individuos, los que abren el abanico de posibilidades a la producción de las más infinitas necesidades humanas. Pero no de cualesquier manera, sino que bajo el orden cultural de la técnica moderna, y su peculiar respuesta adaptativa, incluyendo su trato para con la libertad individual, y todo ello en aras de satisfacer las multitudinarias necesidades actuales. Y cuyo factor aglutinante, que asegura la jerarquía social y el modelo político (conocido como sociedad del bienestar), pareciera ser la organización de las necesidades ya citada. Lo que a su vez amplifica el rol cultural de la endotimicidad hasta el paroxismo, y otorga las bases para constituir lo podríamos llamar: “la era de explotación, a escala industrial, del deseo”. Una época que se basa, según Blanco, en que la libertad se sostiene del respeto a los derechos individuales, contrariamente con la forma de organizar la libertad en las antiguas repúblicas, donde nada se dejaba a la independencia individual. Ya que entonces el concepto de libertad individual no se concebía en su vinculación a la vida privada sino que en la participación social de éste. En tal sentido la actual libertad no se concibe sin el derecho a expresarse, a trabajar en lo que se quiera, a disponer de la propiedad, a ir y venir, a un tipo de culto, a elegir una educación, etc. Posiblemente porque

esta acentuación del derecho individual permitiría tanto el ejercicio de la libertad política, por medio de la elección de representantes, como la valorización del rol individual. Para que la sociedad se pueda concentrar en este último, el único que permitiría producir para la descomunal demanda de necesidades modernas. En otras palabras, el derecho individual y la elección de representantes permitirían el espacio de maniobra para la adaptación del individuo a los requerimientos de la compleja realidad multitudinaria actual, porque de lo contrario (como sucedió antaño) no se podría tener un contingente productivo suficiente.

En todo caso, la raíz adaptativa de estas verdades, aportadas por este factor endotímico, parecen ser una continuación histórica de otras que, por medio del determinismo genético del arte, han acompañado el desarrollo de la medicina. Aunque en este caso se trata de un estrecho tipo de arte, que ha quedado delimitado y sobrepasado por el papel que la técnica le ofrece al deseo. Con su rol de motor de la producción, el nuevo “tecno-arte” ha encandilado a la medicina, y su nuevo tipo de voluntad de verdades, recibiendo un estatus de privilegio, en el centro del interés modernista para el progreso. Y por otro lado, y en esta misma perspectiva, con la modificación de la verdad científica del anterior modelo de realidad, la “tecno-ciencia” pasaría a ocupar una situación importante aunque subyugada (como lo ejemplifica su faceta tecnológica). En tal sentido, solo se le pide a este tipo de verdades que orienten la producción masificada de objetos del deseo, sin siquiera tener que responder por las consecuencias de su modelo, ni por fundamentar la estructura íntima de su conocimiento de la realidad. Ya no se le pide, como a la ciencia, un modelo sobre la base de la certeza y la medición, sino que la técnica moderna debe pasar a prever preferentemente los dictámenes de la esfera de las necesidades endotímicas (como la de consumo, por ejemplo), justamente para orientar la producción. En otras palabras, parece difícil pedirle a la técnica que sea ella la que defina sus diferencias con una verdad científica, como la que ofreció la física cuántica, basada en el cálculo de realidad (segunda parte), porque esa no es una prioridad de la primera. Es decir, aparece un modelo de realidad para soportar: la correcta explotación (a escala planetaria), el cálculo de una potencia de cambio para cada deseo, la asimilación de ambos determinismos y la reordenación a la nueva relación objeto-sujeto. Lo que da por resultado un nuevo tipo de

verdad, que causa el asombro de una cultura que aún no ha terminado de hacer su transición.

La importancia de este particular tipo de verdades (técnicas), que apuntan a representaciones tendenciales, y que conducen el flujo del deseo productivo, estriba en el quiebre con la histórica tendencia de la metafísica tradicional. Una “originalidad” que ni siquiera cabe entender como un “sucedáneo de la verdad” (esencial), y que bien pudiera estar influyendo en la re-formulación de una nueva definición de medicina. Ya que a partir de esta situación la disciplina queda descolocada, definiendo lo esencial mientras se le requiere para concentrarse en solucionar los multitudinarios y cambiantes necesidades en torno a la salud. Algo que por lo demás resulta difícil de entender, cuando se considera que occidente siempre se ha atenido a verdades de representación analógicas y luego positivistas. Es por eso que, en esta etapa de la voluntad de verdad, cuando ya no se pretende un ordenamiento metafísico de acuerdo a lo esencial, la razón se descoloca. Más aún cuando hasta la verdad científico-cuantificadora (ver segunda parte) va quedando eclipsada, tras la excitación productivista, y la certidumbre técnica. Pero, por otro lado, también resulta importante que esta acentuación productivista de la voluntad de verdad se constituya desde un giro del género artístico, debido a su orientación hacia la producción, y aunque esto sea en un sentido estrecho. Porque de esa influencia del arte se espera que, la voluntad de verdades, que hoy permite las verdades técnicas de producción, corrija su desviación hacia verdades del correcto producir. De hecho Heidegger plantea, en el texto citado (1975, p.105-107) que lo salvador, respecto de los peligros a los que nos lleva la técnica moderna, está en el arte y su auxilio curativo. En todo caso, y aunque fuera solamente por este hecho, se debiera recapacitar en la importancia del actual momento por el que atraviesa la medicina, ya que no se producía una acentuación vinculada al arte desde que la voluntad de verdades decidió abrazarse a la *scientia nova* (renacimiento).

Sin embargo, y por más convincentes que pudieran aparecer estos elementos endotímicos, que han traído consigo la voluntad de verdades técnicas, una mirada genealógica tiene la obligación de continuar la búsqueda de otras posibles fuentes o raíces del cambio, quizás si en factores más primigenios aún que aquella endotimicidad. Dado que las manifestaciones

de este tipo de influencias desestabilizadoras generalmente provienen de reordenamientos en la mentalidad cultural, los que permiten que se exprese el nuevo orden, y en este caso la manifestación organizada de las necesidades, por ejemplo. Tal podría ser por ejemplo, el papel que jugaría aquí una readecuación de la ya mencionada relación sujeto-objeto, a las verdades técnicas, y a la fuerza tendencial. Porque de esta estratégica relación, que ha venido ordenando el conocimiento y sus representaciones, se espera una reacción, o un tipo de ordenamiento, para la verdad cognoscitiva conducida desde la necesidad o del deseo productivistas. Por cuanto, esta última depende de una especial relación, como de su sesgo cognoscitivo, el que “deforma”, “perturba” o “distorsiona” la relación entre el sujeto y el objeto, este es: el vínculo tendencial. Tal es el grado de seguridad con que se desenvuelve esta relación, que ella no-solo habría aceptado, como constantes numéricas, la perturbación del observador sobre lo observado, sino que incluso lo ha calculado.

Entonces, se podría entender esta nueva situación desde la perspectiva de la evolución del sujeto, y de sus viejas categorías del conocimiento, usadas para ordenar cognitivamente al objeto. Porque, como era de esperar, los cambios culturales ocurridos en el transcurso de la modernidad podían haber llegado a afectar al sujeto o “subjectum” (de donde se sujetaría el conocimiento). De hecho, parte del interés de la relación sujeto-objeto modernas, reside en las posibilidades o en la aptitud de cambio del primero de los componentes, y que en este caso habría incidido, acentuando y/o ampliado, las categorías del conocimiento. De este modo, habría que comenzar por reconocer la importancia que han tenido diferentes factores sobre la evolución del conocimiento moderno, y entre ellos a la necesidad o el deseo, que en este caso son apoyados desde la técnica moderna y su escala de valores. Habría que reconocer también, la evolución de las categorías con las que conoce el sujeto, un asunto que desde luego no resulta fácil de aceptar. De hecho se suponía que la estructura de estos, por medio de la cual organiza la percepción, era algo connatural a la especie, una suerte de equipo psicológico imperecedero. Sin embargo, y a la luz del ascenso de la técnica moderna, y sus modificaciones en las nuevas formas de avalar conocimientos, aquello (que parecía un dogma gnoseológico), podría no serlo, o quizás si solo sea parcialmente cierto.

Cuando menos eso parece ser así si se piensa en los cambios del determinismo, en la valoración de la multicausalidad, o en el avènement de las estadísticas, ya citados.

En otras palabras, pareciera que aquel deseo (el productivista) habría llegado hasta la relación sujeto-objeto, no solo como otro elemento cognoscitivo más, sino que para ser el protagonista o el modulador del orden que allí impera. De hecho, este ordenamiento productivo-tendencial ha ido escalando posiciones culturales en el conocimiento actual, dónde ya se habla sueltamente del “conocimiento instrumental”, una fórmula cognoscitiva para acoger estas “distorsiones”, favoreciendo la posición técnica (como se tratará a continuación, a propósito de J. Habermas). Así crece su influencia sobre las categorías del nuevo tipo de razón, jugando un rol que progresivamente es más importante para ordenar técnicamente al conocimiento actual. Ya sea que se trate de aspectos cognoscitivos que obran sobre el sujeto mismo, o de otros que interfieren la percepción del objeto, lo cierto es que el re-ordenamiento técnico del objeto avanza inexorablemente. Y de esta manera el objeto-técnico pasa a ser algo más que la meta del conocimiento o del impulso, él pasa también a adquirir ciertos valores inusitados (Benjamín lo llamó “fetichismo”), pasando a convertirse en el portador de necesidades previamente calculadas, de parte del anhelante sujeto-técnico.

Se trata pues de una relación de conocimiento peculiar, la que ha sido organizada para que también el sujeto quede dirigido, o condicionado, hacia un determinado objeto, por medio de una necesidad estandarizada (técnica). De manera que, allende la neutralidad del conocimiento, se levanta una relación inédita: sujeto-necesidad-objeto, tras la búsqueda de un objeto que él mismo había sido capaz de producir, anticipando sus propias necesidades (fueran estos reales o no), y para llenar un vacío preconcebido entre las necesidades del sujeto. Es decir, aún y cuando el propósito preestablecido no apunte tan directamente al interés cognoscitivo, como lo hacía la relación sujeto-objeto clásica, el espacio otorgado para el juego de la necesidad productiva puede llevar hacia diferentes resultados cognoscitivos, los que ciertamente relativizan al conocimiento. Y como esa relación tampoco discrimina entre necesidades, ya sean estas: de salud, de pan o de abrigo, la verdad técnica podría descolocar a la verdad clásica. En el primer caso, la verdad técnica, utiliza un

mismo expediente de relación cognoscitiva (sujeto-objeto-necesidad) predeterminada. Diferenciándose según los resultados, según sea el producto final: alimentar privilegios, proteger derechos, crear mitos, etc. Y como se verá, todo ello encuentra ciertas facilidades para consagrar a “lo constante” como el nuevo “objeto” que acompaña al nuevo “sujeto”, enajenadamente voluntarioso. Tal es así que en cosa de decenios, la acentuación voluntariosa y productivista de la relación sujeto-objeto, se ha hecho un lugar predominante en la cultura, postergando tanto la voluntad de certezas (científica), como la de esencias (verdad). Llegando así, esta relación entre “lo constante (objeto)-sujeto voluntarioso”, a tener el rol de reforzador, que premia valóricamente cada logro o ejercicio exitoso de la validez de las verdades del deseo.

Posiblemente, que el segundo término de esa relación voluntariosa (sujeto-objeto), lo haya pasado a ocupar un tipo “bastardo” de objeto (lo constante), el que podría llegar a confundirse con un medio, en tanto cuanto este último es una faceta utilitaria del objeto. A este tipo de cosa habría que incluirla en un tipo de orden cognitivo particular, que parece degenerar su origen (o sin “aura”, como también le llamó Benjamín) cuando reduce la amplitud de destinos posibles, dejando aquellos vinculados a la explotación solamente. Y sin embargo, poco se puede hacer cuando dicho objeto ha sido confirmado culturalmente, porque así recibe su confirmación la nueva articulación productivista. En tal sentido, los ejemplos sobran en el ámbito de médico, como el del “cheque-bono” (para pagar prestaciones médicas), o el de la “tableta” (medicamento), o el de la “receta retenida” (documento para cobrar medicamentos clasificados), etc. Incluso, y detrás de esta confirmación cultural, pareciera surgir la pretensión imperativa de llegar a teñir las más extensas áreas culturales. De esta manera que este nuevo objeto, sacado de quicio, ha pasado a ser uno de los hitos obligados del análisis de la modernidad. Especialmente cuando parecen existir ciertas corrientes emergentes que luchan por conquistar aquel espacio abierto por el concepto técnico de objeto, es decir de lo constante. Porque se plantea una disputa por la hegemonía en aquella relación (sujeto-objeto). Se trata de una lucha por darle un orden metafísico, capturar un sentido racional o una acentuación definitoria, ya sea económica, organizativa u otras. Pudiéndose decir cuando menos, que el

orden puramente cuantificador o legal del objeto, que una ciencia sobrevaluada imponía con su modelo de realidad objetiva, parece haber quedado superado. Mientras que, según lo expresa Benjamín (primera parte), en la vida cotidiana de comienzos de la modernidad, el objeto perdía la batalla científica, al ser homogenizado por el precio, al perder su aura, al transformarse en una alegoría de la cosa, al masificarse para el consumo, etc. Recordemos que la técnica moderna es un evento que aún no ha alcanzado su madurez histórica y por lo tanto sus características son aún maleables, y en ese terreno la mercadería está jugando un rol importante. Como lo describe A. Dyer (1995, p.76) a propósito de la propaganda médica, un área que ha permitido la entrada de la ética del negocio en la salud, en una época de deseos masivos explotados por el mercado.

Y justamente, cabe pensar que aquel aparente desquiciamiento del objeto (conceptualmente más débil), sería uno de los elementos que habrían ayudado a confirmar la sobre-valoración del objeto moderno, pero esta vez en la égida de la mercadería (denunciada por Benjamín). Porque la merma de su valoración cognoscitiva, de este tipo de objeto, sería lo que lo deja en condiciones de adscribirle al tipo de verdades de lo constante (heideggeriano), o a los criterios de verdad de lo dispuesto. Más específicamente, de mercadería, debido a que ella posee características compatibles en tal sentido. Lo que desde luego ofrece un interesante punto de vista para entender la involución conceptual del objeto y su simultáneo crecimiento hacia el área de la práctica. Tal como ya lo estudió Benjamín, quien le asignó a la mercadería una influencia tan poderosa como enajenante, la que actuaría seduciendo la voluntad del sujeto moderno. El que según lo precedente, desvía masivamente el componente endotímico del deseo, previa readecuación del objeto al orden cognitivo de la productividad. Hay que considerar que a esta se anticiparon los objetos producidos en cadena, con los que los laboratorios de hoy surten de medicamentos, prótesis e instrumental para las necesidades de la medicina, acercando una vez más la salud a la mercadería, y su modelo de montaje en serie de objetos. De esta manera, la mercadería ha pasado a ser una de las figuras más excelsas de entre las verdades tendenciales, cuyas repercusiones sociales deberían crecer en importancia futura. Como la medicina bien lo sabe, puesto que ella ha debido sufrir enormes costos por las consecuencias de este modelo de verdad, recibiendo

duras lecciones, concretas y directas. Un ejemplo de todo esto es la transformación de la salud, y su dificultad para defenderla socialmente, al haber perdido su “aura-benjaminiana” y el valor de antaño, uniformándose con todo tipo de cosas por medio del dinero. De esta manera, la salud ha terminado sometiéndose al particular trato economicista de la voluntad de consumo actual, la que dicta cual debe ser su lugar o su valor, pero en competencia con todo tipo de necesidades, y para terminar sometiéndose a un orden cultural de prioridades dictadas en gran parte por el mercado. Es decir que, en un giro que confunde lo esencial con lo accidental, al pasarse la medicina a los dominios de la mercadería, la salud ha tenido que hacerse valer en el horizonte económico de todas las necesidades experimentadas, y además frente a un instinto extraviado del sujeto moderno, que como todo fetichista prefiere el efecto y el gusto a la verdad del conocimiento.

De esta manera se genera un tipo de conocimiento que ha de repercutir de muchas maneras en la medicina moderna. Por ejemplo, respecto de un posible extravío de la meta de salud entendida, en los términos tradicionales, como un elemento médico que depende de la verdad, e incluso de la certeza como sucedáneo de la verdad. Porque bajo el influjo de la verdad de lo constante, se deja entrever un tipo diferente de salud: la salud del “bienestar” y de la “capacidad productiva”, lo que la desvía hacia aquellos resultados. Esto último se demuestra en las conocidas definiciones de salud promovidas por la O.M.S., durante el siglo XX (Alma Ata, 1978). De una salud que no pretende ser mejor ni peor que la anterior, sino que una adaptación a la nueva situación cultural y su valoración alegórica de la mercadería (vanidad, distracción, estética, ficción, curiosidad, etc.), pero cada vez más distante del valor tradicional de la salud, como facilitador de destinos. Con ello, y al igual que la definición de medicina actual, la salud se observa en su fisonomía paradójica, que desde luego prefiere la oscuridad, tal como quiso dejarla la misma O.M.S. al no volver sobre el tema por algo más de 25 años desde aquella declaración. De una salud que además excluye otras interpretaciones y hasta el conflicto con la perspectiva de verdad o de objetividad, en su afán de quedar a disposición o para ser movilizada tan solo por su peso productivo y por de la necesidad que tenemos de ella.

Desde luego que en esta línea de problemas metafísicos, vinculados al objeto moderno, como a su relación con el sujeto, tenía que traer repercusiones en el desarrollo de la producción de salud (arte médico). Ya que el arte, que trata con esos objetos debe entenderse en el trasfondo productivo actual de lo constante (provocación), y entreverado con la forma de producción de mercaderías. De lo que destaca la importancia de conocer mejor los factores que rigen aquella peculiar valoración del objeto moderno, incluido el papel endotímico y el advenimiento de la mercadería, como facetas de la verdad de lo constante. Además y en la medida en que el modelo cultural vigente no ha llegado a su madurez, incluyendo la evolución de su particular objeto, pareciera que próximamente el arte médico deberá soportar con mayor intensidad los estereotipos de la técnica moderna, de los que también forma parte la paradojal de la definición de medicina. Lo que por lo menos permitiría augurar que el reinado de la paradoja no estará exento de conflictos, entre una voluntad de certezas (parcialmente vigente, a la caída de los muros del determinismo científico) y una “voluntad de consumo”. Se podría decir entonces que, mientras se esperan algunos hitos más evidentes, que permitan entender mejor el tipo de ordenamiento cognitivo logrado, este se muestra armado de un curioso objeto (la mercadería), versátil y eficaz, que se postula para dirigir diferentes áreas sociales, incluida la médica por ejemplo. Sin embargo, y a pesar del auge cultural del objeto técnico, no debiera creerse que ello vaya a afectar solo a uno de los dos miembros de la relación sujeto-objeto. Al contrario, es necesario reconocer que ambos términos, a la par, han sufrido modificaciones de interés, y cuyas consecuencias le han tocado vivir intensamente a la medicina, por ambas partes. De hecho, el sujeto ha tenido que incorporar paulatinamente a su experiencia un trato y una cierta dosis de medición, de cálculo, de estrechamiento en su destino, y hasta de “cosificación”. Pero también sus expectativas se han modificado, sus planes y anhelos se atienen ahora a las nuevas reglas del juego técnico productivo. Porque para vivir y adaptarse al laberinto de la nueva civilización técnico-moderna es necesario reconocer y aprender lo que ella ofrece al sujeto actual. Lo que es opcional en el caso de ciertas necesidades menores, como la de vacaciones en los límites de un tour, es mucho más dramático en el caso de la necesidad de salud, donde el individuo moderno se juega su sobre-vida, o al menos su calidad de vida.

Una relación que parece haber comenzado a girar con el triunfo del determinismo científico, que impuso reglas objetivas a lo subjetivo, y que a la llegada de la técnica moderna acentuó esta tendencia, para exigir una eficacia masiva. En el ámbito de la medicina, el arte médico no solo aceptó que la ciencia ayudara a curar, sino que dejó que esto se intensificara durante el positivismo, para que finalmente y en un nuevo orden la técnica y “lo constante” desbordaran este esquema. Con sus seguros de salud, con el interés en nuestros órganos para trasplantes, con el lucro de la industria farmacéutica, etc. (estudiados en la segunda parte), la medicina moderna deja la impresión de estar participando en otro tipo de relación sujeto-objeto. De partida, los límites médicos entre ambos términos parecieran difuminarse, pasando a ser los sujetos, tanto médicos como pacientes, materiales o recursos humanos, y hasta stocks de órganos para el trasplante (Araya, 1996, p.611). Esta situación se ve potenciada por elementos tales como la exageración de la faceta grupal del sujeto. La que pasa a ser protagónica, al menos pasa a tener una cierta prioridad sobre la individual, lo que muchas veces a llegado al extremo de considerar que el trato personal, de la relación médico-paciente tradicional, como un privilegio sanitario (que se paga aparte).

Y de esta manera se pretende que el sujeto médico pase a entenderse en un marco general estudiado por la mercadotecnia o el marketing, por la salud pública, o la sociología médicas, etc. Las que hacen ingentes esfuerzos por entregar fórmulas de manejo productivo en salud, tales como vincular estratos socioeconómicos con opciones de seguros de salud, medir la capacidad de consumo o de gasto en salud, idear canastas básicas de salud poblacional, etc. En otras palabras, se trata de alcanzar la meta de un sujeto médico ponderado masivamente y de acuerdo con la producción de salud, según sus necesidades (consumidor), o como generador (recurso). Por cierto que todo ello ha traído como resultado un mayor pragmatismo para enfrentar la noción de sujeto, hasta el extremo de aceptar la utilización de un modelo humano que maneje simultáneamente, y con mayor expedición, sus dos naturalezas: la de (hombre) sujeto y la de (hombre) objeto. De manera similar a lo que ocurre con la teoría de la luz por ejemplo, donde se la representa como onda y corpúsculo a la vez. Solo que en este caso obliga al sujeto a asumir, en su conducta

como en su conocimiento, la irritante reducción a una cosa (lo que parece ser cada vez mas frecuente y enojoso). Un “sacrificio” que habría sido difícil de imaginar en otra época, pero que la técnica moderna solicita, y que a veces impone, como una condición para que el sistema funcione. Para que se nos otorgue alguna de las soluciones de salud masificada a la que tienen derecho los sujetos llamados pacientes, como también para que los sujetos que practican la nueva medicina tengan en claro las modalidades que pueden ofrecer. Esta situación dicta las normas para entender, tanto los juicios de mala-práctica, como los planes de eventuales reformas a la salud pública. De modo tal, que al final todos somos partícipes, aceptamos, y nos resignamos, con tolerancia creciente, a la experiencia de ser tratados con soluciones de salud masificadas, en las que hay que sacrificar componentes del sujeto, en aras de un sistema que nos organiza como objetos. Como por ejemplo, ya sea para la atención anónima de los hospitales, o bien para la alternativa de atención médico-comercial; cuando debemos defendernos con listados de derechos estandarizados; pero también cuando interactuamos con máquinas u ortesis que nos agregan funciones corporales perdidas. Pero, también estamos sacrificando un aspecto de nuestra dignidad de sujetos, cuando aspiramos a ciertos “sucedáneos de salud”, como estar “productivamente sano”; o cuando somos sometidos a la atención anónima de sub-especialistas, o cuando aceptamos que terceras partes se involucren en nuestra relación médico-paciente, etc.

Estos cambios acaecidos sobre el rol del sujeto moderno podrían ser incluidos en uno de los capítulos de la historia de la evolución del médico como artista. Quien tuvo que pasar, desde la virtuosa perfección moral, como del virtuosismo práctico del médico griego, hasta el trato provocativo de la naturaleza del médico-técnico actual (pasando por el papel del médico-sacerdote, al médico-mago del *Ars medicorum*, por el del genio de la sensibilidad moderna, hasta el del médico-científico). Actitudes que cambiarían la forma de conocer y tratar al objeto, una y otra vez. Sería interesante realizar al respecto, un seguimiento de cada uno de estos estereotipos históricos, y de lo que representan, asociándolo al papel con que cada época deseó para cada tipo de medicina. En tal sentido, y como se adelantara, le cabría una relación particular a cada uno de estos sujetos con sendos tipos de objetos. De allí que podría pensarse que a la disminución del objeto moderno, ya estudiada, no le cabía sino la

consiguiente disminución del sujeto, cosa que parece ejemplificarse en la historia de las relaciones (sujeto-objeto) médicas. Habría que considerar que el trabajo con un objeto en esta condición, tanto para el médico como para el paciente, hace descender también en su propia situación de sujetos. Por ejemplo, al restringir y obsesionarles con una hegemónica fórmula de destinos, la de provocarles para la producción. Sin embargo, y desde otro punto de vista, se podría pensar también que la actual voluntad de verdades propicia ahora de una más humilde relación sujeto-objeto, y que aunque lo haga de una manera algo insólita, aquello podría deberse a que pudiera estarse consolidando además una etapa relevante en el período que llamamos “modernidad”. Lo que podríamos llamar una renuncia, de parte del sujeto, a su rol de última y única variable, en la relación cognoscitiva con el objeto. Aceptando tímidamente, por ahora, la posibilidad de matizar con otros factores (como el endotímico, por ejemplo) esa relación, para que, a partir de aquello se reconozcan y se planteen algunos límites al conocimiento. Lo que parece continuar con la línea de desarrollo histórico de la metafísica, y que promete traer un papel más sabio y menos soberbio para la siguiente etapa de la voluntad de verdades. Así se estaría marcando otro de los episodios en la evolución del sujeto, como eje del giro copernicano de Kant, ahora que la verdad de lo constante hace más relativo el papel del mismo sujeto. Más específicamente, podría ser que actualmente se estuviera asistiendo al momento del sacrificio de ciertos aspectos cognitivos del sujeto, los que no le permitían aceptar a cabalidad su papel de ordenador o artífice teórico de objetos del conocimiento. Y con ello se daría otro paso para constituir un sujeto no solo más eficaz, sino que también más tolerante, y mejor adaptado, para enfrentar las demandas futuras. En una situación que, dicho sea de paso, trae al recuerdo aquel enigmático pasaje de Foucault, acerca del fin del concepto de hombre, al término del libro “las palabras y las cosas”. Es decir, de una representación que se dio el sujeto moderno a sí mismo, a partir del siglo XVIII, pero que ahora podría estar pronto a desaparecer, para dar paso a otra alternativa (Foucault, 1978, p.375).

En tales circunstancias de ordenamiento técnico-productivo masivo, que incluye a la relación sujeto-objeto, pareciera que el primer término de esta dualidad va a tener que revisar las reglas del juego otorgadas al inicio de la modernidad. Porque, entre otras cosas,

el sujeto de la modernidad tardía se encuentra incómodo en su papel, ya no encuentra la cabida, ni las respuestas, a sus actuales inquietudes. Lo que parece plantear un gran desafío teórico al historicismo filosófico que hubiera parecido absurdo a comienzos del siglo XX, como abstruso pareció a mediados del mismo siglo aquella frase sobre el final del concepto de hombre de Foucault. Porque en aquel entonces el papel cultural que le correspondía a las verdades técnicas parecía marginal, o ajeno al discurso intelectual occidental, como lo demuestra el discurso médico de aquel entonces (recordemos el reporte del Dr. Hervé, primera parte). Como se podrá comprobar, este lenguaje no contemplaba discusiones productivas, administrativas, económicas, judiciales, ni otras similares, entre sus prioridades. En todo caso, ha pasado menos de un siglo y las cosas son asaz diferentes, en este período de tiempo la definición de Arte y ciencia de curar ha sido desbordada (incluyendo todos sus cálculos científicos), pasado a jugar un papel secundario en el desarrollo de la medicina. Las evidencias parecen apuntar a que ella estaría pasando por un momento de transición en su definición, tras una imagen de cierta obvia coexistencia del arte, la ciencia y la técnica. Sin embargo, la presencia de esta voluntad de verdad-técnica es engañosa, puesto que en el ordenamiento que ella inspira (“lo dispuesto provocante”) requiere de la hegemonía y la exclusión de los otros tipos de verdades (Heidegger, 1983, p.96-97), y en este caso “disloca” tanto al arte como a la ciencia. Y con ello crea un sesgo adicional, de inestabilidad cultural, que es propio de esta época de cambios, y que indudablemente repercute en la definición de medicina, tanto en la dificultad para concebirla como en su inmovilidad. Pudiéndose decir además que la alternativa en la voluntad de certezas, que condujo a la modernidad, se encuentra anonadada frente de aquella voluntad de verdades técnicas, pareciendo incapaz de reaccionar. En tal sentido, la mencionada inestabilidad en la relación sujeto-objeto parece ejemplificar la participación de fundamentos en la situación paradójica de la definición de Arte y ciencia de curar. De hecho, todavía existirían pugnas internas, o conflictos entre tendencias básicas, y hasta problemas culturales pendientes, como sería el caso del auge del economicismo (mercadería) por ejemplo, lo que (en un futuro inmediato) debiera profundizar el problema de la medicina moderna.

Este tipo de aspectos (“novedosos”) son los que el historicismo filosófico debe ser capaz de ponderar, gracias a su mirada genealógica, porque ella posee los medios para colocarlos en una justa dimensión, frente a los antecedentes históricamente perdurables, y que también delimitan la actual forma de hacer medicina. Porque ella se alimenta de ambos, por un lado no ha dejado de usar el arte (como la ciencia) de curar, y por otro lado también está al servicio de la producción de salud (como del sesgo mercantil de Starr). Una materia que ya fue estudiada (segunda parte) en la caracterización de la medicina moderna, y más específicamente en la organización de esta de acuerdo con “estaciones” de la voluntad de salud, pero que ahora ello se ha retomado en una perspectiva genealógica. Y de esta manera es posible que aparezca un primer matiz, el de la relación de dependencia de la medicina para con el arte, una obligada relación que difícilmente permita una modificación de la definición que no asocie a ambos. Un vaticinio que se basa no solo en la historia en común, sino que además por el tipo de verdad que ofrece el arte a la medicina: el determinismo genético (arte). Y esto sucede a pesar de que el ejercicio del arte médico (de producción de salud) se haya estrechado hasta el extremo, bajo las condiciones de la provocación de la técnica moderna, y a pesar de las interferencias (deseo) conquie esta última desafía a la razón. En fin, todo aquello parece no haber cambiado lo esencial, incluso de esa fuerza pareciera haberse valido la actual definición de Arte/ciencia para continuar perviviendo. Ya que parece ser la determinación genética del arte, y no la de la ciencia, la única capaz de enfrentar con éxito a la fuerza de la paradoja, especialmente ahora cuando la técnica pone en entredicho a la ciencia. Además, y más importante que lo anterior, el arte parece ser el único capaz de abrir un flanco en la comprensión de una situación que la paradoja hacía parecer inexpugnable.

Y como si eso no fuera suficiente, la perspectiva genealógica desarrollada ofrece la posibilidad de dar otro paso más en la misma dirección, al descubrir ciertas áreas de análisis donde desarrollar el discurso historicista. Así se revelan algunos elementos comprensivos sobre la paradoja de la definición de medicina, e incluso a esta misma formando parte de un momento histórico de reordenamiento cognitivo concreto. Se trata específicamente del concepto foucaultiano de voluntad de verdades, con el que occidente se desarrolló desde la

Grecia clásica. Un concepto que a la luz de ese mismo historicismo podría haber llegado a la culminación de su vigencia, puesto que con la llegada de la técnica se le estaría reemplazando por una fuerza genealógica más básica aún que podríamos llamar “voluntad de producción”. En tal sentido, ambas voluntades podrían ser entendidas como instancias en las que se descompone la voluntad de adaptación de la especie. Y esta última formaría parte de la voluntad de poder que menciona Nietzsche como la forma que tiene la vida de auto-perpetuarse y crecer. En tal sentido, escapa a los objetivos de este trabajo señalar cual de ellos gobierne, porque lo que se espera en este caso, y desde el punto de vista genealógico, es que ilumine el nivel en que se mueve la técnica moderna respecto de la medicina. Como se verá en este punto, sobre la voluntad de producción adaptativa, se vuelve a poner de manifiesto el adecuado uso del recurso genealógico de la voluntad, el que debe evitar la tentación de avanzar hasta una temática demasiado general. En este caso no parece prudente ir más allá de los límites mencionados, y en tal sentido lo que interesa en esta materia es descubrir lo que hay detrás la voluntad de verdades y de su evolución, y hasta que punto la voluntad de producir podría ser la que gobierne este nivel genealógico. Sea como fuera, la autoridad de ambas voluntades pareciera provenir de sus aptitudes adaptativas, en conjunto con las circunstancias históricas, porque según sea la situación se va a preferir ordenar el conocimiento como la acción según un determinismo u otro, o incluso ninguno. Y la mejor respuesta va a estar dada por la adecuada ecuación entre estos términos, tal parece ser el fundamento de lo que se entiende por eficacia. En este caso se puede observar como, esta misma voluntad de adaptación, habría determinado la dependencia entre la medicina y el arte, justamente por la conveniencia de una medicina productiva. Porque esta formulación posee una mayor eficacia que las anteriores alternativas, en función de su logro o respuesta en la jerarquía adaptativa.

Pero así mismo, la voluntad de adaptación ha sabido ordenar o posponer la voluntad de producción durante mucho tiempo, incluso ahora la muestra parcialmente tras el productivismo, pareciendo jugar con ella. Es decir, por el mismo expediente que ayer le dio franquía a la acentuación científica sobre la artística, durante la modernidad temprana, ahora (durante la modernidad tardía) se la quita a esta para dársela a la técnica. Porque el

lato uso de la voluntad de verdad, como un vehículo para el desarrollo del discurso médico, fue una estrategia que ya no se necesita para el siguiente ciclo adaptativo, o para producir salud. Con la llegada de la técnica moderna le es posible actuar más directamente, y por ende más eficazmente, como motor de la producción, cosa que sucedía en menor medida a través de la voluntad de verdad. Lo que ciertamente deja entrever un mecanismo de tipo adaptativo, de una voluntad grupal, que busca organizarse por medio de la eficacia como herramienta. Cuya novedad es el descubrimiento del aporte técnico, en los términos que se ha venido señalando, y la subordinación de sus aliados más tradicionales, del arte como de la ciencia. Y en tal sentido, no se debe creer que la voluntad de producir haya hecho una excepción en este caso, porque el mismo mecanismo explicativo parece alcanzar las diferentes crisis sufridas por las definiciones de medicina, las cuales habrían sufrido también de los vaivenes de esta fuerza adaptativa, como del influjo de la eficiencia. Pensemos en el cambio del *Ars medicorum*, cuando se deja atrás el poco eficaz pensamiento analógico. O cuando se acepta la actual definición de arte y ciencia, para poder incorporar a este último determinismo, por ejemplo (ver primera parte). Es más, al asistir a este cambio, viene a la memoria la situación del comienzo de la voluntad de verdad, cuando se dejó atrás a la voluntad de sabiduría, un momento en que la producción no podía influir directamente sobre la historia porque la fuerza de su determinismo estaba aún muy pobremente dotado de conocimientos. Desde entonces se hizo patente la necesidad de conocer, pero del conocimiento cierto, objetivo, que pudiese predecir con eficacia. Y la respuesta la dio la ciencia. Solo que ahora no basta con la voluntad de verdad, ni siquiera con la voluntad de producir tradicional, sino que se requiere ahora una voluntad ligada al arte, pero como se ha dicho, en un sentido restringido del determinismo genético. Esta restricción de la producción, que es el fundamento de la técnica moderna según Heidegger (ver segunda parte), es llamada por este autor: “provocativa”; por lo que en rigor debiera llamársela “voluntad provocativa”. Es a ella a la que debiera indicarse como la actualmente responsable de lo que suceda con la medicina moderna, en este acontecimiento todavía inmaduro culturalmente.

Por lo tanto, si es a partir de la voluntad de adaptación que se organizarían todos los cambios definitivos, esto le daría a aquellos cambios una cierta dependencia y un cierto carácter de fatalidad (determinismo) o ley social. Porque se formaría parte de un proceso en el cual poco o nada se puede hacer, y que además es un tanto ajeno a la intervención humana. Lo que trae a colación la situación de la actual medicina, que parece conducirse de acuerdo con este predicamento hacia un destino que escapa de nuestro alcance, y que por el momento ha tomado la apariencia de una paradoja. Como lo deja entrever el somero análisis que se ha hecho de los factores que se están movilizándose para apoyar la eficacia técnica. Y como parece demostrarlo aquella situación creada por la necesidad o el deseo, interfiriendo el conocimiento hasta comprometer el orden interno de la relación sujeto-objeto, en aras de la eficacia y para asegurar la producción técnica. Por consiguiente se podría decir que la medicina asiste a la necesidad de adaptación de la estructura cultural, la que se encuentra validando un cambio en el eje de las voluntades, y contra lo cual no habría mucho que se pueda hacer por el momento, excepto reconocerlo. En todo caso, de dicha situación caben esperar noticias más bien positivas, porque nada indica que la voluntad de adaptación vaya a traicionar a su especie. En tal sentido se entiende mejor la actual etapa, como una de transición, es decir de un momento de viraje en la historia de la medicina, que está ligado al comienzo del uso de la técnica moderna, para organizar la eficacia desde las necesidades productivas. Para ello se estaría reorganizando la voluntad de verdad y sus componentes, incluida la relación sujeto-objeto, “por ordenes superiores”. Lo que por cierto constituiría un terreno de por sí resbaladizo para el análisis, y que obviamente deja en un pie forzado la definición vigente, explicando indirectamente la situación de paradoja por la que pasa esta definición. Una etapa que desde luego resulta difícil de entender al no conocer quién es el que da semejante orden, o en que etapa del desarrollo voluntarioso se encuentra. ¿Será la vida, la adaptación, u otra instancia (como la propia metafísica por ejemplo), la que estaría detrás de esta situación?. Y si fuera así, ¿cómo se podría avanzar al respecto si además hay que habérselas con continuos cambios, con inestabilidad, y hasta con crisis de principios tan caros como el determinista?, y todo ello para apuntalar una bisoña voluntad de producir. Hay que considerar que también juegan contra la comprensión de esta etapa de transición médica, su aparente desinterés por reordenar su definición en

cuanto representación, idea, esencia o ley, siguiendo los vientos que soplan hacia la producción, y que no generan obligaciones hacia la razón. De esta manera, parece ser que la paradoja pudiera estar cumpliendo con un objetivo que contempla esa voluntad adaptativa y que no incomoda sino que más bien protege su estrategia.

Sin embargo, difícilmente el historicismo pueda dejar zanjado el problema, o despejar los pormenores de esta etapa de transición, porque para ello se requiere del apoyo de un método que sea más generoso en su contribución teórica, y que permita profundizar más allá del perímetro histórico de la paradoja de la definición de medicina. Respetando la vertiente explicativa introspectiva, se necesita dar un salto más ambicioso en el sentido especulativo. Dado que para comprender la voluntad de adaptación, incluyendo las estrategias de la medicina moderna, habría que asumir materias con arriesgados objetivos teóricos, como el estudio de las mentalidades por ejemplo. En todo caso parece más promisoría esta estrategia que la de comprender aquella voluntad productiva, que intenta atiborrar al historicismo con información que se escapa a su capacidad. Quizás si solo así se pudiera establecer alguna relación con un modo de pensamiento, para comprender mejor los alcances de la voluntad mencionada. El mismo problema podría ser expuesto, de una manera más concreta, al observar lo imprudente que podría ser el realizar ciertas preguntas al historicismo, tales como: ¿qué hay detrás de la paradoja?; ¿será posible que los vaivenes históricos del conocimiento influyan de tal manera, en la definición de algo como la medicina?; y de ser así ¿de qué manera ello pudiera influir, en que la definición de medicina se haya distanciado de los cambios?. Y en ese caso, una forma de pensar (metafísica) concreta, como la técnica moderna por ejemplo, ¿cómo se vincularía a un tipo de mentalidad?. Incluso, ¿se podría reconocer detrás de esta forma de pensar mencionada, algún tipo de razón, vigente durante toda la historia de occidente (como lo sostuvo Foucault con su voluntad de verdad)?, y ¿hasta dónde se podrían seguir los elementos que constituyen esa mentalidad?. Y de ese modo, ¿se podría llegar a pronosticar la suerte, conociendo la futura conducta, no-solo de la definición de medicina moderna sino que de la medicina occidental como fenómeno cultural?. Como se podrá comprender este tipo de

preguntas requieren de otro tipo de metodología, una con mayor aptitud y ambición hacia la abstracción.

CAPÍTULO 4. EL TRASFONDO METAFÍSICO DE LA PARADOJA DE LA MEDICINA MODERNA

Finalmente, el método genealógico (“Herkunft”), ofrece una tercera alternativa metafísica, para darle más peso teórico a aquel hilo complejo de procedencia o de emergencia que llamáramos: “Aufkommen”. Y como tal, puede complementar los vacíos dejados por las otras dos opciones, porque tanto las conclusiones paradigmáticas, como las historicistas, parecen presentar algunas cortapisas teóricas. Tal como se recordará, ambas perspectivas ofrecen algunos déficits comprensivos, dado en el caso del enfoque paradigmático, por la rigurosidad de su propia teoría evolutiva de la historia; y en el caso del historicismo, debido a la amplitud del tema, como a la falta de distancia para interpretar la historia. Sin embargo, entre ellos queda un enorme margen para la aparición de otras perspectivas que ofrezcan cierta penetración teórica, y que permitan afinar las conclusiones. Y justamente, en ese margen es donde destaca esta tercera metodología, la que acentúa el componente introspectivo de la genealogía, permitiendo vincular los cambios en la definición de medicina con la evolución de una hipotética mentalidad sociocultural occidental.

Por lo tanto, parece razonable esperar que este método sea el adecuado, si lo que se quiere es profundizar en el fundamento del pensamiento médico actual, y especialmente en el origen la situación de la medicina moderna (y de su paradoja), vinculándola a una supuesta “mentalidad” del hombre moderno-occidental. Porque este trasfondo metafísico permite iluminar las raíces culturales y psicológicas (en el más amplio sentido de la palabra) que sostienen aquella paradoja. Hay que considerar la dificultad que representa tener que adentrarse en la proveniencia cultural del modo de representar “tendencial”, “desiderativo” o “productivista”. El que además estaría sumido en una hipotética etapa del desarrollo racional, que lleva el problema hasta los orígenes de la metafísica occidental. Sin embargo, este parece ser el desafío que se le presenta a este tercer enfoque, en la búsqueda de

comprensión sobre la actual paradoja de la definición de medicina. En otras palabras, y siguiendo la línea de análisis referida, esta alternativa o complemento de los métodos anteriores, se abocaría al estudio del marco general utilizado por el voluntarismo, para dirigir el horizonte mental del hombre moderno, y que en este caso queda representa la actual situación de la definición de medicina. Y a partir del grado de dificultad para comprender esta época de transición, es que pareciera justificarse la posibilidad de exigirle más a este método. Como aquello que alimenta el pensamiento médico moderno; su orden cognoscitivo subyacente; su vinculación con el sujeto moderno; y las consecuencias de todo esto sobre el ámbito de la metafísica actual. Porque, la hipótesis genealógica señala que sería a partir de esta relación, entre el sujeto moderno y su ordenamiento metafísico (develado por su mentalidad particular, incluyendo su devenir histórico), que habría surgido la paradoja investigada, como un ejemplo del tipo de representación arraigada en el actual orden metafísico.

Desde el punto de vista del sentido común, la relación entre la medicina y la metafísica parece ser un tanto obvia, aunque ello no sea así respecto de la definición de la primera, dado que toda definición es ya una representación, es decir: un tipo de razón o de idea metafísica. Y la definición no es otra cosa que la idea que representa lo más esencial de esta disciplina en un momento determinado. En ese sentido, le toca a la medicina compartir la evolución de la metafísica incluyendo sus particulares conflictos teóricos y hasta sus posibilidades genealógicas, a través de sus definiciones. Aunque el problema sea algo más complejo, ya que además de lo anterior, ambas se vinculan de una manera indirecta y más concreta, como la resultante de una actitud cultural vinculada a la evolución de la salud, incluyendo también eventos sociales, posibilidades productivas, y todo tipo de circunstancias históricas. Porque todo ese ámbito está empapado de significados metafísicos, tal como fue recogido durante el trayecto de este trabajo, cuando se asociaron los cambios culturales, filosóficos y sociales al cambio de cada una de las definiciones de medicina estudiadas (ver primera parte). Y en esa circunstancia cada formulación de medicina poseía su representación, que la ataba a cada uno de los ordenes metafísicos

preestablecidos, y a estos con un posible ordenamiento de la voluntad colectiva (de verdad, productiva o adaptativa).

Por lo tanto, en la relación de marras, la definición (cualesquiera esta sea) va a participar, y hasta a colaborar, con y desde la metafísica. Al menos, en la medida que así lo hacen todas y cada una de las representaciones, es decir para sostener un cierto orden (abstracto) de cosas. En tal sentido las definiciones de medicina no son una excepción, porque ellas pertenecen al ordenamiento sociocultural y comparten una mentalidad, que autoriza o permite aquel ordenamiento. Como lo atestiguan los cambios de definiciones (estudiados en la primera parte), y su papel indirecto en los reacomodos y reordenamientos culturales, con sus variadas soluciones metafísicas, que se levantan constantemente en la historia. Incluso, serán las mismas definiciones de medicina las que también muestren su participación en aquellas luchas, que se dieron al interior de la metafísica, al menos en el sentido que le da Nietzsche. Es decir que, por hacerse un espacio en este ordenamiento, las instituciones culturales tuvieron que distraer parte de sus recursos, desgastándose frente a las otras, para luchar frente a disposiciones religiosas, legales, policiales, económicas, u otras.

Por consiguiente, pareciera indudable que los cambios en uno de los términos de la relación también afectan al otro, quedando expuesta la definición de medicina a la evolución que experimente la metafísica. En otras palabras, la definición de medicina, empapada de contenidos metafísicos, tiene que suponer que sus cambios van a quedar sometidos a la condición de los demás conflictos metafísicos. Y que, un intento por explicar su situación va a involucrar necesariamente al otro elemento. En otras palabras, la relación entre “la definición de medicina” y “la metafísica”, remite al ordenamiento teórico que ejerce esta última. Y sin embargo, a pesar de su obviedad, aquello no se reconoce, y la relación de dependencia no parece ser un asunto de consenso. Al menos eso es lo que señala el desinterés de la medicina, abocada a la concreta labor curativa, o de producción de salud, por ejemplo. De hecho, esta dependencia de las definiciones de medicina respecto de la situación metafísica (o si se quiere meta-médica y hasta cultural), es un tema que ha pasado generalmente inadvertido, sin existir una clara conciencia sobre el papel de dependencia con respecto al orden metafísico. Lo paradójico parece estar en que sin este reconocimiento

no sería posible ordenar las conductas que cabe esperar de ella, las aspiraciones históricas y/o políticas al respecto, etc. En otras palabras, lo anterior sucede a pesar del riesgo de perder una garantía adaptativa para la labor médica, la que podría sentirse más segura de su proyecto, y tendría mayor control sobre el éxito de la tarea que se le ha encomendado para la actual etapa de su historia. Porque, según sea el grado de afianzamiento que se consiga, entre lo que se hace y lo que esta relación exige (expresado en la formulación de una correcta definición, que resume un mandato cultural), se va a ser más eficaz en la forma de producir salud. Y porque de acuerdo con ella se establecerán los límites a las múltiples exigencias que siempre se están haciendo sobre la medicina (ya sean legales, económicas, de poder, etc.).

En otras palabras, las líneas anteriores permitirían plantear la hipótesis de que esta definición, que no define, ni se somete al cambio metafísico, tendría que estar entabando el nuevo ordenamiento metafísico, y hasta su carácter “adaptativo”. Lo que hace incomprensible esta “actitud” de la medicina y su indefinición, al no cooperar con una esperada concatenación metafísica, ni con en el orden cultural o de la mentalidad cultural vigente. A esto se le suma la falta de diligencia para representar adecuadamente la llamada esencia de la medicina, re-estableciendo prontamente la redefinición del marco teórico, toda vez que el acto médico se ve afectado por este tipo de situaciones. Incluso, no pareciera concebible que esta disciplina realice su labor perteneciendo a un orden metafísico sobrepasado, ya que es este el que la ordena, la dirige y la trasciende, y no al revés. Y sin embargo, todo esto pareciera ser precisamente lo que estaría ocurriendo hoy en día entre la metafísica y la definición paradójica de medicina, una situación que motiva a aclararla.

Y para ello, nada mejor que recurrir a la autoridad de un valioso trabajo, adelantado por M. Heidegger, donde se desarrolla el problema de la evolución y el rol de la metafísica en occidente, algo así como la genealogía de la metafísica. Se trata de un esclarecedor análisis hecho por el autor sobre la obra de F. Nietzsche, y más específicamente sobre la forma en que este último entiende las relaciones entre metafísica y nihilismo. En este análisis Heidegger recoge el concepto de nihilismo como una meditación sobre la situación del

hombre actual (Heidegger, 1995, p.191), y que se resumiría en la frase: “Dios ha muerto”, porque allí se nombra el destino de dos milenios de historia occidental (incluyendo la idea de medicina) (op.cit., p.194). En todo caso, no se debe olvidar que en aquella frase, no se refiere Nietzsche a la idea concreta de un “dios muerto”, sino que a un concepto más abstracto. Habría que recordar, según lo refiere M. Heidegger, que este autor escribe esta frase en su libro “Gaya ciencia” (donde un loco pregona: ”busco a Dios, lo hemos matado y aquello aún está en camino”), para referirse a la hipótesis de que desaparece todo el “mundo suprasensible”, el mundo de los valores supremos, de la metafísica occidental, etc. (op.cit, p.196). Un ensayo muy esclarecedor y donde se abordan respuestas a preguntas, que apuntan a justamente a la inquietud por entender la situación del hombre moderno, tales como las siguientes: ¿pueden estos tres conceptos que aparentemente se contradicen (búsqueda, muerte y cambio), caracterizar la situación y el lugar del hombre moderno?, ¿se esconden en esta frase dos milenios de historia occidental?, ¿en que sentido caracteriza esta frase la mentalidad del hombre actual?. O bien, ¿ hasta qué punto la misma frase no podría estar también relacionada la actual y paradójica idea de medicina o acaso con su reformulación?.

Como se verá, el análisis de este concepto de nihilismo, que pudiera facilitar la tarea propuesta sobre la medicina, lleva el tema hacia un contexto más amplio, que va más allá de la historia de la racionalidad del hombre moderno. Vendría a ser la contrapartida de una civilización que se orienta, e intenta dar un giro, hacia una cultura principalmente voluntariosa, y en esa medida hace aparecer al destino de la metafísica, como orden teórico, en disminución. Algo de eso es lo que parece proponer F. Nietzsche cuando mira la filosofía desde un imaginario punto de vista futuro, en que la madurez de un “superhombre” (que es toda voluntad de poder) permitiría considerar en su mérito, y descarnadamente, a la metafísica de todos los tiempos, atendiendo a que ella representa el signo contrario al del ordenamiento de la representación. De hecho, este autor conceptualiza a la metafísica como un espacio histórico o una época de la historia del ser (op.cit., p.239), cuyos rasgos orientadores permiten una reflexión sobre el problema del hombre moderno imbuido en el despliegue histórico del nihilismo. Porque en suma, y

aunque sea desde el punto de vista de lo que se pierde (metafísica o la representación), allí se analiza la interpretación metafísica sobre la marcha de occidente debida al despliegue del nihilismo (op.cit., p.191). En otras palabras, el análisis de Nietzsche permite apreciar como “lo suprasensible” se convierte o se descompone en un producto de “lo sensible”, carente de toda consistencia (op.cit., p.190). Lo que a su vez otorga un marco general para la historia, según este peculiar y fructífero nihilismo, donde ciertamente que el hombre moderno también está inserto. Y de esta manera, este pensador ofrece la oportunidad, en primer lugar, de contrastar en una sola variable genealógica los diferentes hechos históricos acaecidos durante todo el período de tiempo que va desde la Grecia clásica hasta nuestra época. Un período de tiempo que, según él, se caracterizaría por la anulación de la fuerza constructiva de la metafísica occidental. Tal como lo demostraría la decadencia de las ideas, tanto de: Dios, la ley moral normativa, la autoridad de la razón, su mítico progreso y la no menos idolatrada felicidad de la mayoría, la cultura y la civilización, etc. (op.cit., p.200). A esto es a lo que él alude cuando manifiesta que muere, o que está muriendo ya, la razón y sus ideas, las que según anota Heidegger (op.cit., p.240), serían “adversarias del pensar”.

Pues bien, y tal como se podría apreciar, comienza a dibujarse una perspectiva muy auspiciosa para responder a las inquietudes planteadas. Donde este nihilismo pasa a tener un gran interés para el desarrollo de estas conclusiones, porque además facilita una reflexión sobre las posibles raíces históricas del tipo de pensamiento del hombre occidental, en las que se hace posible revisar el caso particular de la medicina moderna, como un tipo de medicina occidental. Y además, en tercer lugar, también interesa analizar el problema de la medicina usando este marco general, porque ello permite comprender el origen y el destino del cambio en la forma de conocer, como la de tratar, con una realidad (médica) que hasta hace poco estuvo compuesta por objetos y que hoy lo está por “constantes” o producto de consumo (Heidegger, 1983, p.84). En ese sentido, es que la comprensibilidad de la actual situación de la medicina, como expresión de la mentalidad occidental, se ve facilitada por la perspectiva nihilista de Nietzsche, permitiendo renovar la confianza teórica. E incluso, y no menos importante resulta, en cuarto lugar, la posibilidad de

solucionar otro tipo de materias, como aquellas vinculadas a los fundamentos y/o motivos por los que la medicina actual habría llegado a su condición voluntariosa, por ejemplo. De esta manera, y vista la definición de medicina, como parte de ese nihilismo, parece evidente que ella deba de correr la misma suerte que lo suprasensible, es decir que ella (como definición de arte y ciencia) también debería de estar muriendo. Dado que, como se ha indicado, el mundo suprasensible de las metas y medidas ya no despierta ni soporta la vida (Heidegger, 1995, p.229). Tal parece ser que es toda la actividad médica, incluida la meta médica de la salud, la que ha tenido que sufrir un cierto vacío metafísico. Lo que la torna cada vez más difícil de definir, mientras va corriendo la suerte de todo lo que pertenece al abstracto mundo de lo suprasensible. En lo que juega también un rol la desvalorización de los valores, que también pierden su fuerza (son paulatinamente un lugar vacío) y se descomponen por obra del nihilismo. De modo que si bien la medicina moderna recibe hoy un gran impacto de parte del nihilismo, según aquel planteamiento siempre ha sido así. Porque de cierta manera, es este el que le habría dado la oportunidad al cambio de definiciones en medicina, ofreciendo alternativas a cada crisis metafísica. Y en ese sentido, la actual diferencia con las otras crisis secundarias a los impactos del nihilismo, estaría más bien en las características o en la forma que ha ido tomando la medicina, más que en esa falta de reactividad de la definición que parece no definir ya a la medicina. Dado que la evolución nihilista de las mentalidades occidentales hizo cambiar varias veces a las definiciones, desde Grecia en adelante, y de seguro que ese mismo factor la hará cambiar de nuevo, ocasionando una demora que esta vez pudiera dejar mas en evidencia la ya tradicional descomposición de lo suprasensible. Y de esta forma, parecería difícil de establecer cual pudiera ser el momento por el que atraviesa la medicina moderna en su evolución de “agonía”.

Este camino recorrido por la medicina, y empujado por aquel nihilismo, coincide con el desarrollo de lo que llamáramos “voluntad de verdades”. Con ella se acerca el tema al rol de la metafísica, con una secuencia de cambios que correlaciona, los cambios de definiciones, con las crisis metafísicas. Las que habrían comenzado cuando la medicina griega dejó atrás a la metafísica presocrática, para abrir un nuevo camino llamado Tehkné

Iatriké, como su primigenia verdad, como una alternativa a la sabiduría presocrática cuestionada. Hay que recordar que en aquel entonces no se apostaba por cualesquier verdad, sino que por aquella con la que contribuyó Aristóteles, edificando una parte de aquella solución. Lo que a su vez influyó en que posteriormente se prefiriera la alternativa de una metafísica analógica (cristiana o esotérica), del *Ars medicorum*. Hasta que ella también cae, para aferrarse a otra opción metafísica, de la certidumbre positivista científica. En este caso participan de la reacción la ciencia, Kant, y otros factores. En otras palabras, también podría afirmarse que desde el punto de vista del nihilismo, las definiciones de medicina son mudas testigos de cómo cede terreno la metafísica, para resolver cada una de sus crisis. Lo que ha traído como consecuencia la pérdida del mundo suprasensible, de sectores de la metafísica, y de su entrega a la religión, a la ciencia, al esoterismo, etc. Como también lo demuestra la evolución del concepto de arte médico, del determinismo científico y hasta de aquellas representaciones que ella misma había construido (la cocción de los alimentos, los humores, el flogisto, las membranas, etc.). Y algo semejante ocurre con otras variantes que inciden desde el nihilismo sobre los cambios de definición, como es la desvalorización de valores propia de este largo período de acción y reacción (parcial) de verdades perecederas. De manera que, sorteando crisis, se llega hasta el actual momento médico-cultural, con la acometida de la técnica moderna y “lo constante”, que están obligando a un nuevo sacrificio suprasensible. Es allí donde cabe nuevamente plantearse el tema de las relaciones del nihilismo y la desaparición del mundo suprasensible. Entre otros motivos porque la teoría del nihilismo aporta variadas alternativas teóricas, y una polivalencia de significados, los que podrían servir, como en este caso, para comprender mejor el camino de cambios que ha recorrido la definición de medicina.

En tal sentido bien vale la pena profundizar algo más en algunos aspectos del nihilismo nietszcheano, para comprenderlo mejor, y con él el estado de la medicina moderna. En otras palabras, parece necesario distinguir, en su mecanismo de acción, algunos estados o fases, porque no da lo mismo referirse a unos o a otros. Entre estas últimas, M. Heidegger menciona a dos: a la primera le llama etapa futura, consumada, completa o final; y a la segunda etapa la llama actual, intermedia o incompleta. La primera se refiere al período en

que se realice efectivamente la transmutación de valores, y la segunda al tiempo durante el cual decaen o desaparecen los valores pero no hay un reemplazo definitivo (Heidegger, 1995, p.204). Por lo tanto, el camino entre ambos pertenecerá a la fase incompleta, y de las pérdidas suprasensibles que tengan lugar durante ese recorrido surgirían los conflictos que llaman tanto la atención. Pérdidas en las que intervienen otros dos factores más: por un lado los fracasos metafísicos, y por el otro la reacción de adaptación de las diferentes mentalidades ante estas dificultades (op.cit., p.203). Y de este modo, se puede comprender que interese, para comprender la evolución de la definición de medicina, el camino del nihilismo incompleto si lo que se busca es comprender aspectos concretos de la definición de medicina. Especialmente las consecuencias y formas de solucionar los impasses o fracasos de las definiciones, frente a las pérdidas metafísicas o a las nuevas definiciones. En tal sentido, se puede decir que el nihilismo incompleto puede revelar detalles de la lucha que establecen las diferentes etapas con que se define la medicina, según sucesivas crisis y soluciones metafísicas. Así se podría comprender mejor la actual opción productivista de la medicina técnico-moderna, y su abigarrada actitud práctica, si se la supone como una abigarrada faceta de lucha, mencionada a propósito del proceso de reacción metafísica. Pudiendo diferenciar sus factores adaptativos, de los defensivos y hasta ciertos tipos de lucha, frente a la actual desvalorización del Arte y la ciencia de curar (como factores suprasensibles que deben desaparecer). Y al mismo tiempo puede iluminar algunas defensas metafísicas, es decir tratativas de nuevas soluciones que intentan salvar y hasta demorar la situación de renuncia.

Pero por el otro lado, solo el nihilismo completo de Nietzsche permite postular una continuidad del proceso, y de esta manera ofrece alternativas totalizadoras y más comprensivas que las actuales, para analizar una situación que tiende a ocultar lo que sucede, detrás de lo ambiguo. Que suelen confundir, como en el caso de las manifestaciones técnicas, con su aparentemente enajenadora tarea de ordenar convenientemente la realidad para su explotación productiva, o de la renuncia a la crítica teórica, etc. Además, por su perspectiva teleológica, el nihilismo completo interpreta la historia desde una posible meta de la humanidad, que puede interpretarse como una

asíntota, a la que se tiende pero que no se llega. Y así, sin necesidad de aceptar en su totalidad el argumento nietzscheano de un final, como transmutación de todos los valores, su perspectiva de nihilismo completo ofrece una norma para graduar el valor de cada época. Y en ese sentido, ayuda a situar la actual posición de la definición de la medicina, e incluso ayuda en cuanto a la predicción de las conductas metafísicas futuras de esa disciplina. Aunque, también plantee otras preguntas, sobre el momento en que no habrá definición posible, o si debiese señalarse el límite de la metafísica en una intención de orden sobre los conocimientos (médicos).

Sin embargo, no es posible plantearse el nihilismo nietzscheano sin hacer referencias a un aspecto crucial, un aspecto proactivo que no se podrá vencer, encarnado por la voluntad de poder. Es decir, con el nihilismo gana la vida, porque ella obtiene una ganancia neta, y debido a esto es que ella permite incluso nuevas formulaciones metafísicas, para reordenar el conocimiento por un tiempo más. Sin embargo, como condición de sometimiento y abdicación a favor de sus designios, la metafísica deberá renunciar paulatinamente a otra parte de la pretensión de conocimiento. Permittedo comprender qué sería lo que le pasa a la medicina moderna la que, como siempre sucedió, no es sino que una expresión de lucha entre las nuevas necesidades voluntariosas o técnicas y un orden teórico precedente conformado por arte y ciencia. Según las dos vertientes del nihilismo y su desvalorización de lo suprasensible, las nuevas necesidades serían las exigencias propuestas por la vida y la voluntad de poder, las que reaccionan frente a una metafísica precedente puesta a prueba. Y frente a un ordenamiento que ayer recibió su autoridad de un tipo o etapa de la metafísica, pero que hoy ya no está siendo respaldado, y que por lo tanto obligará a la medicina a sacrificar pretensiones para adquirir un nuevo rol en la siguiente etapa metafísica que tendrá lugar a mediano plazo. Por cierto que no está de más el insistir en que aquella solución deberá hacer un enorme sacrificio en aras del aumento del rol voluntarioso de la naciente cultura.

Entonces, y en suma, al contemplar el curso de las redefiniciones de medicina, se observa una correlación con el destino de la cultura a la que pertenecen, y que el conjunto posee una dirección de cambio que parece darle la razón a la idea de una sempiterna desvalorización

de lo suprasensible (sin olvidar que ello tiene un contra-peso en el aumento de la voluntariedad). Y en tal sentido, se puede entender la aparición de una paradoja como una de las expresiones de lucha propias del nihilismo, entre algún aspecto metafísico que desaparece y la capacidad de reacción de la actual metafísica. En otras palabras, al apuntar a su existencia no se estaría sino que frente a una manifestación cultural, que representa el estado actual de cosas “típicamente” modernas. Algo así como la circunstancia mencionada por Baudrillard, y que este llama “la fuerza de la incultura” (1987, p.109), la que representa un emergente “nuevo mundo” que no busca la trascendencia, ni conceptualizar la realidad, sino realizar el concepto o materializar las ideas (op.cit., p.117). Una nueva cultura voluntariosa que se deja transparentar en situaciones paradójales como la mencionada, en un escenario que se está levantando todavía, representando la nueva mentalidad del hombre moderno. De cuyo advenimiento dependería que la medicina se redefina sobre sí misma, a la espera de lo que el nuevo orden cultural voluntarioso o productivista, y el nuevo estado metafísico le tengan reservado. Por lo que, se esté o no de acuerdo con la perspectiva del nihilismo nietzscheano, parece necesario profundizar algo más en este tipo de argumentación. Dado, entre otras cosas, su poder de penetración teórica sobre las fuerzas motivacionales (voluntad de adaptación) que pudieran estar dirigiendo la evolución del hombre.

Y en tal sentido conviene destacar, por el momento y especialmente, tres aspectos complementarios de aquel nihilismo, como son: la “desaparición” del mundo suprasensible, la “desvalorización” del mundo suprasensible y el “arte” como expresión directa de la voluntad de poder. El primero de estos aspectos, y que ya ha sido parcialmente adelantado, debe entenderse en la perspectiva que Nietzsche le otorga al nihilismo, como un espacio histórico o una época de la historia del ser, durante la cual las ideas metafísicas perderían su fuerza constructiva y se anularían. Se trata en todo caso de una corriente de pensamiento que se va imponiendo sobre las demás, la que confía cada vez menos, tanto de lo sensible como de lo suprasensible, y que por tanto va prescindiendo de la metafísica como arbitro de aquello. Y debido a que ella es la que permite distinguir entre el “mundo suprasensible” como mundo verdadero, y el “mundo sensible” como mundo aparente (Heidegger, 2000, p.503, tomo I), entonces la pérdida del mundo suprasensible conlleva la disminución de la

metafísica. Lo ocurriría paulatinamente, en un período tan largo de tiempo, permitiendo muchas instancias de reacción, que jalonan la historia de la metafísica como una secuencia de enfrentamientos sucesivos. Crisis gatilladas por una cultura que tiende a aceptar la incredulidad sobre las verdades suprasensibles, y últimamente hasta en lo sensible (lo que se entiende como apariencia).

En efecto, esta perspectiva parece ser lo bastante sugestiva como para ayudar a explicar las diferentes etapas de cambio que han seguido las definiciones de medicina, las que habrían seguido las mismas aguas, desde el naturalismo hipocrático al modernismo de la época técnica, por nombrar algunas. En otras palabras, tendríamos que aceptar al menos, en esta definición, un elemento innegablemente metafísico, tendría que afectarse con esa sucesiva desaparición del mundo suprasensible, en tanto que ella también es partícipe de aquel mundo y de su historicidad. Y en ese mismo sentido pudiera ser útil llevar esta hipótesis al momento actual de la medicina moderna y su circunstancia paradójica, puesto que en esa circunstancia pareciera que no se cumpliría la correlación entre pérdida del mundo suprasensible y reducción metafísica (cambio de definición). Porque esta definición, ligada al giro de las verdades objetivas, sería parte del mundo suprasensible que desaparece, pero que mantiene su definición. Pero también cabe preguntarse si en la hipótesis de desagregación metafísica desarrollada, y según la forma que posee el nihilismo incompleto, la paradoja no fuera tal sino que tan solo la fisonomía o la expresión de la certeza acorralada. De una certeza como expresión metafísica de la verdad (Heidegger, 2000, p.124 y 138, II), que toma esa forma al reaccionar y resistirse frente a una disminución en la jerarquía suprasensible. En otras palabras, y desde el punto de vista del análisis nietzscheano del nihilismo, existe la posibilidad de que esta paradoja se desvirtúe, y por ello convendría darle algún espacio al análisis que Heidegger ofrece sobre el fundamento de aquella evolución de la metafísica.

Este autor enmarca el problema tras la pregunta sobre aquello que pasaría si cayera la distinción entre un mundo verdadero y uno aparente. Y para responderla recurre a la relación entre el sujeto y la representación moderna, remontándonos hasta Descartes. Un filósofo que daba la mayor importancia a la tarea de conseguir y mantener principios de

conocimiento firmes y estables, que llegaran a definir la verdad como certeza (op.cit., p.141, II). Y de esa manera encontró una condición de particular estabilidad para la certeza en el sujeto (ego cogito), la autoconciencia, el sujeto o subiectum (ego sum), como aquello que subyace siempre en todas partes y que está permanentemente presente (op.cit., p.142, II) (Heidegger, 1995, p.215). Pero la certeza también debía incluir un cierto método, como lo demostraban las matemáticas y la ciencia, ya que solo así se aseguraba la correcta elección de la mejor representación (op.cit, p. 220). Por eso es que, de aquí en adelante, la certeza de esa conciencia metódica, será la llamada a determinar el conocimiento del sujeto. Se trata de asegurarse a sí mismo y de paso asegurar todo lo ente, es decir lo que es. Y como resulta obvio, todo aquello repercute en la autoconciencia, porque con una verdad como certeza y aseguramiento, el tipo de sujeto y su autoconciencia están al servicio de lo permanente, en otras palabras del representar. El ego sum resultante es una suerte de solución de compromiso, con una representación que asegura lo ente, pero pagando el precio de transformar la imagen de sí mismo en otro ente (el “sujeto”). De esta manera, y con la aparición del sujeto, la representación y el objeto se dan la mano, permitiendo que la naturaleza ya pueda ser medida como res extensa (Heidegger, 2000, p.137, II).

Y el mismo Heidegger cree necesario reconocer además que esta línea argumental del nihilismo nietzscheano, en que se desaparece lo suprasensible, tendría que hacer justicia a sus dos extremos, con Platón y Kant. Ya que es a partir del legado del primero que el mundo suprasensible fue entendido como equivalente del mundo real, y que el mundo del más acá, sensible y cambiante, fue tomado como irreal. Entonces el representar se regía por el ente, y se adecuaba a él, y lo reproducía (op.cit., p.412, I). Y porque todo ello remata en Kant, cuando el mundo sensible pasó a ser el físico, mientras que el mundo suprasensible fue el mundo metafísico (Heidegger, 1995, p.196). Dos hitos metafísicos que demuestran el esfuerzo hecho por grandes pensadores para ofrecer, cada uno en su época, diferentes soluciones que pusieran al día a la metafísica con sus respectivas crisis. Si bien en el caso de Platón la renuncia fue más brutal, debido a que para superar la disgregación y asistematicidad de la filosofía presocrática tuvo que construir una respuesta filosófica que renunciara al conocimiento de la verdad. Así a esta última tuvo que dejarla aparte, incluso

en otro reino, en el de las ideas universales. En el caso de Kant, hubo sacrificios importantes respecto de la desaparición del mundo suprasensible, dado que entonces la metafísica se enfrentaba particularmente a la todopoderosa ciencia. Y, en aras de devolver a la metafísica su categoría de guía del pensamiento, tuvo que renunciar al conocimiento de la realidad, cediéndosela a la ciencia. Y dejando para la filosofía una parte de ella: el fenómeno.

En esta línea explicativa, sobre la caída de la distinción entre lo sensible y lo suprasensible, resulta muy trascendente la llegada de la era de la técnica moderna (representado por “lo constante” heideggeriano), y su consiguiente oleada de cambios metafísicos. Porque a partir de ese momento, la desaparición de lo suprasensible recibe un enorme espaldarazo que podríamos resumir, parafraseando a Heidegger, en la pregunta siguiente: ¿qué sucedería cuando sea más importante la producción que la verdad?. Por supuesto que ello viene de la mano con un cambio metafísico, que la técnica moderna ha traído consigo, sobre el concepto de verdad como certeza por ejemplo, en un momento en que su determinismo sufre de tropiezos. Entre cuyas consecuencias ha hecho que el propio método científico reconozca su inseguridad ante la estadística, aceptando dar una cuota de menor garantía en sus representaciones. En ese sentido las raíces de la actual situación se remontan a la época en que la representación fijó el valor de verdad sobre lo estable, y cuyo resultado fue lo ente, pretendiendo ofrecer una realidad que parecía quedar asegurada y fija. Aparte de permitir hacerse una idea causal de la realidad, y por lo tanto de poder dominar muchas fuerzas físicas y químicas. Y así se ha hecho imposible seguir edificando un orden cultural en torno de este principio. Pero donde el sujeto tampoco otorga ya la necesaria seguridad o estabilidad al conocimiento, con sus sesgos cognitivos en la percepción del objeto. E incluso, la necesidad de la certeza deja ahora su lugar a la necesidad productiva, para colocar el objeto al servicio de la técnica moderna, etc.

Para Nietzsche, la fijación de lo estable en la representación de la realidad (la certeza), estaría dirigido por una voluntad de poder que solicita y hasta dispone de la verdad así establecida, y por lo tanto aquel aseguramiento se torna una prisión para la última. No hay que olvidar, que en el contexto del nihilismo nietszcheano, la desaparición de la metafísica

remitiría finalmente (como se ha adelantado) hasta una voluntad de poder (Heidegger, 2000, p. 402, I). Y en ese sentido, la actual y poderosa cultura de la técnica, con todo su productivismo y voluntariedad, solo estaría proporcionado una pálida prueba, y además indirecta, de aquella voluntad de poder nietzscheana, con la que ese pensador redondea el tema de la pérdida del mundo suprasensible. De hecho, la modernidad parece haber entendido de una manera intuitiva que la adhesión a esa voluntad de poder le reportaría autoridad a su fórmula metafísica de verdad, de una verdad con su giro voluntarioso, y que ha pretendido mitigar el poder de la representación. Y así fue que durante el siglo XX, y a través de la acentuación de algunos aspectos productivistas de la verdad de certezas, ella pasó a transformarse en una eximia herramienta adaptativa, que ha ganado el favor occidental, hasta el punto de que aquellas acentuaciones habrían pasado a tomar la hegemonía cultural. Por cierto que todo aquello generó una consiguiente crisis metafísica, que viene a ser el marco general en el que se debiera desenvolver la medicina moderna (y su definición), cooperando y luchando para dejar atrás su pasado, que la vinculó a la era de las verdades por certezas. Generándose de ese modo el marco en que hasta ahora se ha presentado lo paradójico, representado en su definición defensiva y conservadora, sin embargo a la luz de la teoría del nihilismo ello podría cambiar. Porque la misma paradoja puede ser interpretada como la forma que se comporta la definición al reaccionar frente al cambio. Y en ese sentido, se trataría de una situación más comprensible que lo esperado, o por lo menos abierta a la crítica. De esta manera parece identificarse un escenario de turbulencias y lucha, en el que ella estaría subsumida, como muchas otras instituciones y hasta representaciones “perjudicadas”. Y a pesar de la incomodidad, la hipotética participación de la definición de medicina en un fenómeno cultural, proporciona el fundamento necesario para dar otros pasos comprensivos en torno a la situación actual, y hasta hacer algunos tímidos pronósticos. Además permiten separar, como dos cosas diferentes, la esperada reacción de la definición frente a una disminución metafísica, y por el otro el destino de la medicina como factor cultural. Incluso, y vista de este ángulo, la paradoja aquella aparece como un recurso analógico para caracterizar el cambio de la metafísica objetiva en otra productiva.

Un marco paradójico si se quiere, debido a las enormes dificultades que la metafísica tiene que enfrentar en la actualidad, especialmente notorias si ello se estima desde el nihilismo completo (final del proceso). Y quizás si no tanto desde la perspectiva del nihilismo incompleto, porque allí sobresale la amplia gama de opciones que aún restan para rescatar a la metafísica de este trance. Para J. Habermas por ejemplo, la filosofía actual se ha vuelto inextricable, y especialmente la posición frente a la metafísica (1990, p.38). Quizás si sea esta diferencia de enfoques lo que ha determinado dos tipos de posiciones al respecto, la “pro-metafísica” y la “anti-metafísica”. Si bien la primera alternativa la limita su cuota de especulación, como forma de explicación teleológica, y cuyo valor está mas en el orden comprensivo que en la posibilidad de que efectivamente sea cierta. Y en tal sentido, al rematar en la supuesta abolición de la metafísica, permitiendo una comprensión teleológica de la actual situación de la medicina moderna, bien pudiera ser que esta última no resultara del todo cierta, pero aún así su valor explicativo podría ser de gran utilidad. A la segunda se le puede criticar su posición más parcial, al revelar un cierto interés en la defensa de la metafísica, ya sea para que mantenga la continuidad, la coherencia y hasta la sistematicidad en el orden racional. Es por eso que estas dos formas de entender la evolución de las definiciones de medicina, también parecen corresponder, en pequeña escala, con un tema que interesa a la cultura en su totalidad. Y donde se reparten los autores en sendas posturas, observándose un esperado predominio de la perspectiva pro-metafísica, que ve el fenómeno de la pérdida metafísica desde el camino y no desde la meta del camino, como la ven desde la otra orilla Nietzsche y Heidegger. La primera, sobre la actitud de tolerancia que despierta este proceso, generando lo que podríamos llamar una postura pro-metafísica, que defiende de los eventos del nihilismo incompleto, y que muchas veces podría ser entendida como una forma de asegurar privilegios. Y una segunda actitud, que podría ser llamada anti-metafísica porque valoriza más los elementos de desaparición de lo suprasensible que se descubren desde la perspectiva del nihilismo completo. Y de este modo, ambas permiten seguir y estudiar concretamente, los hitos que surgen con la pérdida del mundo suprasensible; aunque solo desde el segundo método se pueda comprender mejor la conducta futura de la definición de medicina y sus aspectos de mayor abstracción.

Sin embargo, y a pesar de todo, suele encontrarse con posturas como la de J. Habermas, quien apuesta a entender esta etapa metafísica sin pronunciarse sobre la meta que da sentido a la pérdida asumida, una vez más, por la metafísica. Modulando el cambio, estas alternativas pro-metafísicas rechazan a las anti-metafísica al tomarlas como posiciones de avanzada en el panorama de la filosofía actual, incluso frente al apoyo del positivismo por estas últimas. A pesar de todo, el proyecto pro-metafísico, que representa este conocido filósofo social, se apoya en el supuesto de que sea posible concebir al mundo como “racionalmente estructurado” (Habermas, 1990, p.45). Y en tal sentido tacha al movimiento anti-metafísico como escapista, y lo acusa de dar fórmulas de salida que representan una cierta huída de la filosofía, “desde la realidad hacia lo irracional” (op.cit., p.48). Aunque la pérdida metafísica igualmente se asume, como cuando este autor cree ver una salida alternativa en la renuncia al acceso privilegiado a la verdad, o en la adhesión al giro lingüístico, por ejemplo. Al respecto señala que, a fines del siglo XX, es posible de constatar solamente una renovación metafísica (op.cit., p.38), por medio de una ruptura con su tradición, pero en los motivos más que en el método (op.cit., p. 16). Pero, frente a dicha postura, se pueden citar otros autores contemporáneos (además de Heidegger) que también apoyan la crítica antimetafísica, como M. Horkheimer (Crítica de la razón instrumental), H. Marcuse y Ch.Taylor (1994, p.40).

Y entre aquellos que no menciona Habermas estaría J. Baudrillard por ejemplo, con su particular e intuitivo planteamiento que acentúa ciertos ecos nietzscheanos (Heidegger, 2000, p.403-404, I) sobre el “asesinato de la realidad”, en lo que él llama la “voluntad de ilusión” (Baudrillard, 1996, p.22). Al respecto señala que deseamos querer, creer y poder porque un mundo sin aquello nos resulta insoportable (op.cit., p.26), entonces creamos una ilusión, que llamamos “lo real”. A partir de allí, queda de manifiesto que se está dispuesto a “asesinar” a la realidad, para mantener esta ilusión, y que luego de hacerla desaparecer, se necesita también enmascarar esa desaparición (op.cit., p.17), porque de lo contrario quedaría en evidencia la irrealidad de la ilusión. Es más, este pensador ha querido ver en U.S.A. el ejemplo de una cultura adaptada y propositiva frente a esta coyuntura histórica, donde se justifica la ausencia e inutilidad de la metafísica, porque en ese lugar solo tiene

sentido lo que se produce y no lo que se piensa (Baudrillard, 1987, p.117). En otras palabras, U.S.A. encarnaría para él el principio de la utopía realizada, justificando la ausencia e inutilidad de la metafísica y lo imaginario... Y de esta manera, se expresaría el conflicto entre la mentalidad que termina y la fuerza de la nueva mentalidad moderna que comienza (op.cit., p.116).

Sea como fuere, pareciera haber un cierto consenso sobre un impasse entre la metafísica y el nuevo tipo de mentalidad moderna, ya que incluso J. Habermas (pro-metafísico) ofrece alguna solución para aquello, o como él lo llama una respuesta al “quiebre” que había vuelto a la filosofía “inextricable”. En otras palabras, y según la opinión de este representativo autor pro-metafísico, habría que retomar la metafísica y volver a readecuarla, porque ella todavía es capaz de ofrecer una comprensión del mundo, aunque descentrada, recurriendo a ciertos islotes sub-culturales (Habermas, 1990, p.38). En tal sentido concuerda con la idea de Nietzsche, de que la historia de la metafísica ha sufrido un constante sacrificio, de partes de sí, para seguir vigente. Una circunstancia que Habermas cree que estaría asociada a la actual sumisión de la metafísica al cientificismo cultural, llegando a caracterizar lo que él llama el tipo de racionalidad “procedimental”. Esto significa que: los juicios metafísicos se justifican en la medida en que tengan un respaldo semejante al científico, debido a la alta valoración cultural por la racionalidad de la vía que los ha establecido (procedimiento) (op.cit., p.48). En suma, los sacrificios que Habermas solicita de parte de la nueva metafísica incluyen su renuncia a la teoría explicativa (de esencia y fenómeno) por un lado, y por otro lado el abandono de una cara aspiración: de ser un acceso privilegiado a la verdad (el que ya no arroja luz a la situación del individuo en el cosmos). E incluso tendría que pasar por otra renuncia más: aceptar la desjerarquización de la teoría en favor de la praxis. Es decir, estas peticiones, formuladas desde la posición pro-metafísica, y para rescatar a la metafísica, parecen darle la razón a Nietzsche y lo que él llamó la época del nihilismo incompleto.

Aunque para Habermas sea discutible la apreciación de este último autor, él reconoce que la actual fisonomía de la metafísica se debe a que ella se ha dejado influir en demasía por ciertas raíces que provienen del nominalismo de-substancialista, del pragmatismo, del

positivismo y del estructuralismo. Aunque este autor no se pronuncia sobre la relación que el conjunto de todas ellas estaría teniendo, como formulas de respaldo a la aventura voluntariosa que ha emprendido el pensamiento moderno. Él parece ver aquello en lo que habría rematando esta corriente de la filosofía, en lo que él llama: el giro lingüístico de la metafísica. Lo que considera como una señal positiva, que dota a esta última de una más sólida posición teórica, en la medida que ha permitido sacar las “aporías de la filosofía de la conciencia”. Considera que tanto un Wittgenstein como un Austin, entre otros, han permitido la inclusión de un componente pragmático en el análisis formal (Habermas, 1990, p.57), el que actúa como un verdadero comodín que saca de apuros a dicha perspectiva. Sin embargo, acepta que de esta manera la metafísica quedaría reducida así a una labor de crítica, porque ya no puede ofrecer una alternativa de vida correcta ni feliz (op.cit., p.62). Una posición que toma preeminencia frente a la relación sujeto-objeto, como base metodológica de la nueva metafísica. Para él la filosofía todavía podría continuar con su tarea, gracias a esta perspectiva, menos pretenciosa de su papel de guardiana de la racionalidad (op.cit., p.18). Esta postura crítica pero pro-metafísica, asumido por Habermas con hidalguía, pareciera estar representando el malestar y la presión cultural por un cambio, el que posiblemente vaya en la dirección del nihilismo nietzscheano antes mencionado. Este autor por ejemplo, “salvaría” provisoriamente a la metafísica, al otorgarle nuevos límites para continuar vigente en la síntesis trascendental del individuo (tradición, experiencia estética, existencia corporal, social e histórica), la que ahora pasa a ocuparse de la productividad de la “vida” (esto justifica su existencia) (op.cit., p.51). Para ello está dispuesto a aceptar un nuevo y particular tipo de razón, obsesionada con lo instrumental (Taylor, 1994, p. 40-42), que rechazaría la hipertrofia del entendimiento kantiano (Habermas, 1990, p.18), evitaría lo individual (op.cit., p.163) y buscaría apoderarse del objeto (op.cit., p.55). Un tipo de razón sobre la que no hay todavía un consenso generalizado pero que desempeña un papel intermedio con la posición antimetafísica. La razón instrumental pasaría a jugar así un rol de avanzada entre los defensores de la metafísica, pero a su vez acercaría posiciones con otros conceptos que vienen desde la trinchera anti-metafísica, como el de la verdad de lo constante de Heidegger, por ejemplo. Se trata al fin de un concepto que tolera mayores cuotas de incertidumbre, convive con la

estadística y la multicausalidad, rigiéndose por patrones pragmáticos que permiten que todo funcione, o bien que al menos la producción no se afecte. Es decir que acepta un rol, o bien se ofrece como herramienta, para conocer y ordenar una realidad esquiva, en que la verdad objetiva y la certeza quedan suspendidas como una incógnita. Y frente a la cual los conocimientos, incluso el auto-conocimiento, serán conjeturables y provisorios. De esta manera, la solución habermaseana aparece coincidir incluso con algunos aspectos de lo planteado por Heidegger y el mismo Nietzsche, respecto de la desaparición de lo suprasensible, pudiéndose postularse como una alternativa intermedia o de menor graduación.

En tal sentido, la formulación que apunta Habermas, de un pensamiento post-metafísico se aviene, y hasta completa, la opción de racionalidad técnica, o instrumental (si se quiere) expuesta en lo constante, vinculándola al pragmatismo, utilitarista y tecnocrático de la técnica moderna. El que crece a la sombra de un instrumentalismo basado, no ya en la homologación de verdad con certeza, sino que proclive a la utilidad instrumental del conocimiento. Vale la pena hacer notar cuanto ayuda esta visión a un ordenamiento voluntarioso de la realidad. Toda vez que ello permite descartar el problema del significado, que parece restarle fuerzas a la perspectiva productiva, y por otro lado transforma las leyes científicas en meros instrumentos de conocimiento, para dejar (finalmente) al arte comprometido con la técnica. Y aunque no haya consenso aún, podría suponerse que esta nueva racionalidad voluntariosa podría haber crecido independientemente del vacío dejado por la pérdida de una metafísica basada en las certidumbres, incluso incentivándola. En todo caso, ya sea que se trate de aquello, que se deba a una de las opciones de huida hacia lo irracional, que fuera una manifestación de la desaparición de lo suprasensible, o una voluntad de ilusión, o de una mentalidad hacia lo dispuesto, etc. El hecho es que todas estas formulaciones apuntan en dirección a una cierta incomodidad metafísica anticipada por Nietzsche y que no puede sino traer enormes consecuencias en una civilización que hasta ahora ha sido dependiente de este recurso teórico. Ahora bien, si esta fuera la situación, parecería inevitable hacerse algunas preguntas como: ¿qué sucedería con la definición de medicina ante una perspectiva

obnubilada con las verdades de la producción?. Como se cuestiona Taylor cuándo señala que este tipo de razón efectivamente ha afectado a la medicina (Taylor, 1994, p.41-42). Y en el caso de una pregunta más específica, como la de una definición de la medicina, debería de tenerse en cuenta, cuánto habrían influido la merma de la metafísica y su razón instrumental en la representación que se tiene de ella, o más directamente aún, en su forma de definirla. Lo que de seguro resultaría difícil de precisar por el momento, justamente porque la metafísica no posee la fuerza necesaria para enfrentar estas respuestas. Entre otras razones porque el desarrollo de "verdades" pragmáticas o instrumentales la medicina ha sobrepasado la esfera de la razón. Y aunque al interior de esta disciplina se observa algún movimiento metafísico, este se da para el cálculo y la necesidad de aseguramiento global de todo lo ente, y también como representación. Y en ese sentido se entiende que no haya recursos para desarrollar teorías sobre el arte o la técnica médica. Entonces ¿para qué describir leyes del conocimiento técnico o del conocimiento artístico?, si lo que se requiere, más que una episteme, es una reflexión sobre el acto voluntario.

En otras palabras, la disminución del mundo suprasensible parece haber traído consecuencias sobre la medicina y sus necesidades, ya sean en su definición (macro-metafísica) o de conocimientos concretos (micro-metafísica). Porque ambas, pertenecen a una verdad que hoy por hoy se interesa más en el representar que exige la seguridad productiva, que en la evidencia matemática. Sacrificando otras facetas del representar como la de esencias, sentidos y comprensión. Incluso el ser sujeto se asegura ahora tras la certeza de su seguridad (Heidegger, 1995, p.221). No cabe elección, la metafísica tendrá que someterse y resignarse a un papel comprensivo que limite con la ciencia, cuando se trata de descubrir o sistematizar experiencia, o bien con la técnica, si lo que se quiere es organizar o producir. Y desde este ángulo, la respuesta a la pregunta por la definición de medicina también tendrá que esperar, porque por el momento no cabe, en el orden práctico, provisorio y humilde de la razón instrumental. Y en tal sentido, resulta comprensible que se promueva el uso de la paradoja, aquella que entre otras cosas ha pasado a definir provisional e indirectamente a la medicina actual. Ya que ella se aviene muy bien a las necesidades de orden estadístico, entre otras fórmulas de conocimiento preferidas por la

nueva formulación metafísica. Una verdad que se mueve en el ámbito de la micro-metafísica, y que trae el sello de lo instrumental, y que sería la responsable de crear un nuevo concepto de enfermedad: “el trastorno”.

Una entidad mórbido-pragmática, que se acomoda paradójicamente, tanto a la clínica como a las estadísticas; a los manuales; a la mirada tecnológica; al laboratorio (con sus teorías y cuantificaciones bioquímicas o genéticas); y hasta con el mercado de la salud. Ese trastorno pasa a ser así un impresionante concepto polifacético, que se diagnostica con arreglo a esas virtudes, aunque principalmente pareciera ser estadístico y mercadotécnico. Esta versatilidad le aporta una enorme capacidad para ser tipificado o adscrito a diferentes “llaves” clasificatorias, ya sean ellas: etiológicas, relativas a síntomas, síndromes, a resultados de pruebas de laboratorio, o incluso como constructos provisorios e instrumentales. Como se evidencia en las globalizadas clasificaciones de enfermedades actuales, tal como la décima “Clasificación internacional de enfermedades” (C.I.E.-10), un listado estadístico de daños esenciales y calificados a la salud, promovida para su uso por la Organización mundial para la Salud (O.M.S.). Quien se acerque a ella encontrará un enorme listado de trastornos, entendidos como desórdenes o disfunciones de la salud, con el fin prioritario de llevar una adecuada estadística, para la correcta utilización productiva y globalizada de la salud. Sin embargo, poco se ha meditado en las consecuencias de su uso, dado que dicha clasificación ha terminado dirigiendo la clínica desde estas nuevas directrices o verdades instrumentales.

Sin embargo, el problema que plantea el trastorno parece ir más lejos de su aptitud clasificatoria, en torno a verdades positivas. Porque la novedad que él traería estriba en el cambio de mentalidad que inspiran las verdades voluntariosas, más allá del tratamiento incluso. De hecho el trastorno no respondería, como las enfermedades, ante las demostraciones de verdades positivas, sino que recién se redonda cuando se correlaciona con algún procedimiento estandarizado, preconcebido, y calculado, ya sea por sus costos, o de acuerdo con su incidencia en determinadas tasas de morbilidad, etc. De esta manera, serían las verdades de eficiencia las que le otorgaría la sanción de verdad o de falsedad, sin la necesidad de ser terapéutico necesariamente. Y desde este fundamento, es

decir de la secuencia del mandato, es que él captura el interés productivo, y le tuerce la nariz a la clasificación anterior. Quizás si sea debido a esta razón que un trastorno propiamente tal, fluye como en un organigrama de flujos, hacia el casillero del manual de procedimientos médicos esperados, y allí encuentra su aceptación definitoria y definitiva. Así, el trastorno aparece como un concepto asociado a procedimientos operativos: lato, minucioso, y hasta descrito paso a paso. Tal es así que, el correcto uso de una clasificación de trastornos, seguida por su consiguiente tratamiento manualizado constituyen un aval o una norma del desempeño médico responsable. A lo que, en última instancia, podrá apelar el médico frente a posibles demandas judiciales de mala-practica. Porque la mentalidad técnica, voluntariosa y productivista, ha dispuesto que el trastorno aúne el diagnóstico, el tratamiento, y los procedimientos empleados en algo así como aquello que se ha dado en llamar “el combo”, en jerga de venta de productos masivos y de consumo. Y allí es donde encuentra el discurso de coonestación cultural sus argumentos de protección y prevención social. De acuerdo con lo expuesto, el trastorno habría pasado a constituirse así en un prototipo de ese tipo de razón, a la que la medicina también ha tenido que rendir pleitesía en todo orden de cosas. Tanto para esperar redefinir su papel, como para el conocimiento de sus diagnósticos y tratamientos, como para reorganizar la demanda de salud, etc. En tal sentido, este versátil concepto (trastorno) ha venido a llenar un vacío homogeneizando, o simplificando, sobre el tipo de representaciones usadas con fines clasificatorios diagnósticos. Y dada su ductilidad, en este concepto se reúnen, tanto la idea pragmática de la causa médica, como las evoluciones nosológicas, los síndromes, los síntomas, la opinión del mercado, la perspectiva del laboratorio, y hasta los intereses políticos. En tal sentido se podría decir que se constituye en una especie de “facilitador productivo”.

Este ejemplo trae a colación un aspecto que conviene recalcar: el grado de dificultad para entender la situación por la que pasa la medicina, y respecto de la cual nos ha puesto en alerta la paradoja de su definición. Una paradoja que parece provenir justamente de esas dificultades para poner en marcha un análisis o auto-cuestionamiento demasiado extenso, dada la amplitud de la anomalía. Habría que reconocer que ninguna disciplina podría estar preparada para esto, es decir para cuestionarse a sí misma frente a un problema como el

presente (ver caracterización de la medicina moderna en la segunda parte de este trabajo). Considérese a modo de ejemplo que habría que poner en cuestión desde la imagen que hoy se tiene de la medicina, pasando por el orden social que ayudó a consolidarla, por la cuota de poder que se le ha asignado, por los fundamentos que la sostienen allí; pero también por la forma en que se practica el acto médico, por sus programas de estudio, sus textos, etc. Como se recordará (de la primera parte del trabajo), no habría precedentes de investigaciones de este tipo, en relación a cada crisis de la definición. Sin embargo se ha supuesto que este movimiento pudiera estar regido por ciertas leyes, y que a ellas estaría apuntando indirectamente a esta paradójica forma de definir la medicina. En tal sentido, habría que resignarse a pensar que esta paradoja deja en evidencia hasta que punto la medicina moderna está caminando ingenuamente, y en penumbras, mientras que es llevada lejos de donde ella cree estar, lejos del Arte y la ciencia de curar. Lo que queda de manifiesto cuando ella tiene que hacer cosas para las que esa definición no estaba preparada, como repartir su poder con las terceras partes, como prepararse para producir salud antes que curar, como dejarse conducir por la mentalidad técnica, etc. Lo que ha significado que incluso, en su porfiado fijismo, haya tenido que renunciar a su capacidad de autocrítica y hasta a supreciado humanismo. Porque todo ello está inmerso en el sino de la hora actual, sujeto a una cierta voluntad de poder, que ordena: relativizar las instituciones culturales, e incluso el pensamiento mismo, como meros instrumentos; para salvar la metafísica, el orden y la coherencia racional (temporalmente).

Sin embargo, y tal como se había adelantado, el nihilismo nietzscheano nos tiene reservados otros elementos de juicio, que podrían ayudar a comprender la situación de la medicina moderna, y su paradoja. El siguiente aspecto tiene relación con la “descomposición o desvalorización del mundo suprasensible”, la que desde ya conviene tener presente porque ellos se da en forma simultánea con la anterior “desaparición del mundo suprasensible”. En otras palabras, para entender al hombre moderno y su cultura (incluyendo la medicina), es necesario tener en cuentas el proceso de pérdida de los valores supremos: de la verdad, de la bondad y de la belleza. Valores que han acompañado a la historia de occidente y que ahora, como consecuencia de su desvalorización (nihilismo) han

favorecido la idea de que el mundo ideal (suprasensible) no puede llegar a realizarse en el mundo real (sensible) (Heidegger, 1995, p.201). De esta manera y al igual que sucedía con las representaciones metafísicas, mientras decaen algunos valores surgen o reaccionan nuevos valores. Y de esta manera, entre ambos episodios van perfeccionando el citado proceso histórico, que Nietzsche llama el nihilismo incompleto. En ese sentido entiende este filósofo que el hombre moderno ha tratado de sustituir su falta de valores supremos con ciertos ideales religiosos, con doctrinas de felicidad universal, con socialismo u otras ideologías, y hasta con la música (como la de Wagner, por ejemplo), etc. Y como ya se adelantó la modernidad también pertenece a la etapa del “nihilismo incompleto”, la que tendría que alcanzar su completud (nihilismo completo) cuando por fin se logre la transvalorización de todos los valores tenidos por supremos (op.cit., p.204). Esto es, la aparición de valores nuevos e inversos, que vuelvan a estar al servicio de la vida, y de su voluntad de poder, y no de lo consistente o fijo (nihilismo incompleto).

Esta conflictiva de posible desvalorización ha sido compartida por muchos filósofos, incluso por aquellos que se sitúan en un plano axiológico más tradicional. Entre estos últimos, destaca el reciente aporte de un A. MacIntyre, quien afirma por ejemplo que la sustancia integra de la moral ha sido fragmentada, y parcialmente destruida, por una catástrofe que no ha sido reconocida (1987, p.18). Señala que no hay un modo racional de afianzar un acuerdo moral en nuestra cultura (MacIntyre, 1987, p.19), donde se mezclan, en un estado de desorden, las razones suficientes de placer, de deber, las estadísticas, etc. Se trata de un punto de vista llamativo sobre la ética actual, sobre todo para quien no esté habituado a estas materias, pero que se reafirma con las “alternativas” que ofrecen reparar esta catástrofe. Diferentes autores han venido proponiendo soluciones que parecen denotar un cierto grado de confusión sobre la materia, de falta de acuerdos básicos, de digresión, falta de profundidad, etc. Como queda de manifiesto si se comparan los “principios morales intermedios”, con la “mínima moralía”, o con la ética de virtudes aisladas, etc. Por lo que se podría decir que además de la desvalorización de los valores se puede apreciar también una desvalorización de la disciplina como de la explicación de este fenómeno. Lo que deja en una posición difícil a la investigación en este tema.

En todo caso, y simultáneamente a la desvalorización de la verdad como valor, mencionada con anterioridad, se ha desvirtuado también el valor de la bondad. Un valor crucial para la medicina y su trabajo, como lo comprueban los estudios de Laín Entralgo, Pellegrino y Thomasma. Este aspecto que incide en la amistad médico-paciente, en la confianza del acto médico, en la directriz del comportamiento médico, etc. (ver segunda parte), fue el centro gravitatorio, por decirlo así, de la medicina pre-bioética, hasta el punto de llegarle a confundir con “paternalismo”. Sin embargo, en la actualidad se ha transformado en un motivo de sospechas y suspicacias que lo han disminuido a un papel secundario en el esquema de la medicina técnica. Lo que se explica desde el punto de vista del “nihilismo intermedio”, puesto que las fórmulas de arreglo para ello representan a lo sumo señales provisionarias para enmendar la situación. Y en tal sentido el área médica puede servir nuevamente de ejemplo sobre cómo la desvalorización del valor de lo bueno ha desanimado la rearticulación de una teoría moderna de lo bueno. Como se recordará, esta sibilina pérdida de valor de la bondad ha sido promovida por el positivismo primero y recogida ahora por el productivismo, proclamando una salud libre de valores (“value-free”). Y como consecuencia se ha venido alentando soluciones médicas que han participado en la desvalorización de este valor, lo que finamente ha encontrado tribuna en la bioética. Detrás está el intento de hacer una nueva forma técnica de medicina, fría y calculada, en la que también se ha hecho partícipe la bioética. Frente a esta situación el médico se confunde sin saber a qué atenerse respecto de un valor que se desvanece como tradicional guía de su conducta, y sin que por el momento aparezca otro que pueda reemplazarlo.

De acuerdo con el análisis de Nietzsche, aquí nuevamente estaría jugando un rol la voluntad de poder, fundamental para definir lo que es valor (y lo que no lo es), como son las condiciones de conservación y aumento de la vida (Heidegger, 1995, p.207). Ya que es esta instancia la que pone sus puntos de vista para valorar esto o aquello, haciendo patente que es ella la que está detrás de la desvalorización de la bondad, como de la verdad, como movimiento indispensable para que florezca la vida. Al respecto, señala Nietzsche que lo que ha valido para el hombre es lo que él tiene por verdadero, es decir aquello que se representa correctamente (Heidegger, 2000, p. 412, I), es decir lo consistente o lo fijo, y a

su vez ello es preferido a lo que cambia y fluye, asignándole un valor. Aunque Nietzsche entienda de otra manera el problema del valor. Para él “hay valores” como condición de la vida, y lo que se haga va a ser valioso en la medida en que generan más vida, y no aquella interesada formulación sobre la base de lo consistente (lo verdadero). En esa perspectiva la vida trataría de asegurar sus condiciones, a través de la voluntad de poder, y son a ellas a las que quiere estables, y no a las representaciones, porque es el modo en que ella resuelve y cumple su propia esencia (op.cit., p.437, I). Mientras que en la valoración habitual (a través de lo verdadero) vale lo que posea el carácter de conservación y aseguramiento de la existencia consistente (Heidegger, 1995, p.207). Este contraste entre aspectos representacionales del valor con otros elementos, que formarían parte de su estructura interna, como la vida por ejemplo, permite entender mejor la situación de crisis de la ética convencional, y más específicamente el problema de los valores supremos. Si se toma en cuenta las dificultades por las que pasa la representación y la verdad, estudiada en líneas precedentes, entonces se podrá entender las consecuencias que ello va a traer sobre una ética que se fundamente en aquello. Si consideramos que la ética representacional, que levanta valores supremos, es la que estaría bajo estado de catástrofe, según MacIntyre, entonces se podría entender el que se revalorice el papel de las éticas que se ofrecen como alternativas. Como en este caso, de la que afirma el avance del nihilismo incompleto y la desvalorización de los valores. Y de esta manera, la diferenciación de perspectivas éticas puede ayudar a aclarar también el papel de la moderna crisis ética sobre la medicina por ejemplo. Dado que ella utiliza la formulación ética habitual, y representacional de los valores y no la nietzscheana. Entonces se podría suponer que la suerte que ella corra estará asociada con la que depare al valor de verdad y al de bondad. Y ya se ha visto que ambos pasan por un momento de crisis, tanto como valores tanto como conceptos o representaciones. Es decir que los cambios que afecten a la verdad parecen tener efectos morales, y que los cambios que afecten a la bondad debieran traer efectos sobre el conocimiento. Ello es lo que sostiene el nihilismo incompleto, cambios que implican la desaparición y desvalorización de todo lo suprasensible. Solo que en la medicina ello pudiera ser más significativo porque es una disciplina que genera vida, o salud. Y a propósito de esto aparece la salud asumiendo su doble faceta ligada al valor, por un lado

como dador de valor (como vida) y por el otro como representación de la vida (como valor). Y por lo tanto, desvalorizada como representación, y anhelante de generar más vida, como guía y motor de la voluntad de producción médica. Lo que le resta un claro potencial operativo, rector y ordenador del acto médico en cuanto representación, pero por otro lado la señala preñada de otras posibilidades como generador de vida. Con esa doble faceta, la salud parece hoy en día, perdida en aquel laberinto técnico (ver segunda parte) revalorizado circunstancialmente por la medicina productivista, mientras que se la observa también anhelante de consumir este nuevo paso en dirección al nihilismo completo.

En general, todas estas razones que apuntan hacia la desvalorización de la moral convencional, desafían a la medicina a participar en la vanguardia de una nueva forma de valoración, venida de su propia experiencia con la vida. Sin prohibirle que use de representaciones, pero que al menos supere las actuales dificultades que en ese plano. Porque en pocas disciplinas como en la medicina se puede tener el privilegio de estar al servicio directo de la vida, incluso sin el intermediario de la metafísica. He aquí un área, donde se confunden los límites de la moral convencional con la propuesta de Nietzsche, y donde valdría la pena profundizar. Especialmente si se considera que además la vida no se manifiesta solo en individuos, ella busca aumentar su aseguramiento, consolidando o debilitando centros de dominio, a través de los valores. Porque no es sino la vida misma la que se expresa a través de esa voluntad de poder, o del devenir, y esa voluntad se organiza en centros de voluntad de poder, entendiendo por tales al arte, el estado, la religión, la ciencia, la sociedad (Heidegger, 1995, p.208), la medicina, etc. Centros que últimamente intentan una nueva jerarquía desde sus aptitudes productivas, y que en tal sentido son dispuestos por la voluntad de poder, en orden a aumentar el poderío de la vida. El que no descarta la metafísica y sus reacomodos, para influir en la lucha que se establece en cada ocasión entre centros de poder (op.cit., p.208). Y a partir de estas relaciones, podría entenderse mejor que la voluntad de poder esté utilizando una vez más la desvalorización de los valores convencionales para ese efecto. Esbozando un panorama en el que la paradoja calza muy bien, sin exigir razones ni coherencias, y permitiendo que la vida reacomode las piezas valóricas para la siguiente etapa moral que le resta aún por

experimentar al nihilismo incompleto. En otras palabras, es la misma paradoja la que vuelve al tema del fundamento y el origen de los valores, más allá de la metafísica.

Habría que tener en consideración que la fórmula usada por Nietzsche para entender los valores, puede abrir una promisorio perspectiva de análisis para diferente tipo de inquietudes vinculadas a la situación actual de la medicina. Por ejemplo, sobre las preferencias de salubridad antes que curación, en casos tales como el de la cobertura de agua potable, cuya prioridad otorga mayores índices de salud poblacional. Porque, de acuerdo con el modelo nietzscheano, habría que aceptar que los intereses de la vida, que apuntan a la producción neta de salud, estarían con la salubridad antes que con la terapéutica, cuando la primera ofrece acceso al agua potable. Y que, en ese sentido, el aporte salubrista, ligado a la ingeniería sanitaria (por ejemplo), como valor, o centro alternativo de poder, produce más salud que la clínica, y que por lo tanto, la primera tendrá un lugar de privilegio, luchando más próxima a la vida. O dicho de otra manera, este ente que él llama la vida, preferiría la salubridad antes que la clínica, en el contexto actual de un proyecto técnico para la humanidad. Y en ese mismo sentido, podrían quedar más claros los propósitos a los que apuntaría una irrupción tan decidida de otras sub-disciplinas que han venido a reforzar la opción salubrista, como serían: el derecho médico, la bio-ingeniería (con la tecnología), o la misma economía, en el ámbito de la salud moderna, etc. Incluso, parece posible que a través de esta explicación nietzscheana también se pudiera despejar la duda acerca de una cierta sospecha sobre alguna negligencia culpable de la medicina moderna, ante su pérdida de status social. Lo que aparece refutado, desde el punto de vista del nihilismo nietzscheano, como ajeno a su responsabilidad, o a un supuesto desinterés por posicionarse, sin relación al empuje o a la potencia, y frente a ello tampoco parece jugar algún rol las dificultades en la definición médica. Porque lo que realmente estaría sucediendo, tras una aparente pérdida de su status social, en la que habría caído la medicina, es el resultado de una nueva jerarquía de valores voluntariosos. La que estaría determinada, a su vez, por una voluntad de poder que obliga a la medicina a tomar un nuevo rol, en la estrategia general sobre la salud globalizada. En suma, y como se podrá

apreciar, el aporte de Nietzsche en estas materias no parece ser inocuo, al permitir una interesante fuente de explicaciones que no debieran rechazarse a priori.

En todo caso, aquel estado basal de desorientación que aqueja a la medicina moderna, bien podría estar asociado con ese “nihilismo incompleto”, entendido como la suma de la desaparición del mundo suprasensible y de las desvalorizaciones señaladas, especialmente si se considera que ello acentúa la indefensión de la primera frente a los cambios desarrollados por la voluntad de poder. De hecho no se podría negar la fragilidad en que queda tanto la definición de la medicina y hasta la bioética, cuando los planteamientos metafísicos y éticos se ven sobrepasados, a falta de valores supremos, tales como la pérdida del valor de verdad, de bondad y de salud. Y si a esto se le suma la merma en la representación, se termina por reforzar la perspectiva de crisis asociada, observándose a ambas como frágiles y pasajeras respuestas que buscan organizar provisoriamente a la nueva medicina. Que, en el caso de la bioética, apuntan a las deficiencias que ella posee a la hora de proteger al paciente con fallidas jerarquías de valores. Así pareciera resentirse todo, progresivamente, y a pesar de los esfuerzos que se hagan para evitarlo (Araya, 1996, p.163-166). Esta situación, analizada en la segunda parte de este trabajo, parece hacer decaer también la práctica misma de este quehacer, la que desde el punto de vista más concreto, termina por moverse con menores exigencias en: conocimientos, disciplina, y hasta en el control ético del médico moderno. De hecho este “nihilismo” parece ser otro de los aspectos notables de la paradoja, no-solo porque frena la representación del nuevo ser de la medicina, y además marchita su actual forma de ser, al arrebatarle la convicción que en un momento obtuvo del Arte y la ciencia de curar. En tal sentido, se puede decir que la paradoja citada parece nutrirse de la desvalorización de la medicina en general, tanto por la desagregación de los vínculos axiológicos tanto como de los gnoseológicos. En ese caso, la situación paradójica en que se encuentra la medicina moderna se perpetúa con la desvalorización de la bondad, de la verdad y de la salud. Porque con la merma de estos valores las resonancias o las motivaciones flaquean, y dejan de atraer, se extravían o son impracticables. Pero aquella desvalorización no solo extingue valores, sino que también los reemplaza, promoviendo: la eficiencia, la autonomía, y el bienestar; y con ello le otorga una

fuerza evolutiva, y una dirección particular a la medicina, y de pasada refuerza la paradoja en el horizonte moderno.

Aunque esta no sea la única interpretación que cabe realizar, también pudiera entenderse lo anterior como una antesala para acelerar una reacción o una propuesta de nuevos valores, para reemplazar a los anteriores y ahuyentar esta languidez paradójica. Lo que sería doblemente importante, puesto que tanto la definición teórica (y su verdad), como la actividad en sí (con sus valores), dependerán de un recambio y de una revalorización, que proponga una nueva escala de valores, para encender la fuerza de cambios, la pasión y la entrega que necesita la medicina para enfrentar las nuevas exigencias culturales. Ello es un asunto que resta por resolver y que será solo el paso del tiempo el que lo zanje. Aunque, se trata de un espacio donde los esfuerzos que la medicina haga, van a contribuir solo indirectamente a cambiar las cosas, porque lo que pueda hacer va a ir a parar a un cambio cultural, y desde allí se readecuará lo que la medicina pueda ser en sí, según una nueva forma cultural o una mentalidad. En otras palabras, se trata de un problema que trasciende lo médico, ya que la desvalorización arrastra a la cultura entera, incluida la actividad médica. Y por lo tanto, la definición pareciera que deberá esperar que este nuevo ordenamiento le otorgue su próximo lugar.

En el caso de la definición de medicina y su paradoja voluntariosa, habría que suponer que la voluntad de poder ha sido la que habría impuesto la actual situación, como fuerza afianzadora de la vida, que atiende a su propia conveniencia. Y para ello, le ha asignado un valor (la cuota de poder) confirmatorio, a la definición vigente de medicina; fundamentado en primera instancia por la certeza de la definición, y luego en términos más relativos, por una paradoja en transición. Sin embargo, con el cambio en el impulso, queda la impresión de que la definición declina en su valor, abriendo un suspenso, en el que aparece la paradoja, asociada a la declinación de su valor adaptativo. Lo que a su vez ofrece la posibilidad de profundizar en el cambio (otra paradoja). En ese sentido, cabe la pregunta, ¿hasta qué punto ayudaría una teoría del valor a encontrar la razón por medio de la cual esta disciplina mantiene una desvencijada definición para fomentar la vida?. Y de ser así, ¿no será éste un ardid con que la voluntad de poder juega con la medicina para facilitar su

ulterior cambio?, porque en esa lucha la medicina parece estar facilitando el advenimiento de una nueva fórmula de definición, en la que no parece interesada en participar. Como tampoco se la ve entusiasmada por enfrentarse a otros centros de poder, para buscar el favor de la voluntad de poder. Quizás si estas inquietudes pudieran mover a interrogarse por el paradójal papel que en ello debiera corresponderle a la actual definición de la medicina.

En todo caso, este autor aporta otros elementos para entender la medicina moderna, como el papel que él le asigna al arte. Donde acoge el supuesto que se ha venido mencionando, sobre el rol de una voluntad que se encarga de corregir y hasta de reemplazar a la metafísica, en su misión de ordenar representaciones. En tal sentido le otorga al arte una función cultural imprescindible, y no como algo vinculado al gusto estético individual, como suele verse en la actualidad. Porque no hay que engañarse, Nietzsche define el arte desde una perspectiva inhabitual. Para empezar lo saca del punto de vista del espectador que disfruta con la obra de arte (pasivo), él lo define desde el punto de vista del artista, como productor (activo) artístico (Heidegger, 2000, p.75, II). Pero fundamentalmente lo expone como el verdadero motor que empuja la modernidad, mientras que completa la idea del nihilismo, como faceta positiva que contrarresta el movimiento negativo de los dos anteriores (desvalorización de valores y desaparición del mundo suprasensible). En otras palabras, él plantea un tipo de arte diferente al que propició la estética, a partir de Kant, ya que en el caso del arte nietzscheano se trata, ni más ni menos que de una expresión de la voluntad de poder.

Para valorizar el aporte de Nietzsche, es preciso recordar el tipo de arte propuesto por Kant, como: sensibilidad y gusto por lo bello, de parte de un observador pasivo (al que Nietzsche llama “femenino”). Por lo tanto, desde el siglo XVIII, y con la consolidación de la estética kantiana, el arte había pasado a definir solo el ámbito de las bellas artes. A pesar de que hasta el siglo XIX, se siguió definiendo, contradictoriamente como artística, a cualesquier disciplina que produjese algo. Mientras que solo hacia el fin del siglo XX, se libera el concepto de arte de sus cortapisas estéticas, dado que solo entonces se considera que las artes han sobrepasado el ámbito de la belleza, apuntando desde entonces al descubrimiento y a la expresión perceptiva. Y como resultado de este proceso, recientemente los esteticistas

han creído que ha llegado la decadencia de este concepto, dejando abierta la posibilidad de que otras definiciones de arte ocupen su lugar. Queda así abierta una enorme posibilidad de reinterpretar el significado de arte para la medicina, incluido su concepto productivo. En lo que podría ser tomado como otra consecuencia de la desaparición del mundo suprasensible, pero que en todo caso no quiere decir que se haya vuelto a la situación anterior, cuando la producción tenía otro sentido. Hay que tener en cuenta que el cambio en la definición de arte parece ser más bien un giro en la acentuación de la sensibilidad, desde la belleza a la perceptividad, pero que no llega hasta la producción o el productivismo. Y menos aún que se hayan aceptado o reconocido los vínculos del arte sobre la técnica.

En esto pareciera que la postura de Nietzsche se adelantó a nuestra época, reivindicando la posibilidad de sustentar el fundamento de una cultura voluntariosa, desde un concepto de arte. En un planteamiento que encuentran ecos, la vieja tradición de la medicina que se define como arte o *tekhné*, y hasta la línea argumentativa que ha desarrollado este trabajo. En otras palabras, este concepto de arte permite retomar algunos aspectos de lo planteado en la segunda parte: sobre el rol de un supuesto motor de la producción médica; de una motivación productiva como parámetro vinculado a la valoración; de la tendencia productivo-endotímica; de una voluntad de adaptación, etc. A pesar de que las cercanías parecen llegar hasta allí, ya que ese autor va mucho más lejos aún, cuando propone para el arte la dependencia de un querer más protagónico, como es la voluntad de poder. De acuerdo con esta perspectiva el arte pasaría ser una herramienta de la voluntad más extrema, del conquistador más independiente y menos ciego, que procede a descubrir, y abrir panoramas de apetencias próximas, para tomar por asalto al objeto apetecido. Y aunque este querer sería un motor interno de dicha voluntad, este nunca permanece inmóvil y siempre está ambicioso de trascendencia. Como herramienta de la voluntad de poder, es aquel ignoto querer el actor principal, es él el que conquista, el que abre perspectivas y las ocupa a través del arte (Heidegger, 1995, p.218).

El arte es pues, para Nietzsche, mucho más que un motor, o que un fundamento para una civilización voluntariosa, él está proyectado en un contexto de una sorprendente metafísica. Es un estado de conquista embriagadora, que como una suerte de libido natural, empuja al

hombre moderno a producir, desde aquello que fundamenta la voluntad de poder. Esto es el querer que además seduce a la realidad misma, para que se entregue al ciclo de esta energía. Y que además excita a la voluntad de poder, para que esta cumpla con sus ciclos y con la vida misma que espera el beneficio. Para Nietzsche, ese tipo de arte no solo organizaría el mundo sino que además lo mantendría en actividad. Como se verá se trata de un concepto mucho más amplio que el que ha utilizado jamás la definición de medicina. Aunque por eso mismo es posible encontrarlo en la base de la conducta del hombre moderno, como contrapeso de la descomposición del mundo suprasensible y la desvalorización del mismo. Porque, atendiendo a la explicación nietzscheana, en ese arte encuentra la voluntad de poder su oportunidad de consolidar la vida, explicando de paso que la etapa metafísica (como momento histórico) ha sido permitida por el arte. Y frente a la verdad queda más claro su papel de superioridad, como valor, porque él abre los aumentos de grados en la voluntad de poder. No hay que olvidar que para Nietzsche se tiene al arte para no perecer por causa de la verdad (Heidegger, 2000, p.403, II). Cosa que habría quedado de manifiesto, por ejemplo, en la evolución artístico-productivista de la medicina técnica de fines del siglo XX. Cuando aparentemente hubo un fallido intento de parte de la ciencia por deshacerse del arte, terminando ella misma, por ser superada por la productividad de la técnica, como tipo restringido de arte. Nos referimos tanto al intento instrumentalista de lograr una medicina objetiva, como a la posterior superación por medio de la medicina técnica de lo constante, ambas al servicio de una voluntad adaptativa, de poder, o tributaria de la vida. Ahora bien, de acuerdo con la idea de Nietzsche sobre el arte, que excita a la voluntad de poder y hasta a la misma vida hacia sí, para ser estimulada e ir más allá de sí, hacia sus arcanos, el mundo podría perfectamente pasar a ser una “obra de arte” que se procrea a sí misma. En la que muchas instituciones y disciplinas colaboran ciegamente y sin saberlo, como la medicina por ejemplo. Y en ese sentido deja en claro que con ese tipo de arte se sirve mejor que con la verdad a la voluntad de poder. De allí que, para la mentalidad del hombre moderno sea más valiosa la voluntad de poder y el arte (entendido así) que la verdad, dejando la imaginación al servicio del voluntarismo. Esta situación tendrá muchas consecuencias y entre ellas la desvalorización de la definición de medicina,

la tolerancia para con la paradoja, el descrédito de las humanidades médicas, etc. Y para que decir nada sobre la misma tarea de definición.

En ese sentido, la relación entre verdad y arte parece dejar de manifiesto hasta que punto evoluciona la definición de medicina siguiendo un destino productivo, al quedar en manos de una cierta voluntad de poder, que además le impide reparar hacia donde la lleva. De modo tal que, los cambios en medicina moderna, aparecen como una consecuencia del movimiento del arte, dirigido por la voluntad de poder. Lo que explicaría su falta de reacción; el engolosinamiento con sus nuevos artefactos tecnológicos; la entretención de sacar cuentas alegres sobre su eficacia; el ensimismamiento con problemas y desafíos bioéticos; la perplejidad frente a sus paradojas; la utopía de dar salud para todos; etc. Mientras que ella misma se deja conducir por una extraña forma voluntariosa de arte, que no logra recoger su propia definición. Es más, y siempre desde el punto de vista de Nietzsche, aquella voluntad de poder, definida por Heidegger como querer del querer, pareciera estárselas arreglando para encontrar en ese tipo de arte un impulso creativo que reordene esta paradójica medicina moderna, actualmente extraviada en lo dispuesto (o lo constante). Y lo haría, justamente, en la medida en que refuerza su vínculo con el arte, y a pesar de que la debilidad metafísica generalizada, en la que está inmersa, la que no le permite reconocerlo. Se trata de un tipo de arte que obviamente se ha desvinculado de la estética, y que ofrece a la medicina hacerse parte de una corriente cultural productivista, la que depende a su vez de la técnica moderna.

Llama así la atención que, una vez más, la medicina pudiera estarse adelantando a los lineamientos de una siguiente época, tal como Foucault lo apuntada, a propósito del destino de la medicina clínica. Sin embargo, esa parece ser su nueva disposición vocacional, la que la hace estar permanentemente en el epicentro de los cambios culturales modernistas, siempre más cerca del querer que del representar, de la praxis o del hacer antes que de la reflexión, etc. Como también pareciera evidenciarlo la evolución de sus definiciones, en la historia cultural de occidente. En tal sentido el arte abriría nuevos derroteros, que la verdad ordenaría posteriormente, para dejarlos al servicio de la voluntad de poder. Aunque esta característica (que Habermas llamaría de la primacía de la praxis sobre la teoría) no sería

algo privativo de la medicina, ni mucho menos, sino que una exigencia de la modernidad tardía, la que la ha puesto en la base de las modernas ideas de progreso, de conquista, de interés, etc. Aunque en ninguna de ellas aparezca un reconocimiento explícito ni al “eterno retorno de lo mismo”, ni al fenómeno mayor de “la voluntad de poder”, ni a la “desaparición del mundo suprasensible”, etc. Sin embargo, la perspectiva propuesta por Nietzsche sobre el arte, deja entreabierta la posibilidad de comprender mejor el papel que podría estar jugando la voluntad, desde la mentalidad de la civilización técnico moderna. Y al mismo tiempo, se podría decir que esta perspectiva de análisis permite descubrir el papel positivo que juega el nihilismo, respecto del origen de la mentalidad moderna. Lo que no significa que este aporte complementario sobre el arte permita comprender a cabalidad la situación actual de la medicina moderna y su paradójica forma de definirse. En ese sentido, lo que pareciera convenir es profundizar en los fundamentos de aquel nihilismo, para caracterizar el tipo de pensamiento presente en el hombre moderno. Ya que, así se podría iluminar la actual definición de medicina desde su interior, y no en sus contornos o como una silueta del fenómeno, tal como aconteció con el aporte del nihilismo y el arte nietzscheano. En otras palabras, para entender aquello que no quiere adaptarse al cambio, o aquello con lo que se estaría abriendo camino la medicina actual, se necesitan los detalles o la fisonomía del pensamiento voluntarioso y productivista. Porque el verdadero responsable del nihilismo, de la disolución del mundo suprasensible, como del sensible, y de sus consecuencias, se radicaría en ese pensar voluntarioso. Y por lo tanto, es allí, en este tipo de pensar voluntarioso, o más bien en sus fundamentos, donde habría que ir a buscar una explicación para la paradoja de marras.

CAPÍTULO 5. UN PENSAMIENTO VOLUNTARIO CONDICIONA LA DEFINICIÓN PARADÓJICA

El método genealógico escogido (Aufkommen), aquel que busca comprender un suceso desde su proveniencia interior, o desde sus raíces de introversión, encuentra una interesante fuente de información en el rol del pensamiento actual y su mentalidad voluntariosa. Más concretamente, se trata de vincular el cambio histórico-cultural con la forma en que hoy se piensa. Sin caer en la búsqueda de supuestos eslabones, o de “grados de exactitud en progreso” (Heidegger, 1995, p.77), como corrientemente sucede con este tipo de perspectivas. Este método genealógico queda ejemplificado en la evolución del concepto de ciencia, la que no fue experimental (parte de la ley), ni para los griegos ni para el medioevo (op.cit. p.80). De allí que la comprensión del aufkommen, examine la evolución de un concepto atendiendo los límites con los que diferentes tipos de mentalidades validan sus representaciones. Así permite plantear un período histórico, el que delimita el uso de la “representación analógica” en la historia de las definiciones de medicina, por ejemplo. Cuando destacan dos momentos: comienza con la aparición de la Tekhné iatriké, y termina con la transición del Ars medicorum al Arte médico (de curar). Un procedimiento que ahora viene a auxiliar la comprensión de la paradoja estudiada, avanzando en los límites y los elementos que fundamentan el pensamiento actual. Y para ello necesita avanzar en los mecanismos de acción, y hasta de la forma de articulación del representar voluntarista, su nueva mentalidad y su orden cultural.

Para empezar, habría que volver a señalar la particular naturaleza de este tipo de representaciones voluntariosas, que desde luego no poseen las mismas aptitudes, representativo-discursivas, que sus antecesoras (la representación cognoscitiva propiamente tal). No hay que olvidar que hacia fines del siglo XX el hombre moderno, como centro de

referencias, todavía ponía a lo ente, y a sí mismo, como imagen a representar por medio de la ciencia, el objetivismo, el subjetivismo y la colectivización (Heidegger, 1995, pp.86-87). En aquel entonces, las cosas pasaban a ser, en la medida que eran imágenes que se representaban (op.cit., p.88), objetivamente, se investigaban y sobre todo: se calculaban. Porque el hombre moderno desea configurar ante sí, y anticipar, un ente seguro (la representación de una imagen). Sin embargo, esta situación de ordenamiento perceptivo, cambiaría desde esa fecha, y la nueva representación deja de priorizar la claridad de las ideas, para tratarlas con (parafraseando a Nietzsche): el “martillo” (símbolo del trabajo). Es decir, desde entonces y en adelante, a la representación se le exige una seguridad o certeza compatible con la producción. En palabras de Heidegger, el investigador se ve empujado dentro de la esfera del técnico (op.cit., p.84). Y la cosa representada debe estar ahora preparada para asumir su nuevo rol en la producción, para recibir aquel martillazo productivo. Y para ello debe incluir, en el representar del ente, estas otras aptitudes, como la de aventar: motivaciones, necesidades, producción masiva, mercantilización (marketing), interés, manejo y explotación de la realidad circundante, etc. Así, esta nueva representación muestra a la cosa dispuesta, para que el hombre tome sus disposiciones frente a ella, dice Heidegger (op.cit., p.88). Lo que permite suponer que un interés diferente al teórico, mueve a la nueva certeza voluntariosa, atenta a los resultados de su intervención. Tal como parece manifestarlo la paradoja de la definición de medicina, cuyo interés permite desarrollar una nueva medicina sin tener que definirla.

En ese sentido conviene tener presente que este pensar-voluntarioso, que lucha por imponerse al meramente representativo, no tiene tantos reparos en tener que trabajar en condiciones de incomprendibilidad o de oscuridad intelectual, ya sea sobre sí mismo, sobre los procedimientos, los fenómenos técnicos (o tecnológicos), etc. Porque no está en su afán el resolver, o el ordenar comprensivamente estos fenómenos, sino que más bien el permitir la posibilidad de abordarlos eficientemente y de producir efectos. Aunque semejante perspectiva pudiera resultar un tanto abstrusa para quien la observa desde el punto de vista de la anterior metafísica positiva (externo). Lo que obviamente está señalando indirectamente el grado de dificultad que existiría para comprender el comportamiento de la

actual representación en la medicina moderna. Pero, este planteamiento también deja al descubierto la necesidad de plantear urgentes aproximaciones no convencionales, o si se quiere, de mayor osadía teórica al respecto. Como podría ser, por ejemplo, la utilización de la crítica nietszcheana de la modernidad (denominada por él “nihilismo”). La que permite recurrir a esos fundamentos (de carácter interno), del pensar occidental, para comprender la perspectiva voluntariosa de la actual medicina y su definición. Todo ello permite iluminar la forma en que el pensamiento actual se aviene con la paradoja y la técnica moderna, vinculando medicina y pensamiento moderno, en torno a esa mentalidad que ha sido sindicada como la presunta responsable de mantener todo este aparato conceptual en función. Así se facilitan las respuestas a ciertas preguntas claves, como la de una causa para la actual y trascendente mutación, que acentúa culturalmente a la práctica, en detrimento de la teoría (respecto de lo cual se ha venido reflexionando durante el desarrollo de este trabajo). En otras palabras, este enfoque pone su atención en la acentuación de las verdades de voluntad, sobre otros tipos de verdades, como las vinculadas a la representación (estricto sensu). Estudiando la forma de gestación, y el tipo de relación habida en el interior del pensamiento occidental entre ambas polaridades del conocimiento (voluntad y representación).

En tal sentido, y para establecer aquel marco genealógico de la interioridad del hombre moderno, se requiere la ayuda del citado planteamiento propuesto M. Heidegger, con su interpretación de F. Nietzsche. Lo que se encuentra contenido en su libro titulado: *¿Qué significa pensar?* (Heidegger, 1964), una obra en que se analizan las raíces evolutivas de la forma de pensar occidental, resumida en la frase de Nietzsche “el desierto está creciendo”. Con ella el autor hace alusión de aquello que ocurre al interior de la mentalidad del hombre moderno, en la que pareciera crecer un tipo de “desierto intelectual” (por llamarlo de alguna manera). Una metáfora con la que ese autor trata de ilustrar, o de responder a ciertas inquietudes genealógicas sobre el origen y la evolución del pensamiento moderno. Y donde es posible intuir las relaciones entre este desierto intelectual y el problema de la paradójica definición de medicina, por ejemplo. Ya que parece obvio que si el pensamiento actual estuviera yermo, como un desierto, ello debiera tener que dificultar tanto el ejercicio como

el uso de la definición, y hasta la aparición de alguna nueva forma para definir una actividad como la citada. Es más, a partir de esta frase pareciera posible comenzar a conocer las relaciones entre el pensamiento moderno y la paradoja, un tema que parece capital para entender la situación actual de la medicina moderna. En todo caso, esta frase fue acuñada por Heidegger del conocido libro de Nietzsche “Así hablaba Zaratustra”, para apoyar la tesis de que hasta nuestros días aún no se piensa (como debiera) lo grave (Heidegger, 1964, p.11), y para señalar la necesidad de un cambio en el pensamiento del hombre moderno occidental. Esto último, dado el peligro que él ve: que el hombre termine por instalarse en la superficie de la realidad o, lo que es lo mismo, en la periferia de su esencia (op.cit., p.59).

Llegado a este punto se revela la importancia de profundizar sobre las raíces genealógico-psicológicas, que hubieren en el origen del afán representativo-productivo del pensamiento moderno. Porque a partir de ellas se generaría una dinámica cognitiva que determinaría los límites (los temas que interesan, la forma de abordarlos), y las características (si pesa más el resultado, la emoción, el individualismo) específicas de la actual mentalidad moderna. Como se recordará, algo de ello se había estudiado al tratar el modelo psicológico la voluntad, que requería de la representación para actuar, es decir de una meta representada y apetecida, cuya nitidez otorga fuerza, organización y motivación para conseguirla (ver segunda parte, Ph.Lersch). Pero la perspectiva filosófica de Nietzsche va mucho más lejos que esta propuesta, al proponer a una peculiar relación de conflicto, entre voluntad y representación (CV/R), como el origen de la fuerza cultural occidental, y en torno a lo cual giraría su evolución. Este problema es un asunto genealógico porque permite entender el presente desde la historia de la metafísica occidental, la que ha venido intentando resolverlo o eliminarlo, pero sin resultados. Además, caminando por esa senda, se han dado origen a diferentes mentalidades o tipos de pensamiento, cuya evolución ha caracterizado el desarrollo de occidente, otorgándole un sello a cada cultura, permitiendo organizar diferentes formas del pensamiento, como de actividad (el quehacer, las instituciones), en cada época. Lo que alcanzaría hasta la modernidad y sus nuevas noticias (médicas), reportadas con el cambio de siglo.

Para ese autor existiría una relación entre la representación (con su “fue”) y la voluntad (con su “querer”), desde el momento en que ambas se necesitan. Más allá del hecho de que esta relación haya sido históricamente desigual, en occidente, y de que la acentuación de la representación haya determinado una metafísica occidental que terminó por interferir la humana finalidad de adaptación. De partida, si la voluntad aceptó esta dependencia de metas representables, lo hizo para influir sobre el presente, y para organizarse eficazmente. Mientras que, la representación terminó por olvidar que ella respondía al interés voluntario de ordenar la realidad, como a la corrección por medio de la experiencia voluntaria. De una representación organizada en base a entes, que significa: una idea, una referencia o construcción metafísica del ser, que nombra lo más universal o abstracto, a partir de la cosa particular, que aparece en su presente y en cuanto ella está siendo. Olvidó que a partir de allí tenía importancia su “adjudicar convenido”, y las exigencias tributarias de la memoria, es decir a “lo que ya fue” (al pasado), e incluso su propuesta de un presente en base a lo que ya no era, representado por un algo (un ente), que sigue perviviendo desde lo que ya se fue. Hasta que finalmente, aquel modelo metafísico entró en crisis, porque el presente así dispuesto generó dificultades prácticas, al obstaculizar el querer voluntario, el que debe luchar constantemente por perfeccionar la idea o representación del mundo, para pretender afianzarse en el horizonte de la vida en general.

De acuerdo con este predicamento nietzscheano, y ante la posibilidad de que este tipo de raíz genealógica, pudiera aclarar la forma de pensar del hombre moderno, e indirectamente su manera de hacer medicina, pareciera necesario analizar el tema. De esta manera, al subdividir el problema en niveles de integración, aparece con mayor nitidez la correlación entre este conflicto y algunos aspectos de la paradoja de la definición de medicina. En un primer nivel, y estrechamente ligado a la comprensión histórica de aquel conflicto (CV/R), se podría analizar cuanto cambia el problema con la actual acentuación que favorece a la voluntad sobre la representación. Recordemos que la preferencia por un ordenamiento voluntarista habría cambiado recientemente ya que, como Nietzsche lo señala, hasta hace poco regía el raciocinio representacional, positivo o legalista. Un aspecto que es compartido por otros autores como Habermas, por ejemplo, quien señala que en la actualidad se habría

invertido y dejado atrás el tradicional sometimiento de la praxis a la teoría (ver capítulo anterior). Trayendo imprevistas consecuencias sobre la definición de medicina y su nueva fórmula paradójica. Así mismo, pero en un segundo lugar, habría que considerar el papel que juegan las dificultades que tiene una voluntad que trata de afianzarse en su nuevo rol sobreponiéndose a las tradicionales dificultades. Es decir, trabajando contrariada, sin dejar de utilizar a la representación en su favor, como “herramienta”, y sin llegar a depender de ella. Enfrentando además al tiempo que apoya a la representación, desde el pasado y contra el devenir temporal, trayendo a colación la inexactitud y hasta la ineficiencia del procedimiento empleado. En tal sentido, esas dificultades del conflicto se reflejan también en la definición paradójica de la medicina, su solución provisoria, y la componenda entre necesidades de voluntad médica actual y la fórmula para representarla. Y por último, es necesario que también se contemple un tercer aspecto, referido al fracaso para superar el conflicto (CV/R), eliminarlo, darle límites, modularlo, o tan siquiera comprenderlo. Lo que ha traído diferentes consecuencias indirectas, como una grave, inadecuada y forzosa, dependencia respecto de los entes, y una renuncia al conocimiento del ser de las cosas. Como bien lo recuerda la definición occidental de medicina.

Ahora bien, respecto de la resolución del conflicto, por medio de la acentuación del factor voluntario, ello pareciera tener su explicación en la misma historia de decadencias que ayer validaron la aparición de diferentes discursos representativos. Solo que ahora ella continúa con otra manifestación de ese nihilismo, desafiando a la anterior hegemonía. Aunque en este caso ya no se trata de la validación de un discurso representacional sino que de uno voluntarioso, al valorizar culturalmente ese tipo de representaciones, las que han tomado la vanguardia de esta relación, de la mano con la técnica moderna. Este aspecto del conflicto parece estar condicionado por un cambio de preferencia, dado que circunstancialmente la modernidad está asignando otros niveles de importancia a cada uno de los dos elementos del conflicto. La perspectiva voluntarista actual por ejemplo, desautoriza parte del ordenamiento formado por las leyes de la representación teórica, de la verdad de la representación, si es que en la experiencia del primero ello se convierte en un obstáculo para manejar eficazmente la realidad. En tal sentido, y a los ojos de una re-definición

voluntariosa de la medicina moderna, por ejemplo, la paradoja resulta ser una formulación aceptable para el nuevo ordenamiento racional. La que no tendría porque ser rechazada, como lo demuestra la formulación de la definición de medicina, a pesar de que ello pudiera repugnar a la representación clásica. Y si bien es cierto que una representación paradójica no es plenamente voluntariosa, ella parece al menos promover aquella actitud indirectamente, al neutralizar o suspender la representación esencialista. Lo que, de paso, pudiera explicar la vigencia de la actual forma paradójica de definir la medicina, a partir de este conflicto de representaciones. Con todo, lo que más interesa es el contexto en el que se le da la oportunidad de aparecer a una definición como la analizada, porque de ser efectivo este supuesto y actual predominio voluntarioso, la cultura estaría dando un giro de incalculables repercusiones.

Sobre este último punto, habría que entender a la citada confrontación, de acuerdo con la perspectiva del “nihilismo” de Nietzsche, es decir como formando parte de una larga decadencia occidental, ocurrida en el seno de la historia de la metafísica. Lo que, desde luego, obligaría a darle más crédito al tipo de representación aludida por este autor cuando dice la frase “el desierto crece”. Y para ello habría que comenzar por aclarar aquel concepto asociado: la “devastación” (ni destrucción, ni aniquilamiento) del pensamiento actual. Entendiendo como “devastar” a la “obstrucción del futuro crecimiento”, y “al impedimento (obstrucción) de toda construcción del ser” (Heidegger, 1964, p.33). Aunque dicho sea de paso, no se trata de un impedimento absoluto, que liquide total y definitivamente la construcción del ser, ya que esto, es decir su construcción, continúa. Porque el desarrollo del ser es una tarea independiente de la voluntad, como de la razón, humanas, cuya influencia es más bien periférica al ser, en lo que incide de una manera parcial y sesgada, incluso bajo la égida de la técnica moderna por ejemplo. Y en tal caso, más que una desbastación, lo que cabría es una “desertificación”, puesto que sus constructos pasan a tener el árido sello de la cosa artificial, de lo constante heideggariano, o de la periferia aurática de la mercadería de Benjamin. Ahora bien, aquel pensamiento que representa lo devastado, y alejado del ser, parece ser especialmente vulnerable, en la medida que sea acentuado por otras alternativas de representación, como la voluntariosa. Como efectivamente sucede, en este caso con la

técnica moderna, y sus exigencias de autonomía de la voluntad frente a la representación, así como antaño pasó con otras opciones. Hay que considerar que las representaciones voluntariosas intensificarían la devastación, dado que ni siquiera buscan ideas esenciales, sino que más bien un ordenamiento por ideas instrumentales de eficacia.

Pero lo que interesa mayormente es determinar cual pudiera ser el posible responsable de todo aquello, o por así decirlo: la raíz genealógica interna o espiritual, que suele estar en el origen de estos casos puntuales. Más precisamente, cual pudiera ser la explicación o la esencia del representar “parpadeante”, de aquello que “centellea, brilla o aparenta resplandeciendo”, como lo llama Nietzsche (op.cit., p.75). En ese sentido postula que es desde esto último de donde pareciera que el citado desierto crece y adquiere su fuerza. Y Heidegger, citando a Nietzsche, afirma que el problema de la devastación del pensamiento radica en el reinado del representar, ya que allí sería donde históricamente se le ha obstruido. Se trata de un re-presentar que quiere decir: proponer solo lo que hay de brillante y aparente, en las apariencias superficiales y de primer plano (op.cit., p.82). Pero que al mismo tiempo, y como lo muestra el nihilismo nietzscheano, esta representación se viene debilitando históricamente, al disminuir su propia autocrítica, y al no poder aspirar ya al ordenamiento por excelencia, otorgado por la esencia (op.cit., p.84). Una circunstancia ligada al reordenamiento representativo, ocurrido desde el auge de la cultura voluntariosa, para establecer representaciones ya no orientadas a la comprensión sino a la motivación. En otras palabras, de ideas que orientan de antemano al cálculo, a la economía de existencias, y a sus noveles exigencias productivas. Pero estos cambios en el tipo de representación no deben de confundir, ya que ellos no sustraen de la forma parpadeante de pensar, lo que rige incluso para la manera paradójal de representar. Una formulación que pudiera estar sirviendo de puente, asegurando que se desplacen las representaciones por una alternativa más voluntariosa. Es decir, para que no se rechacen a priori a estas últimas, que proponen representaciones como “lo constante” heideggeriano, o como la razón instrumental, para dirigir la conducta productiva, se estaría recurriendo a una formulación paradójal. Pero, tal como se puede apreciar, cualesquier tipo de representación resulta igualmente periférica, superficial y dependiente de los primeros planos, puesto que profundiza la misma fórmula

de pensamiento. Por consiguiente, y más allá del deslumbrante afán voluntarioso, se ha de seguir reconociendo la validez relativa de lo que puede ser representado, porque ello se logra por medio de un pensamiento parpadeante, es decir que acecha y representa las cosas por sus apariencias.

De acuerdo a lo anterior, se podría interpretar que la representación paradójica de Arte y ciencia de curar, debiera de caer en los mismos límites que se vienen analizando, porque ella se habría establecido también en el consabido sentido de “lo convenido como valedero”, es decir desde “lo parpadeante”. Y de esa manera, la definición también tendría que ser clasificada como una representación parpadeante, que estaría obstruyendo el pensamiento médico, al apuntar hacia un representar periférico de la curación, artístico/científica. En vez de hacerlo hacia un tipo de mejoría sin compromisos con alguno de los términos de la confrontación voluntad/representación. Lo que además trae como consecuencia, que se le otorgan estos límites a todo lo que a partir de ella se represente (hacer imagen o acotar), es decir: desde ese plano oficial e interpretativo del ser actual de la medicina. En otras palabras, si se llegara a tomar la definición como un tipo de representación parpadeante, la que toma además una forma paradójica, voluntariosa, o técnica; entonces se estaría revelando el género del obstáculo al que está expuesta una futura construcción de su ignoto ser. Aparte de reconocer que, con este tipo de pensamiento se da una forma representativa a la actual figura de la medicina, en aquellos aspectos que más brillan, con una apariencia circunstancial, en: la curación, la ciencia y el arte.

En todo caso, y más allá de los límites entre estos tipos de representaciones parpadeantes, convendría concentrarse en algunas de las circunstancias que acompañan a ese pensamiento voluntarioso. Especialmente en dos de ellas: en la independencia respecto de su alternativa esencial, y en lo paradójico que puede llegar a ser esta forma de pensamiento parpadeante. Ya que la acentuación del primer punto habría favorecido el surgimiento de un tipo de representación voluntariosa y paradójica llamada por Heidegger: “lo constante”. Llevando, “abusando”, la idea de cosa, objeto, entes, etc., hacia un sitio de articulación de realidades productivas, de conceptos o “representaciones técnicas”, que conducen a la obstrucción del pensar, y hasta del flujo del ser. Como pareciera ponerlo en evidencia el cambio en la

cosmovisión médica, acontecido cuando este “adjudicar convenido” (representación) fue sobrepasado por su polo voluntarista, hacia la época de la técnica moderna. Y como ya se viera, con anterioridad, desde entonces, el pensamiento voluntarista ha venido demostrando cuan hegemónica es su estratagema representativa, toda vez que a partir de ella la realidad convenida, según aspecto o apariencia, habría acentuado el acuerdo anterior de no profundizar (de superficialidad) sobre lo adjudicado. Influyendo sobremanera su obsesivo afán, no solo de saltarse las anteriores exigencias de la representación, sino que también de otorgarle una menor influencia al contrapeso ejercido por el pensamiento esencial (destruido parcialmente por la acentuación modernista de la certeza). Una estratagema que incluye despejarle el camino a la nueva mentalidad, para que no sea obstaculizada por ideas, y se facilite el impulso a la acción.

En suma, recordemos que el término “parpadear” ha sido definido como el adjudicar convenido, con que el hombre moderno trata y justiprecia todas las cosas, pero ya sin la necesidad de convenio, según las superficies y primeros planos objetivos y circunstanciales (op.cit., p.82). El resultado es que a partir de aquel representar, también parpadeante, pero con un acento descontroladamente productivo, se transmite hoy el citado desierto. Y sin que ello llame a escándalo, y ni siquiera a preocupación, porque la representación voluntariosa no tiene tiempo ni interés en detenerse en este tipo de planteamientos, es más ni siquiera se percata de aquello. Como lo deja patente la paradoja que obstruye el ser de la medicina actual, re-orientándolo hacia una forma técnica, que supera la anterior obstrucción científica. De manera que, no debiera de extrañar que la actual definición voluntariosa de la medicina (también parpadeante), utilice el recurso de la paradoja de una manera tan abierta, ni que ello se dé simultáneamente con el fomento del desarrollo de estos primeros planos, ya que ambos parecen ser algunas de sus tantas consecuencias. Hay que considerar que si se quisieran observar desde un plano superficial y concreto también es posible ver las consecuencias sociales que trae este representar y su reordenamiento. Porque allí donde se compartiera el desierto con los demás, se multiplicaría culturalmente ese tipo de pensamiento, el que se proyecta en organizaciones parpadeantes, entre las que Heidegger cita: congresos, reuniones, comisiones, que inundan el orbe con sus conclusiones (op.cit.,

p.73). Conformando una perspectiva que termina por instituirse y re-definir instituciones, entre las que está la medicina moderna, como un alumno aventajado, siempre presta a colaborar, con el nuevo sino de la salud, y en este caso con la medicina de lo constante (donde crece el desierto de manera cuantificable). Y de esta manera se van estableciendo las bases o las medidas para fundar un orden mundial voluntarioso, coincidiendo con el surgimiento de una cultura voluntariosa, que establece representaciones orientadas al resultado, a la motivación, a resolver necesidades, a la acción, entre otras noveles exigencias productivas. Lo que pone de manifiesto, una vez más, la diferencia entre las formulaciones de conceptos para comprender algo, que para movilizarse y conseguir ese algo, tanto en cuanto a riqueza conceptual, como en consecuencias de todo orden. Lo que ocurre aunque ambas sean igualmente periféricas, superficiales y dependientes de los primeros planos, ya que coinciden en profundizar la misma fórmula. Esto es, con medidas corto-placistas, que no se formulan para respetar el ser de las cosas, y entonces terminan conspirando contra él (op.cit., p.84).

Conviene recalcar, a este nivel, que el pensamiento voluntarista se traduce en variadas repercusiones, cuyas características ya fueron expuestas latamente en la segunda parte. Entre ellas se podría recordar la medida en que la salud se ha hecho dependiente de una “opinión pública” teleguiada, es decir por un mercado de la salud que, entre muchas otras cosas, seduce a los médicos por ejemplo, para que asistan a grandes congresos médicos, o ferias médico-turísticas de la medicina, donde se les adoctrina en el estilo del pensamiento voluntarista, con su particular representar parpadeante, y sus arreglos y mise-en-scène, para mantener la producción de una industria en tal sentido, pero al precio de falsificar lo que es (op.cit., p.74). Formándose, entre la vertiente interior y la vertiente exterior o social del problema, mecanismos que tienden a confirmar la autonomía del pensamiento voluntarioso. Como lo demuestra el afán que este tipo de pensamiento tiene por dirigir el orden mundial, imponiendo la mítica idea de un estado de bienestar, al que todas las ciencias humanas debieran de contribuir, y así los hombres alcanzarían un idéntico estado de masiva felicidad. Y como una forma de asegurarlo ha surgido la reciente idea, también parpadeante (que brilla en la superficie racional), del “bienestar para todos” (op.cit., p. 83). Cuyos ecos

han llegado a influir la definición (parpadeante) de salud propuesta por la Organización mundial para la salud (O.M.S.), como un completo estado de bienestar: psíquico, físico y social. Estas características configuran un basamento, que facilita la paradoja de marras, la que se ve reforzada por los propósitos voluntaristas de una medicina que se aboca a los altos estándares de vida, a la organización de un mítico estado de bienestar (la felicidad para todos), a la defensa mancomunada del sistema actual, al interés que transforma los pensamientos (cualesquiera que sean, aún los mas profundos que se puedan pensar) en charlatanería o eslóganes, etc.

Pero tampoco habría que creer que esta acentuación voluntarista y paradójica de la representación, según su circunstancia cultural, traigan exclusiva y necesariamente solo circunstancias desfavorables, o desventajas para el desarrollo de la humanidad. De hecho, eventos de esta magnitud no se realizarían si ellos no trajeran aparejados ciertos aportes o ventajas adaptativas respecto de la época anterior. Pues bien, entre estas últimas circunstancias cabe destacar al menos dos desafíos, que podrían llegar a ser beneficiosos para la época que nace: el apasionamiento en la entrega voluntariosa y la aceptación del momento de transición representacional (con su actual etapa paradójica). Respecto del primero, habría que señalar que junto al crecimiento cultural del factor productivo, así como de la voluntad, también cabría esperar que se despertaran algunas añoranzas románticas, porque ambos (voluntarismo y romanticismo) parten de aquella socorrida suposición de Schelling: “no hay más ser que el querer” (Heidegger, 2000, p.45). En tal sentido, la pasión o el arrebató señalan el extremo romántico, donde mejor se revela el aporte de una época voluntariosa, cuando enfrenta una tarea, ya sea esta productiva o simplemente voluntaria. Al menos desde la óptica de Nietzsche sobre la voluntad, o más precisamente, de su idea de “forma originaria” de la voluntad. La que, como la pasión, nos saca de nosotros mismos y nos lleva más-allá-de-sí (op.cit., p.54). Un matiz con el que el autor quiere expresar que en la voluntad uno se dona, quedando atado a una resolución, que obliga a renunciar a uno mismo, y a sumarse al devenir. Es decir: al placer (ebriedad) de la vivencia de poder, otorgada por la vida misma (la voluntad de poder). En otras palabras, el querer toma las riendas, sobre el que quiere y lo querido (op.cit., p. 50), dejando al que

quiere en situación de tener-se (op.cit., p.59), o de re-encontrarse, en esa experiencia, cuasi mística. Un aspecto que ya fue considerado, a raíz de la evolución del impulso médico, y que ahora tiene la oportunidad de desafiar a la medicina como la mejor oportunidad, o el momento de mayor trascendencia en el rol médico voluntarioso actual. Cuando el médico actual, influido por la fuerza voluntariosa, podría sumarse al devenir, donándose a sí mismo (desafiando al pensamiento parpadeante), en la experiencia de su vuelo romántico de “querer sanitario”. Una aspiración poco debatida pero que bien podría pasar a constituirse en parte del imaginario médico actual.

El segundo aspecto positivo de esta forma de pensamiento, proviene de la posibilidad de que este ordenamiento cognitivo-perceptivo sea una etapa evolutiva, una fórmula de adaptación provisoria, o una determinada época del desarrollo cultural occidental, en el camino hacia una futura mejor aceptación del ser. Lo que de paso también incluiría a la funcionalidad de la paradoja, y su papel de transición, circunstancialmente necesario, quizás si para burlar la inercia representacional y permitir así el advenimiento de una nueva metafísica (pensamiento). Ya que bien pudiera ser que la multiplicación tecnológica de las capacidades perceptivas, como del poderío humano, requiera de una re-articulación de la representación, al modo voluntarista de la técnica moderna. Lo que podría interpretarse como parte de aquella nueva condición antropológica que ha llevado al hombre moderno a desafiar a la Naturaleza. De manera que, la vapuleada paradoja voluntariosa, deja de presentarse como un mero obstáculo, ya que ulteriormente ella también podría aportar, con modestia o sin ella, al desarrollo más pleno de lo grave. Entonces, habría que considerar que esta medicina, instalada en la periferia de las esencias, o más concretamente en los dominios de las paradojas, pasaría a constituirse en un desafío, más que en un hecho desesperanzador. Lo que desde luego no quita la inquietud de saber como se ha llegado hasta el extremo actual, con un pensamiento tan lastimado que ni siquiera rechaza su convivencia con la paradoja. En circunstancias que detrás de su representación, como algo conveniente y con ciertas aptitudes de brillo, se sospecha una actitud conspirativa para detener temporalmente el deseo de orden teórico. Una circunstancia que secundariamente le otorgaría una cierta autoridad y consistencia al tipo de definición mencionada, la que más

que definir parece ser utilizada periférica y limitadamente como: ornamento, tradición, disposición, declaración de intenciones, etc.

Mientras van apareciendo estas nuevas interrogantes, la forma voluntariosa del representar parpadeante pareciera no conmoverse respecto a las críticas sobre sus incapacidades teóricas, porque ella está fundamentalmente concentrada en los resultados de su eficacia, y en el aval de sus positivas consecuencias. Lo que no impide suponer que esta mentalidad debiera evolucionar, y abrirse a futuros desafíos, como los mencionados, o incluso otros, como la defensa de una correcta definición de medicina. No hay que olvidar que esta última está en deuda, al señalar solo una parte de lo que esa disciplina es, y de lo que debiera ser actualmente, lo que obviamente contribuye a deformar la realidad médica. Hay que considerar también que una nueva definición debiera trascender la certidumbre, y contemplar en su re-formulación aquella actitud de “acecho” sobre la salud. Porque solo así se estaría promoviendo la representación productivista, y el tipo de conocimiento, que requiere la técnica moderna, en la línea del ser médico que ha estado ligado al arte por milenios. Incluso, este tipo de representación, aleja a la definición, paulatinamente, de la esencia médico-productiva, de acuerdo a lo convenido desde la periferia, y aumenta la opción técnico-moderna de la medicina, al promover o al menos facilitar indirectamente el productivismo médico. De manera que, esa actitud de acecho, tradicional en el conflicto entre voluntad y representación (CV/R), parece exacerbarse a partir de una acentuación del representar voluntarioso. Todo ello obliga a considerar esta actitud de acecho voluntario sobre la representación, como un segundo aspecto a analizar en este conflicto. Lo que se agrega al condicionamiento de una voluntad que desea producir, superando sus dependencias, con la representación y con la circunstancia de su mismo acecho. Para rematar todo en lo que señala Nietzsche, con un ánimo característico, el de un espíritu conspirativo que él llama: “el espíritu de la venganza”. Donde venganza significa: perseguir, aguijonear, empujar o acechar la realidad (Heidegger, 1964, p.85).

Tal como se verá, esta segunda faceta, de las tres mencionadas, apunta hacia el núcleo del conflicto entre la voluntad y la representación. Es decir, hacia las dificultades que clásicamente desembocan sobre la acechanza de la realidad, y que se intensifican en el caso

del pensamiento voluntarioso del hombre moderno, que con su sobrevaloración de la voluntad hace crecer el representar hostigante de la realidad. Al menos eso sería lo que en primera instancia se desprendería del estudio de este espíritu de venganza, el que se vierte contra una representación tributaria de la memoria. La que nunca dejó de apuntar hacia “lo que ya fue” (al pasado), para establecer el presente, pero en base a lo que ya no era. De una representación que siempre pretendió edificar y ordenar una realidad, pero que ahora ha debido de soportar que la prueba quede en manos de una voluntad que trata de liberarse del pasado, que constantemente mira al futuro (meta), y que exige un “conocimiento interesado” para actuar sobre el presente. Entonces aparece el problema, cuando esta última constata que al solicitar representarse un algo (un ente), este sigue perviviendo desde lo que ya se fue, dejando al presente con inevitables dificultades, inexactitudes, contrariedades, engaños, etc. Y con el agravante de que estos errores condenan a la voluntad a la ineptitud, y que ellos solo pueden ser corregidos parcialmente, a pesar de la obsesiva asechanza para enmendarlos, o de su eterna persecución. Porque ese proceso de representación en base a tiempos idos, escapa a su control, y hace depender a la acción voluntaria de la representación, lo que siempre va a contrariar a la primera.

De aquí surgiría el espíritu de venganza de la voluntad, que según parece se mantuvo históricamente en un cierto margen adaptativo, sin crecer en demasía, debido a que posiblemente no hubo una presión cultural, ni por los resultados, ni por los rendimientos, ni por la eficiencia. Y en tal sentido la acechanza tampoco se convertía en una circunstancia radical contra la representación, y su acentuación esencialista. Y por lo tanto la necesidad del registrar y sustentar pensamientos de acuerdo a recuerdos, o huellas mnésicas, podía proseguir con su tarea de perseguir aquello que le interesara, aunque fuera en el plano superficial del pensamiento parpadeante. Sin embargo, y tal como era de esperarse, esta actitud cambia cuando las prioridades culturales obligan al pensamiento a privilegiar la acción antes que la teoría. Cuando la representación se ordena, más que para el conocimiento o el cálculo, para la producción, tal como sucedió con la representación técnica, después de la modernidad científica. Ya que si bien la anterior solución nunca dejó

satisfecha a la voluntad, hoy en día ella debe responder a una coacción de eficiencia como no la había tenido en la historia occidental.

Y por lo tanto, aquel viejo conflicto de acechanzas se vería exacerbado, por el nuevo condicionante, y sus exigencias sobre la voluntad, para que ella tome un papel más decidido sobre la representación de la realidad, posponiendo el ordenamiento teórico o esencialista. Por otro lado, este planteamiento se ve reforzado con la llegada de la técnica moderna, y su refinado componente de asechanza, usado por esta para la explotación de la realidad. En otras palabras, a partir de la acentuación voluntariosa de la representación, el problema del pensamiento habría adquirido otra dimensión, aunque siga referido al ámbito del pensamiento parpadeante. Con un giro que ha sido recogido entre los pormenores de este segundo aspecto del conflicto voluntad/representación, y que viene a proponerle a la modernidad tardía que piense en términos de un básico apremio de voluntad (presente), exacerbando el factor de venganza o de persecución productivista de la realidad. Es más, el nuevo tipo de pensamiento parece estar atravesado por una irritada percepción de incomodidad, contra aquello que se oponga a su accionar. Y no-solo por los condicionamientos del ya “fue” (pasado), de la falta de libertad respecto de la representación, de las dificultades de acceso al imprescindible presente (donde tiene efecto la oportunidad de incidir sobre la realidad), sino que también por una intolerable experiencia de impotencia, frente al actual mandato adaptativo de eficacia.

Y así, junto a la llegada de este pensamiento voluntarioso parece haber terminado el anterior ciclo histórico, que apostaba por un orden comprensivo, como motor del progreso de la modernidad, para dar paso al ciclo siguiente, esta vez de tipo pragmático y “no comprensivo”. Lo que podría aclarar, un poco más, el intento de caracterización (segunda parte) de la multifacética medicina moderna. Ya que bien pudiera ser que este pensamiento voluntarioso estuviera detrás del fenómeno de la técnica moderna, con su verdad de lo constante y su explotación productivista. Incluso, esta acentuación del pensamiento, aparece como una parte fundamental de la explicación moderna, con sus preferencias sobre los determinantes genéticos, la multi-causalidad y la estadística, por ejemplo. Pero también

estaría detrás de los afanes tecnológicos, la propensión al economicismo, el auge de las nuevas facetas del deseo, etc.

Un aspecto que es muy relevante, a la hora de analizar la actitud de un pensamiento que privilegia la voluntad, como lo deja ver el espíritu de venganza o de asechanza propuesto por Nietzsche. Ya que sería ese factor por el que pasa la anómala relación entre la representación (con su “fue”) y la voluntad (con su “querer”). Considerando que, por un lado, la voluntad requiere de la representación (metas) para influir sobre el presente, pero no consigue hacerlo porque esta última se lo impide, al ofrecer solo conceptos atados al pasado, a la memoria. De manera que la mencionada situación termina por generar una suerte de conmoción en la voluntad, la que llega a la contrariedad frente a la representación, porque la primera no se resigna ante una limitación temporal, tanto sobre el pasado como sobre el presente. Frente a este impasse, la voluntad responsabiliza, más que a la representación, al papel que juega allí el tiempo. El que, según Nietzsche, sería considerado por la voluntad como el mayor responsable de sus contrariedades e impotencia. Y por eso es que la voluntad dirigiría su venganza, y persecución, contra una peculiaridad del tiempo, esto es: “sobre lo que va pasando” (Heidegger, 1964, p.94), porque a ello se le atribuye la tragedia de todo pensar. En este caso, la voluntad, y su modo de pensamiento, no perdona que el tiempo esté constantemente desenmascarando como falsas a las representaciones, y su particular quietud, obstaculizando aquel orden racional del ser, necesario para actuar sobre él, y que por lo tanto se pretende definitivo. Ni que obligue a la voluntad a estar interrumpiendo su flujo, para estar reconsiderando todo ello, aunque se pretenda justificar esta conducta de las representaciones considerándolas como herramientas teóricas (ver razón instrumental de Habermas). Pero este conflicto, vinculado con el tiempo, va más allá todavía, y tiene también otros aditamentos, como aquel que afirma Nietzsche sobre el “repose”. Un factor que se va colando en ese “pasar”, de un “ya fue” a otro, y a otro más, tan característico de la representación. Un tipo de quietud que obliga a la voluntad a estar atenta a esta otra consecuencia, y a luchar en su contra, porque así se constituye la negación del cambio, uno de los fundamentos de la voluntad. En otras palabras, con este tipo de dificultades se le agregan más motivos a la actitud vengativa o de asechanza de la voluntad,

sumándolos a la experiencia de coacción de parte del deseo de representar, de la necesaria opción por el orden de las percepciones, de la imperiosa anticipación al cambio, etc.

De manera que, este espíritu de venganza (esto es de persecución y asechanza) con que la voluntad pretendería solucionar su impasse, y la repugnancia condicionada por el uso del representar, terminan por provocar un rechazo frente al pasar del tiempo, a quien culpa de sus dificultades para desarrollar la voluntad más excelsa, la del eterno querer (voluntad de poder). Por lo tanto, la voluntad que lucha contra el tiempo, pero que también depende de él, necesita reaccionar contra su propia ambivalencia, aunque el resultado sea inesperado. Porque al no poder prescindir de la representación, la voluntad va a terminar culpándose, sin dirigir la culpa en contra de sí, y sin siquiera poder reconocerlo. Así, esta voluntad vapuleada va a preferir disimular todo como un castigo (más justo) contra el tiempo y su pasar. Para Heidegger, la asechanza es contra el pasar y su pasado, tratando de dañarlo, e intrigando en su contra, para conseguir que no se disuelvan (esto es que permanezcan) los objetos del deseo (metas), que además justifican la voluntad. Es decir que, su afán de castigar al tiempo, que lo disuelve todo, es una solución que permite rechazar un aspecto de la representación sin negarla, porque la necesita. Aunque ello convierta a la misma voluntad en co-responsable de un engaño, que el tiempo desenmascara, con el cambio y su pasar. Para que finalmente quede involucrado hasta el querer del querer (voluntad de poder), al que le resulta doblemente injurioso terminar siendo obstruido, no-solo por el tiempo, sino que también por su dependencia del querer de la quietud (voluntad de representación). Ya que como tal, como expresión de la voluntad de vida, es especialmente sensible al ser y su movimiento en el tiempo, y por lo tanto no se puede amilanar frente a las barreras mencionadas.

En buenas cuentas, podría decirse que el análisis de la explicación nietzscheana sobre el pensamiento parpadeante y vengativo del hombre moderno, permite levantar una peculiar hipótesis voluntarista sobre la paradoja de la medicina moderna. Una hipótesis que partiría de un conflicto entre la voluntad y la representación médica, para llegar a hacerse patente en la paradoja de la definición de medicina moderna, cuando la asechanza impide la modificación de esta última, pero sin afectar el desarrollo de la voluntad. En tal sentido la

paradoja tomaría el aspecto de un “ardid”, disfrazando el cambio, que formaría parte aquel espíritu de venganza de la voluntad (médica) para con el tiempo que la urge, y para poder levantar deseos de una nueva representación, sin que ello obligue a ofrecer salidas. En otras palabras, se podría decir que frente a la evidencia de su impotencia, y al no contar con una alternativa, la voluntad médica habría decidido apoyar “vengativamente”, acechando, una definición (representación) que aparentemente no la ayuda. Y que este modo de acechar, aguijonear, o perseguir a esta representación se haría bajo la forma menos comprometedora, de una paradoja. De manera que ella misma pasaría a jugar un importante, y a la vez impertinente rol, que participa de las intrigas de la voluntad (médica) contra el tiempo. Como aquellas con que esta paradoja colabora dañando la fluidez del cambio en la definición médica, y así mantiene obstaculizado a la labor del tiempo y la más adecuada manifestación del ser médico.

Es decir que tendríamos ante nuestra mirada una faceta desconocida de la paradoja de la definición de medicina, que la revela como un insólito instrumento de hostilidad, vinculado a la frustración de la voluntad médica, y que lucha contra todo de aquello que haga desaparecer los objetos del deseo voluntario. En otras palabras, esta paradoja no sería un elemento inerte, sino que toma partido del conflicto, entre voluntad y tiempo (CV/T), para conspirar y hacer desaparecer al último del plano de la conciencia, y de esta manera permitir que el querer disponga de una representación sin cambios. Es decir, aquello a lo que se le ha llamado “congelación de la definición de medicina” estaría actuando a favor de una sempiterna voluntad y su querer, adueñándose del pensamiento médico-moderno, para cooperar en contra el tiempo. Y con ello, con esta actitud letárgica de la paradoja, el pensamiento voluntarioso pasaría a tener un significado más ofensivo que el hasta aquí considerado, reafirmando un rol más agresivo, como una suerte de “munición” disparada contra el devenir del tiempo.

De esta manera la voluntad médica pareciera recibir un apoyo de parte de esa paradoja, para continuar con su reconocida y desafiante labor, juntando presión (por así decirlo), a través de su querer, fomentando las nuevas necesidades de una medicina tecnificada, con sus deseos consumistas y/o cuantificadores. Y a cambio de esto, la paradoja recibe un

espaldarazo, y hasta un cierto protagonismo, por formar parte de una estrategia del pensamiento voluntarioso, con lo que incluso se le resta importancia a la definición misma. Y por consiguiente, el interés o la conveniencia médica, aparece aquí como co-responsable de la parálisis de la definición de medicina, en el marco de ciertas debilidades de la representación, que decaen por efecto del nihilismo nietzscheano analizado. Generándose una cierta sospecha sobre el procedimiento de cambios, que continúa obrando tras bambalinas, a la espera del mejor momento para traducirse en representación. Ya que todo este mecanismo permite suponer que la voluntad pudiera estar formalizando un cambio más rápido o más efectivo de definición, para que aquello desemboque en algún tipo de representación utilitaria. En otras palabras, la voluntad médica se encontraría en una situación ambivalente respecto de esa definición, por un lado depende de ella y por otro lado la rechaza. Dado que todavía necesita la vieja formulación para producir salud, aunque ella ya no sea su ambición secreta ni su actual mayor deseo. Por lo tanto, y desde el punto de vista de esta voluntad, obligada a acechar, como también a seguir haciendo, se puede comprender mejor que la añeja definición no se modifique, mientras que la voluntad continúa su pléyade de cambios médicos irrepresentables.

Además, habría que considerar el alto grado de fineza estratégica que parece estar detrás de esta faceta de la paradoja, tanto en su forma como en el accionar subversivo de aquella voluntad, la que lucha contra el tiempo, y para soltarse de las cadenas de la representación. De donde recibe la autoridad o la vigencia esa definición paradójica, parapetada en el pasado. Y que le otorga, un sorprendente pero valioso giro voluntarioso al problema de la paradoja, según el cual esta última pasaría a ser una herramienta de cambio, al servicio de la voluntad médica, y para enfrentar el futuro de esta disciplina. Un aspecto que de seguro debería tomarse en cuentas si se quiere comprender, y hasta proponer, futuras fórmulas de producción de salud, que aún no han sido representadas pero que pronto comenzarán a requerirse para acoger tanto cambio. En este sentido, podría llegarse a suponer que el pensamiento voluntarioso de la medicina, y su estrategia de mantener la definición paradójica, también podría estar sirviendo para diseñar aproximaciones bioéticas, que ayuden a comprender aquellos ignotos caminos (tecnológicos) que la actual medicina tiene

que recorrer en penumbras cognitivas, y sin estar preparada para hacerlo. Especialmente de algunos principios comprensivos asociados a problemas críticos, como aquel que vincula la voluntad “vengativa” del hombre moderno contra la misma naturaleza (ver segunda parte). O como aquella necesidad comprensiva sobre la evolución de la medicina técnica, que incluye ínsitas tendencias a fragmentar la disciplina (el diccionario Mosby trae un listado de más de 20 acepciones de medicina). O bien, sobre el quiebre entre las formas instrumental y tradicional de dar salud (Araya, 1996, p.167-169). Todo lo cual debiera de ayudar a valorar mejor la necesidad de una adecuada representación de lo que está sucediendo con la medicina moderna. Y si todavía resultara osada una explicación teórica o conceptual, al menos se podría intentar una pre-comprensión técnico-voluntariosa, en un papel que tal vez se asemeje al del olvidado cartógrafo renacentista.

Tal parece que la paradoja de la definición de medicina, vista desde relación entre la voluntad, el tiempo y la representación, más que formar parte de aquel nietszcheano espíritu de venganza médica, estuviera incluida en él. Porque aquella definición, que ya no interpreta la producción de salud que hoy nos rige, y que reposa en una representación de arte y ciencia que ya fue, lo hace sobre el exacerbado talante vengativo y la carga de conflictos en la que se desarrolla el contrapunto entre el pensamiento voluntario y la representación. Lo que desde luego que dista mucho de una venganza concreta, como la propuesta por I. Illich, a propósito de la iatrogenia del médico. Donde sí podría suponerse un papel más protagónico de parte de esa paradójica participativo venganza de la némesis médica de Illich, la que proyecta nuestros temores sobre la época y la medicina moderna. Por el contrario, lo que aquí interesa estudiar es aquel espíritu vengativo, o de acechanza que constituye un método de la voluntad médica, en un plano de génesis histórico-cultural, respecto de su relación con la representación de la medicina actual (bajo la forma de una enigmática paradoja de Arte y ciencia de curar). Por la posibilidad de que ese impasse del pensamiento médico pudiera ser el origen tanto de una confusión metafísico-axiológica, como de los temerarios cambios tecnológicos y economicistas, de la medicina moderna. Por la necesidad de determinar una cierta agenda médica de futuro, con temas de urgente solución, de acuerdo con esta particular jerarquía de problemas del pensamiento médico

voluntarioso. La que incluiría interrogantes tales como: las implicancias de la acechanza médica sobre un ámbito de representaciones parpadeantes, que renuncien al ser de la enfermedad; la forma de controlar un ímpetu voluntarioso (médico-productivista) seducido por la supuesta eficacia técnica de lo constante, en la periferia del ser; las consecuencias de una transición paradójica de la medicina que mezcla representaciones basadas en la certidumbre científica con un presente voluntarioso y técnico; etc. Pero también porque detrás del conflicto mencionado (CV/R) y su solución paradójica, los desafíos parecen adormecidos y ocultos, mientras la técnica moderna desarrolla un tipo de medicina que proyecta una falsa imagen de vigencia anclada al pasado.

Por otro lado, no hay que olvidar que falta aún por considerar un importante tercer aspecto del conflicto (CV/R), del que participa este pensamiento voluntarioso, y que dice relación con la anómala actitud desplegada ya sea para deshacerse de él, para enfrentarlo, o para dejar de padecer sus ingratas consecuencias. Porque al observar la compleja forma que va tomando este conflicto aparece una multiplicidad de actitudes que pudieran caracterizar o dar sustento a la nueva mentalidad voluntariosa. De manera que valdría la pena tener en consideración este argumento para entender mejor la evolución de la re-definición de medicina. Por ejemplo, destaca la actitud de ambivalencia del pensamiento parpadeante, la que por un lado defiende la permanencia del conflicto, mientras que por otro lado hace ingentes esfuerzos por deshacerse de él. Lo que podría deberse a que posiblemente percibe que sin el conflicto se caería en un indescriptible e inédito, y por ende temido, ámbito referido al ser, al que le teme más que al conflicto de marras en el que habita. Dado que supone que de quedarse desarmado de recursos adaptativo-intelectuales, no se podría ordenar la experiencia perceptiva, frente al cambiante (amenazante) ser de las cosas (el caos). Y de este modo inconsistente, intentaría protegerse de las fluctuaciones del ser de las cosas, pretendiendo llegar al ser del ente, estableciendo la verdad del ente. Lo que hoy equivale a ordenarlo, medirlo, calcularlo, preverlo, almacenarlo, administrarlo, y hasta manejarlo (explotándolo). Aunque todo ello lleve a un conflicto tan importante como el citado, el que se odia y se necesita a la vez. Así sería como termina por expresarse esta

actitud ambivalente, de acuerdo a lo planteado por Heidegger o por Nietzsche, tras la pretenciosa propuesta gnoseológica del sobrepasado pensamiento parpadeante-voluntarista.

Pero hay otros ejemplos de este tipo de actitudes desencadenadas por el conflicto, como la disociativa, la que según Heidegger termina por generar una condición de vida en el exilio del ser, y que ha sido llamada por este pensador como la “apatridad” (vivir fuera de la patria ser). De acuerdo con este modo de comportarse, este tipo de pensamiento actuaría a sabiendas de las consecuencias habidas tras el abandono del ser del ente, y por cierto que sin que le resulte incómodo llevar al hombre a considerar, y laborar, solo con el ente (Heidegger, 1959, p.37). Porque esta es otra característica del conflicto, permite que hoy ya no sea posible abrirse y representar lo que es (Heidegger, 1964, p.68), por lo que hay que falsificarlo (op.cit., p.71), llegando así a conspirar contra las cosas mismas (op.cit., p.84). Esta suerte de seducción del pensamiento parpadeante respecto de las representaciones, genera una equivocada postura de dependencia por estas quietas intermediarias del ser, caracterizando así esta actitud de apatridad. Porque merced a ella se renueva el compromiso metafísico para con los entes de la representación, de esos objetos aparentes, que desafían al tiempo. Al costo de obscurecer la única realidad (la del ser), con las dudas que ello arroja sobre la entificación, y provocando una crisis a la metafísica (Heidegger, 2000, p.206, II). Así la actitud de apatridad también se vincula al interés por la seguridad.

Pero eso no es todo, el conflicto (CV/R), y la contumacia del pensamiento parpadeante-voluntarioso, que mantienen interesadamente la indiferencia frente al ser, así como la pasión por el ente, van a llevar a otra actitud relacionada: a un calculado cinismo, para mantener el status quo. Y para ello, se propondrán, a través de la paradoja por ejemplo, ciertas tretas, subterfugios y hasta múltiples y artificiosos inconvenientes, para que la situación descrita continúe. Entre estas tretas, que pretenden esconder el ser, se podría incluir incluso la acentuación de la voluntad, ya que es previsible que así no se supere la contradicción: ni entre la voluntad y el representar, ni entre el presente y el pasado, ni entre el cambio y lo eterno, ni entre el ser y el ente. Sin embargo, estos subterfugios para esconderse del ser, que paradójicamente se dan junto una dependencia del ser, van a generar un sentimiento de irritación radical y voluntariosa, que lleven al pensamiento parpadeante a

un alto enervamiento. El que ya fue pesquisado en la relación técnico-moderna versus Naturaleza (ver en la segunda parte), donde se observa la manifestación de una impaciente y hasta temeraria actitud productiva, que no trepida en acusar a la Naturaleza de “ofensora”, para desafiarla, debido a la necesidad de explotación de la técnica moderna. Esta es una de las muchas consecuencias de este cinismo, que abarca desde los conflictos que sostiene la voluntad con el tiempo y la representación, hasta la sensación de impotencia para tratar con el ser mismo.

De modo tal que estas actitudes frente al conflicto citado terminan por crear un ambiente de descontrol voluntarista y una mayor confusión, con un pensamiento temeroso de salirse de los supuestos de la entificación, ya sea para definir a la naturaleza, como la producción misma, según lo dicta el ordenamiento cultural establecido. El temor se redondea al constatar que lo anterior pudiera llevar hasta la ineficacia, especialmente si no se controla la eventualidad de ser arrastrado hasta el ignoto orden del ser. Quizás si a esto último se deba el hecho de que el orden cultural occidental ha tenido un largo entrenamiento evasivo, para manejar bien este tipo de situaciones, aprendiendo a ocultar el problema citado. Y así, para que el pensamiento voluntario no pierda su energía, él se encarga de velar o esconder el ser de las cosas, restándole valor a la entificación representada tradicionalmente, y aumentando el déficit reflexivo. En todo caso, parece absurdo proponer fórmulas de solución para un conflicto que cuenta con el aval cultural de la acentuación voluntariosa, y además desestimando la inercia del pensamiento parpadeante. Por la misma razón, parece doblemente inadecuado manifestarse en contra de la existencia de los obstáculos creados a la relación ente/ser, aunque de ello dependiera subsanar el conflicto voluntad/representación. De hecho, parte del problema proviene de la actitud de negación, o de evasión (a través de paradojas, por ejemplo), de estos obstáculos para su examen.

Sin embargo, lo anterior no debiera impedir exponer una crítica, inquietud o intuición, sobre este problema, que alcanza a la confusa percepción de la medicina moderna. El mismo caso, de la definición de medicina, puede ser un ejemplo de cómo se trata de reemplazar un obstáculo parpadeante (la representación positiva de arte/ ciencia), sin cuestionar el problema de fondo. Es decir, sospechando, pero sin percatarse de los

fundamentos. Y, en ese plano, tampoco parece prudente llegar a sostener que una definición voluntariosa pudiera ser un progreso, por tener una relación más libre con la realidad, que la representación positiva, y que por lo tanto se acerca más efectivamente a lo que “es”. Ya que sus pasos, aunque estén algo menos supeditados a lo que “ya fue” (representación), continúan dependiendo en gran parte de las proposiciones de esta última (op.cit., p.91). Al respecto, podría decirse que así como el origen de tales conflictos se encuentra en el pensamiento parpadeante, la concurrencia de ambos factores permiten señalar o postular, que un pensar de este tipo pertenece a una categoría inferior del raciocinio. O más bien, que ese pensar no es realmente un pensar, ya que él se queda enredado entre la repugnancia y la venganza de la voluntad contra el tiempo y su fue (op.cit., p.101). Y porque un pensamiento de seriedad aspiraría a superar lo anterior, a asumir su desierto interior, para dedicarse a su más auténtico desafío, como es: profundizar el acceso al ser (en este caso al ser de la medicina). Porque esa es la tarea que otorga autoridad y hasta más vida, y que protege de las preocupaciones menores, como la de sobrellevar el espíritu de contrariedad contra el tiempo.

En tal sentido, asalta el anhelo de que algún día se pueda dejar de estar preocupado por el precario equilibrio entre voluntad y representación, para volver la vista atrás y reconsiderar el respeto por el ser, extraviado a partir de la época presocrática. De hecho, no hay que olvidar que la pretendida “permanencia” del ser por medio del ente, y de la que también se alimenta el pensamiento voluntarista, es una vieja idea heredada de los orígenes del pensamiento metafísico occidental. La que pareciera haberse impuesto con sigilo, hasta llegar a participar de la mentalidad del hombre moderno, debido al temor y a la actitud de rechazo que causa el trato con la indeterminación del ser. En ese sentido, daría lo mismo un pensar representativo con su determinación legalista, que un pensar voluntarista con su determinación genética (ver segunda parte), ya que ambos han terminado por presentar la misma dependencia del ente. Esta situación llega a conformar, para Nietzsche, un “principio metafísico” (op.cit., p.104), que sella la dependencia de la venganza contra el pasar del tiempo, y hasta de la misma redención de él (suspendiendo el pasar). Porque en el pensamiento metafísico occidental el ente está ligado al presente, al suponer que tanto en el

futuro, como en el pasado, no hay entes, debido a que ambos momentos carecen de presencia. Pero una definición del ser que quede condicionada al tiempo, no va a dejar espacios para plantear cómo el ser llega a ser independiente del cambio temporal. En otras palabras se necesitaría de un imposible: un ente atemporal, para solucionar la demanda metafísica del ser por una actualidad permanente o por eternidad.

De este modo, la actitud con que el pensamiento voluntarioso enfrenta al CV/R, permite apreciar también que la definición de medicina puede ser un caso particular de la entificación de la técnica moderna (ver segunda parte). De hecho la medicina de lo constante se presenta como una practica que cumple con la obligación moral de dar salud, y que apoya la vida de una manera decidida, aunque sea en un angosto sentido de la palabra. Considerando que ella lo hace bajo la perspectiva del pensar desbastado, construido por la modernidad, ofreciendo una paradójal definición de la medicina que desempeña un papel de comodín, que permite no hacerse cargo de la situación, ni de la obligación de profundizar en algún aspecto de su ser. Y así, pensando desde lo no grave, esta vez desde la periferia productivista del ser, la paradoja se encarga de sostener un enajenador equilibrio, en el que no interesa establecer si la medicina es arte, ciencia, técnica, u otro. Un aspecto que recoge con cierta ironía la paradoja citada, al exponer las miserias y los aciertos de un pensamiento voluntarioso, que tampoco tiene, entre sus prioridades pragmáticas, el conocimiento del ser.

Esta compleja relación habida entre el ser y el ente médicos, reviste mucho interés porque ella juega un papel importante en la determinación de las características ontológicas de cada época (y su medicina), y en este caso, sobre la era actual. Se podría advertir con más claridad la actual situación asociando dos de las actuales formas en las que se manifiesta la confrontación ente/ser: el papel del hombre de hoy, y la actual etapa histórica. Así, se iluminaría también el problema de la definición de medicina, pero indirectamente, desde el ángulo del tipo de hombre habido durante la época en que se practica el pensamiento voluntarista. Un tema que parece requerir la ayuda, según M. Heidegger, de la notable figura nietzscheana del “ultimo hombre”, es decir de aquel que antecede al superhombre (op.cit., p.65). Dado que en la primera figura dramática quedarían representadas o

simbolizadas las consecuencias de la devastación del pensar parpadeante del hombre moderno. Y porque ese último hombre también alude indirectamente a una mentalidad del hombre occidental, y más precisamente del hombre moderno, que construye la actual “cultura de entes”, de acuerdo con el pensamiento citado que no permite hacerse cargo sino de una estrecha gama de destinos humanos. En tal sentido, ejemplifican el estado actual de esa cultura ciertas manifestaciones que fueron examinadas con anterioridad, como al papel de lo constante, que reemplaza al objeto (Heidegger); al auge de la mercadería (Benjamín), a la que habría que sumarle hoy el del mercado liberal; e incluso al papel de la bioética, que tan de cerca toca a la medicina y su definición. Estos ejemplos parecen apuntar a las dificultades que tiene este “último hombre” respecto de su autocrítica, de someterse a sí mismo, e incluso de desaprobado aquello que resulte despreciable en su manera de ser (op.cit., p.59). Siendo precisamente esta escasa autocrítica la que permitiría entrever al nietzscheano-último-hombre como un “transeúnte del hombre”, por contraste con la figura ideal del superhombre, quien si ha de tener, más adelante, el privilegio de asumir su desierto.

Como podrá apreciarse, pareciera que todo lo que piensa el actual transeúnte del hombre, termina por alejarlo más aún del ser y que además, a raíz de ese movimiento centrífugo del ente se generaría una determinada relación o vinculación ser/ente. Y que aparentemente de esa situación se originarían parte de los aspectos paradójicos mencionados, como esta apertura al ser que termina por alejarlo de él. Como lo ejemplifica la medicina moderna, la que ha abierto enormes posibilidades para el ser de la salud, pero desde una perspectiva marcadamente entificadora, terminado por fortalecer un ente que podría llamársele la salubridad. Más concretamente, se agradece la cuota de entificada-eficacia, con la que la salud moderna parece haber dado más longevidad al ser de los pacientes y hasta de la población, aunque esto se suele asociar con procedimientos médicos más certeros frente a la enfermedad. Es decir, lo anterior se apoyaría en el desarrollo de representaciones técnicas y unilaterales, un cierto tipo de entificación desarrollada por el pensamiento voluntarioso, como son: las tasas de longevidad, los coeficientes e índices de calidad de vida, las bio-estadísticas, etc. Todos estos entes-voluntariosos se presentan como el único

cauce posible por donde hacer crecer algún aspecto del ser de la medicina, ya que este mismo es evanescente ante las representaciones.

Y así se establece un consenso social, desde el mismo pensamiento parpadeante, en el entendido que sería lo único que estaría al alcance de la mano. El consiguiente regocijo supone que al darle mayor cantidad de años a una mayor cantidad de individuos se consigue más vida humana, como al disminuir el número de enfermedades, se está desobstaculizando el desarrollo del ser, tanto el ser del paciente, como el ser de la vida. Pero, una apreciación con cierta perspectiva deja la impresión de que lo que se observa en la hora actual es que tanto el ser de la medicina, como el del paciente y hasta el de la vida misma, parecen haber terminado por ahuyentarse, trasponerse, confundirse, etc. Un malestar que es compartido en los reclamos, como el de Rothmann, por una medicina más humanista, porque el quehacer que se aleja del ser de la medicina suscita carencias y necesidades espirituales. Sin embargo, a ellas se les responde voluntariosamente, aduciendo que la vuelta al ser es una utopía ineficaz, con un razonamiento que se basa en la pérdida de la capacidad crítica y moduladora sobre esta eclosión de conocimientos prácticos. Esta paradójica situación que vive la medicina no es sino un ejemplo de lo que puede llegar a suceder cuando se utilizan prácticas con sucedáneos del ser, como son los entes, y el precio a pagar en favor de una cultura en pro de la voluntad y la eficacia. Es más, si este tipo de relación ser/ente logra llegar a redefinir la medicina, algo que llegará más pronto que tarde, ello se logrará para guiar un tipo de pensamiento (médico) periférico al ser. Y por lo tanto, el pronóstico de una definición como esa, del acto médico que determine, como de su propia relación médico-paciente, es tan malo como aquel que tradicionalmente hizo colapsar, una y otra vez, a las diferentes definiciones de medicina, ofrecidas durante la era de apogeo de la representación y su metafísica. Tal parece que habrían coincidido dos variables que potencian su accionar en el alejamiento del hombre del ser, por un lado la forma entificada de pensar, con su respaldo de éxitos (voluntad adaptativa); y por el otro el pensamiento voluntarista y su obsesión por el hacer. Y justamente de esos factores se ha valido la técnica moderna para abrir, unilateral y productivísticamente, ciertas posibilidades del ser (“salud”), sin que le preocupe mayormente el alejamiento hacia la periferia del ser, y

del pensar. Tal parece ser el marco general de esta nueva paradoja, que subyace a la masificación y al bienestar, del aumento en la cantidad como la calidad de vida, mientras que el sentido o la riqueza de esta se torna confuso. Un tema central de la medicina moderna, que determina que un mayor número de personas vivan y piensen, por un mayor número de años de vida, y con una mayor calidad de vida (ya sea con tratamientos, prótesis, trasplantes, etc.). Aunque todo el despliegue citado no parece haber servido ni para el enriquecimiento espiritual, ni para enfrentar con más seriedad sus destinos, sino que ha traído más bien un estilo de vida centrado en un absorbente rol productivista, con un pensar más superficial o periférico, que estadísticamente puede ser ejemplificado con el aumento de la tasa horas/hombre dedicadas a pasatiempos electrónicos, por ejemplo.

En ese sentido habría que entender que la actual paradoja de la definición de medicina depende de los límites que le propone su época, que ella es un tipo de definición transeúnte, que no hace sino mostrar otra faceta del mismo patrón de pensamiento anterior (representativo). Siendo ella la primera de las representantes de una etapa con su serie de definiciones voluntariosas, a las que, en el mejor de los casos, no le cabría sino que esperar una reformulación entificada (producción de salud), que repita el procedimiento que a principios del siglo XX vinculaba la ciencia con el arte y la curación. Por lo tanto, para que llegue la época de una definición de medicina que apunte hacia el ser mismo, deberá pasar el auge y la caída de la actual etapa voluntariosa de mentalidad parpadeante. Tal como lo revela la historia de las definiciones que se acaba de estudiar (primera parte), referida a la entificación que aleja el ser de la medicina, y que finalmente se hace más evidente en el caso de la medicina moderna, que primero sufre el sesgo cientificista y luego el voluntarioso. Así, esta sorprendente pertinacia de parte de la medicina que insiste en cambiar de ente, antes que acercarse a su propio ser, termina por hacerse parte de una actitud generalizada que a estas alturas necesita, depende y hasta ama la periferia del ser. Lo que, aparte de traer a colación nuevamente el tema de las paradojas, recalca hasta que punto se ha convertido el transeúnte de hombre en un cierto “animal de la periferia del pensar”.

Todo esto obliga a preguntarse cuánto más tendrá el último hombre que distanciarse del ser antes que pierda su temor, y cuánto más se deberá esperar para observar que él y su medicina den aquel esperado paso hacia lo grave. Considerando que hasta ahora, todo lo que piensa lo aleja del ser, incluyendo el cambio de definición que hoy lo complica, y que también lo amenaza en el mismo sentido. Frente a lo anterior, cabría atender a la distancia habida entre una definición entificada y otra que apunte al ser de la medicina, porque de semejante ejercicio se van a deducir varias conclusiones, tales como el peso real que el problema analizado pudiera tener, así como una severa advertencia relativa al futuro médico. Contrastando ambas posibilidades, parece evidente que esta época, que no da acceso al ser mismo sino al ente, pareciera estar recién comenzando a mostrar los alcances del último hombre, o si se quiere del hombre moderno. Por lo tanto, y en lo sucesivo, cabría esperar que surja más de algún movimiento cultural que profile mejor estos límites, los que hoy se ejemplifican toscamente en la medicina técnica. Estos límites se perfilarán mejor bajo el siguiente contexto cultural, cuando madure la actitud de la medicina, y evolucione la forma del pensar parpadeante, mostrando que en la relación entre ambas se juega el destino de la humanidad entera. En otras palabras, tanto los médicos como los pacientes debieran estar prevenidos que tras su relación suceden fenómenos más complejos, y que en su totalidad ella es la expresión de una de las etapas del camino, hacia pensar lo que corresponde (lo grave). Esta situación incluye, pero trasciende, el ámbito de la medicina y su definición, aunque todo ello sea parte activa y colaboradora. Porque lo que se está jugando es algo más que la desesperación por conseguir más salud, es acercarla al ámbito del ser, aunque una afirmación como esta subvierta el orden de la mentalidad voluntariosa de la época a la que pertenecemos. Solo entonces se podrá entender a la definición de medicina como testigo de los esfuerzos de la humanidad por completar el desarrollo del ser de la medicina, es decir: allende su entificación.

En suma, el auténtico desafío para la definición de medicina no es condenar a la razón por sus sucedáneos de realidad, ni a la normatividad que va desapareciendo, ni a la representación que crea la autoconciencia, ni a la verdad parpadeante que viene de la voluntad de seguridad, ni al deseo (querer) como motor del progreso, ni a la práctica que

vale más que el pensar, etc. El verdadero desafío, encubierto hoy por la paradoja, tendría que apuntar hacia la posibilidad de modular o de reorientar el pensamiento, de una manera que sea más abierta al ser de la medicina, en el sentido que argumenta Heidegger. Es decir, comenzar por aprender a tolerar, aceptar y reconocer: el desconcierto que nos sacude cuando nos sacan de la metafísica; la candidez con que tomamos el prejuicioso conocimiento que poseemos; los abusos que suelen practicarse en nombre de la teoría y hasta del pragmatismo; la inseguridad frente al indeterminismo; el cultivo artificioso (fetichista) de lo superficial; el grado de prepotencia que se ha adquirido frente a la alteridad, etc. Porque no parece razonable que queramos hacer oídos sordos a nuestros defectos, especialmente si es que estos aparecen como cómplices de una mal entendida forma de pensar, que actualmente nos tiene seducidos con su pretendida eficacia o poderío adaptativo. Pero también porque parece necesario hacerse parte en la trascendente tarea de que la definición atienda directamente al ser de la medicina, como un objetivo a largo plazo, que destaca en el actual horizonte de cambios. En ese sentido, sería conveniente aceptar también, como algo deseable, el llamado que hace Heidegger a pensar en estos términos, porque solo así quedan en evidencia los límites en que se está dando la medicina moderna, y hasta donde parece deseable mantener el orden voluntarioso.

Por otro lado, pocas instituciones culturales parecen estar mejor preparadas que el cuerpo médico, para terminar llevando la discusión sobre la definición de medicina hasta la perspectiva del ser. Como lo ha demostrado a lo largo de su historia (ver primera parte), a la vanguardia de los grandes cambios sociales, esta disciplina podría plantearse el desafío de que sus futuras definiciones aspiren a superar su papel periférico. Un cambio de actitud frente al conflicto voluntad/representación (V/R), como al pensamiento parpadeante, que Heidegger resumiría en no conformarse con ser el “señor del ente” (Heidegger, 1959, p.40), sino que aspirando a ser “pastor del ser” (op.cit., p.27). Es decir, para salir de una medicina que tradicionalmente se ha movido, aspirando a la cura, en los límites del ordenamiento y la des-diferenciación de los entes médicos, sin siquiera explorar las felices consecuencias de reconocer las bondades asociadas al desarrollo del ser médico. Habría que incluir, por el momento, un quehacer que al menos se cuestione por el Dasein de sus participantes, que

incluya en la relación médico-paciente alguna dimensión de destino personal, que luche por ampliar la interpretación de salud, que investigue o eduque en el área de las dimensiones del ser artístico de la medicina, etc. Para promover u orientar hacia futuras definiciones de medicina que no se conformen con lo accesorio del pensamiento médico, y con el orden por él establecido (como lo hace la actual definición). Atendiendo a que se ha vuelto cada vez más periférico el privilegio de las disciplinas a las que se les ha confiado la salud humana, esto es: el acompañar (ec-sistir) al hombre enfermo, en su tránsito por la enfermedad. Algo que hoy en día pocos teóricos de la bioética parecen defender, y cuyos rudimentos se encuentran tanto en la amistad médica de Laín Entralgo, como en el concepto de bondad médica de Pellegrino y Thomasma (ver segunda parte).

Recordemos finalmente que, este tipo de medicina, privilegia el vínculo con la ciencia, la técnica, la terapéutica o la curación, o por último con la prevención, dada la sobrevaloración de la eficacia y el determinismo. En ese sentido, y de acuerdo con la actual forma de definición de la medicina, este tipo de facetas serían una parte secundaria y dependiente del arte. Olvidando algo que por cierto no se escapó a la medicina analógica, en la medida que hoy sucede (ver primera parte), que lo verdaderamente esencial es el desarrollo del ser del paciente, como del médico, con ocasión de aquel peregrinaje que debe vivir el enfermo, y que le toca en suerte asistir o cobijar al médico. Frente a lo cual la bioética tiene una deuda, al no considerar lo suficiente este factor ligado a la beneficencia, ya que cualesquier solución terapéutica debe aprender a respetar esta regla. Porque lo que valoriza al médico no es ser exacto, ni infalible, ni siquiera salvar vidas, sino que su capacidad de entrega (beneficencia) frente al privilegio que se le ha encargado. Lo que no quiere decir que no sea importante respetar la autonomía, o salvar una vida, o que esta se alargue, o que ella sea dotada de mejores posibilidades biológicas o psicológicas, etc. Todo ello debe hacerse, pero entendiendo que se hace para el desarrollo del ser, y dado que estos últimos factores no dan sentido (por sí solos) a la existencia, ni acercan a la esencia del ser humano. Aunque la pirotecnia productivista y el pensamiento voluntarioso quisieran ocultárselo a la medicina moderna, para que olvide que ella también participa de la más importante y humana de las tareas, la de ec-sistir, la de emerger, solicitada e iluminada por

aquel ser al que le da franquía. Lo cual delega, transfiere o responsabiliza, en el ser del médico la responsabilidad de desvelar, o vigilar, que ello ocurra efectivamente en el destino del ser enfermo, encargado a su cuidado.

En tal sentido habría que considerar cuan alejadas están, de una definición como la citada, tanto la actual definición de medicina, como cualesquiera otra que pretenda reemplazarla, manteniendo un pensamiento parpadeante y voluntarioso. Pero lo que ciertamente no tiene justificación posible es la omisión frente a esta brecha, la enorme distancia de ese pensamiento con las consideraciones sobre el ser. Y menos justificada aún parece ser la opinión bastante difundida de que lo anterior es algo poco práctico y aparentemente utópico. Como tampoco parece correcto escabullir la responsabilidad sobre la brecha de definiciones, bajo el argumento de que no se puede definir la medicina apuntando al ser de ésta, debido a que se trata de un pensamiento muy lejano a las posibilidades de la actual etapa de desarrollo de la modernidad. Aunque se tengan que suceder todavía varias etapas en el desarrollo del pensamiento moderno, y hasta una extensa evolución de la modernidad, para que recién se pueda plantear la reducción de esta brecha. Esperando que así se complete un cierto ciclo de madurez moderna que permita trascender la meta kantiana, y asumir a cabalidad el papel de sujeto creador de la realidad cognitiva de los objetos (noúmenos), para pretender ir a morar en las cercanías del ser. Un papel futurista que desde luego no se ha planteado la modernidad, la que suele atemorizarse frente a este tipo de posibilidades, entre otras razones porque ella ni siquiera ha reparado en las limitaciones actuales del pensamiento parpadeante: éticas, prácticas, gnoseológicas, artísticas, etc. Como tampoco ha realizado esfuerzos para reconocer los límites que le impone un pensamiento regido por entes.

El actual caso de la definición de medicina parece ejemplificar el problema que crea la distancia ontológica entre un pensamiento entitativo y otro sobre el ser. Y desde esa comparación se podrá comprender la magnitud del fenómeno del que se está hablando, es decir del necesario salto cualitativo para llevar a la medicina al servicio del ser del paciente, de su cobijo, contención y proyección. Pero este mismo desfase permite apreciar hasta qué punto la medicina tradicional ha cultivado un estilo de pensamiento para pervivir, y que a

raíz de ello ha tenido que posponer la pregunta por su más auténtico ser, llegando a aceptar con mucha pasividad la historia de definiciones que se le han impuesto. Sin que ella se atreviera a mirar de frente a la metafísica, ni menos a replicarle, hasta el extremo de que ya dejó de plantearse la pregunta por la verdad de su ser. Y además, porque ella ha llegado a enredarse en la confusión de ese preguntar, en tanto que la metafísica evoluciona y se afina en el olvido del ser (op.cit., p.43), y hasta necesita del olvido del ser. De allí la frase y la responsabilidad que también le cabe a la medicina moderna, (es inevitable que) “el desierto crezca” en la medida en que el hombre moderno, incluido el médico moderno, no sea capaz de pensar el ser como ser. Son estos hechos en los que profundiza Heidegger, para pronunciar su fundamentada, grave y categórica afirmación: el hombre (médico) moderno no merece la confianza para enfrentar su propio poderío, ni su propio destino.

Desde este punto de vista, pareciera quedar algo más clara la relación habida entre una definición de medicina que se niega a cambiar y un determinado tipo de pensamiento, representativo, que actualmente evoluciona hacia el voluntarismo técnico. De partida la situación por la que atraviesa esta definición respondería a un fenómeno cultural del que todos formamos parte, y que señala como gran responsable del uso paradójico de la definición a las deficiencias de la llamada “razón”, y a su forma de representar. Porque “esa curiosa razón”, quedó sobrepasada por una sola y determinada concepción de lo que es, de lo que debe ser y hasta de lo que se permite que sea. En todo caso, a esta forma de representar voluntarioso pareciera resultarle útil la situación de indefinición de la medicina moderna y, en todo caso, no le preocupa que ella se abra a la plenitud de su ser. De hecho, ni siquiera está preocupada de cambiarla en un sentido pragmático, por una definición de medicina más ad-hoc, como podría ser el arte de producir salud, por ejemplo. Sino que, el pensamiento de esta disciplina misma está absorbido por tareas técnicas, de representaciones especialmente estrechas, que en ningún caso van a ser capaces de ayudar a re-pensar-se. Por lo tanto, y debido a todo aquello, habría que contar con que el desierto va a seguir creciendo, al interior de la medicina, a vista y paciencia nuestra. Y que la paradójica definición de medicina va a formar parte de esa ineptitud médica de pensar lo que realmente hay que pensar (lo serio, la esencia del pensar), que incluyen sus

fundamentos y sus posibilidades de cambio, por ejemplo. En tal sentido, el desierto que crece, por el pensar del representar, es un movimiento que ahora ha adquirido un nuevo socio: el pensar voluntarista, el que también aparece como otro condicionante para el desarrollo del ser de esta disciplina. Y frente a ello, la paradójica definición de medicina poco o nada puede hacer.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía Introducción

Mario Bunge. Epistemología. 1981. Ed. Ariel. Barcelona.

H.T.Engelhardt, Jr. y K.W.Wildes. Philosophy of Medicine. W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Simon & Schuster Macmillan. N.Y.

Michel Foucault. El Nacimiento de la Clínica.1966. Ed. Siglo XXI. México D.F.

Michel Foucault. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. 1997. Ed. Pre-textos.

Michel Foucault. Discurso de ingreso al College de France. En el Orden del discurso. 1980. Tusquets ed. Barcelona.

R.Gillon. Welcome to medical humanities—and why. 2000. J.Med.Ethics. 26:155-156.

Martín Heidegger. Una pregunta por la técnica. 1997. Ed. Universitaria. Chile.

Thomas S. Khun. La estructura de las revoluciones científicas.1962. Ed. Fondo de Cultura Económica. Madrid.

Pedro Laín Entralgo. Historia de la Medicina.1978. Ed. Salvat. Barcelona.

P. Laín Entralgo. Ciencia,Técnica y Medicina. 1986. Ed. Alianza Universidad. Madrid.

Jorge Millas. El desafío espiritual de la sociedad de masas. 1962. Ed. Universidad de Chile.

C.Mitcham. Philosophy of technology. W.Reich Encyclopedia of bioethics.1995. Simon & Schuster Macmillan. New York.

D. von Engelhardt y S. Spinsanti. History of Ethics.W. Reich Encyclopedia of Bioethics.1995. Simon & Schuster Macmillan. N.Y.

Bibliografía Parte 1

J. Acevedo. Ciencia y técnica. Introducción. 1983. Ed. Universitaria. Santiago de Chile.

- R. F. Araya. The outlook of the tekhné iatriké and the medical act to the third millenium. Theoretical Medicine. 17: 163-173, 1996.
- Aristóteles. Metafísica. 1997. Espasa Calpe. Madrid.
- Aristóteles. Moral a Nicómaco. 1996. Espasa Calpe. Madrid.
- Aristóteles. Física.1993. Ed. Biblos. Buenos Aires.
- V. Aspee A. El concepto de Técnica, Arte y Producción en la Filosofía de Aristóteles. 1993. Editorial Fondo de Cultura Económica. México.
- W. Benjamin. Poesía y Capitalismo. Iluminaciones II. 1998. Ed. Taurus. España.
- H. Brown. La nueva filosofía de la ciencia. 1983. Ed. Tecnos. Madrid.
- M. Bunge. Epistemología. 1980. Ed. Ariel. Barcelona.
- E. Casell. Art of Medicine. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan.
- Declaración de Alma-Ata, Principio IV. Atención primaria de salud, OMS-UNICEF, Organización Mundial de la Salud, Ginebra,1978, p.3
- Diccionario Médico Mosby. 2003. 6ª Ed. Esevier. Madrid.
- C. Eggers L. Hipócrates. De la Medicina Antigua. Edición 1987. Ed. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- H. Ey. Tratado de Psiquiatría. 1980. Ed. Toray-Masson. 8º ed. Barcelona.
- W. Jaeger. Paideia. Edición 1962. Ed. Fondo de Cultura Económica. España.
- W. Jaeger. Aristoteles. 1993. Fondo de Cultura Económica. España.
- O. Fenichel. Teoría psicoanalítica de las neurosis. 1966. Ed. PAIDOS. Buenos Aires.
- M. Foucault. Discurso de ingreso al College de France. En el Orden del discurso. 1980. Tusquets ed. Barcelona.
- M. Foucault. Las Palabras y las Cosas. 1968. Ed. Siglo XXI. México.
- M. Foucault. El nacimiento de la Clínica. 1966. Ed. Siglo XXI. México.
- D. Frisby. Fragmentos de la Modernidad. 1992. Ed. Visor. Madrid.
- H. L. Fuenzalida y S. S. Connor. El derecho a la salud en las américas. Publicación 509/OPS, 1989. Washington.
- H. Gadamer. El estado oculto de la Salud. 1996. Ed. GEDISA. Barcelona.

- G. J. Goodfield. El desarrollo de la fisiología científica. 1987. Ed. Universidad Autónoma de México. México.
- L. Geymonat. Historia de la Filosofía y de la Ciencia. 1998. Ed. Crítica. Barcelona.
- R. Grosseteste. Summa Physicorum. 1972. Ed. Universitaria de Buenos Aires.
- D. Greaves. Reflections on a new medical cosmology. J. Med. Ethics 2002; 28: 81-85.
- T. R. Harrison. Tratado de Medicina Interna (Editores). 1973. 4° Ed. La prensa médica mexicana/OPS.
- T. R. Harrison. Tratado de Medicina Interna (Editores). 2002. 15° Mc Graw Hill/OPS. Mexico D.F.
- L. Hervé. La Medicina hospitalaria hace cincuenta años. Revista médica de Chile. 1982. Vol. 110- N°7 pp.701-706.
- J. Hartnack. La Teoría del Conocimiento de Kant. 1984. Ed. Cátedra, Teorema. Madrid.
- M. Heidegger. La pregunta por la Técnica, en Ciencia y Técnica. 1983. Ed. Universitaria. Santiago de Chile.
- M. Heidegger. Ciencia y Meditación, en Ciencia y Técnica. 1983. Ed. Universitaria. Santiago de Chile.
- I. Illich. Némésis médicale. 1975. Ed. Seuil. Paris.
- K. Jaspers. Psicopatología General. 1980. Ed. Beta. Buenos Aires.
- K. Jaspers. La práctica médica en la era tecnológica. 1988. Ed. GEDISA. Barcelona.
- I. Kant. Crítica de la Razón Pura. 1938. Ed. LOSADA. Buenos Aires.
- I. Kant. Crítica del Juicio. 1995. Ed. Austral, ESPASA-CALPE. Madrid.
- I. Kant Crítica de la Razón Práctica. 1961. Ed. LOSADA. Buenos Aires.
- T.S. Khun. Estructura de las revoluciones científicas. 1975. Fondo de cultura económica. Madrid.
- P. Laín Entralgo. Historia de la Medicina. Edición 1978. Ed. Salvat. Barcelona.
- P. Laín Entralgo. Ciencia, técnica y medicina. 1986. Ed. Alianza. Madrid.
- P. Laín Entralgo. Relación Médico-Enfermo. 1964. Revista de occidente. Madrid.
- P. Laín Entralgo. Historia Clínica. 1961. Ed. Salvat. Barcelona.
- D. Papp. Ideas revolucionarias en la Ciencia. 1975. Ed. Universitaria. Santiago de Chile.

E. Pellegrino y D.Thomasma. A philosophical basis of medical practice. 1981. Oxford University Press.

E. Pellegrino. La metamorfosis de la ética médica. 1995. Cuadernos del Programa regional de bioética. OPS. Publicado por Rev. Chil. Pediatr. 65(3); 184-193. 1994.

V. Vitiello. Genealogía de la Modernidad. 1998. Ed. Losada. B. Aires.

Ch. Webster. De Paracelso a Newton. 1988. Fondo de Cultura Económica. México D.F.

Bibliografía Parte II

J. Acevedo. Heidegger. 1999. Ed. Universitaria. Santiago.

G.E. Anscombe. Intención. 1991. Ed. Paidos. Barcelona.

Asamblea Mundial de la salud (tercera). Resolución WHA 30.43. 1977.

R.F. Araya. Pragmatismo versus metafísica: una polémica sobre la muerte cerebral. 1996. Revista médica de Chile. 124:605-612.

R.F. Araya. The outlook of the tekhnē iatrikē and the medical act to the third millennium. Theoretical Medicine. 1996. Vol.17, N°2.

R. Araya B. Reflexiones sobre el acto médico. Cuadernos de la Universidad de Chile. N°8. 1989. pp. 141-172.

S.W. Bloom. Professional-patient relationship, sociological perspectives. (Cita a R.Fox y J.Swasey. 1984. Medical morality is not bioethics.). En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan/Simon & Schuster Macmillan.

M. Bunge. Causalidad. 1978. Ed. EUDEBA. Buenos Aires.

Georges Canguilhem. Lo normal y lo patológico. 1970. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires.

Carta de derechos del paciente. Sociedad de Hospitales Americanos (U.S.A.). Boletín de la oficina sanitaria panamericana. 1990. 108 (5-6).

S. Devito. On the value-neutrality of the concepts of health and disease. The Journal of Medicine and Philosophy. 2000. Vol.25, N°5,

A. R. Dyer. Advertising. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan. NY.

H.T. Engelhardt Jr., K. Wildes. Health and disease. Philosophical perspectives. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan. NY.

- A. Faënder. Fenomenología de la Voluntad. Revista de occidente. 1931. Madrid.
- M. Foucault. Enfermedad mental y Personalidad. 1991. Ed. PAIDOS. Barcelona.
- H. Gadamer. El estado oculto de la Salud. 1996. Ed. GEDISA. Barcelona.
- H. Giannini. El bien que se espera y el bien que se debe. 1997. Ed. Dolmen. Santiago de Chile.
- D. Gracia. Fundamentos de Bioética. 1989. Ed. EUEDEMA. Madrid.
- J. Habermas. Pensamiento postmetafísico. 1990. Ed. Taurus. Madrid.
- M. Heidegger. Una pregunta por la Técnica. En Ciencia y Técnica. 1983. Ed. Universitaria. Santiago de Chile.
- M. Heidegger. Ciencia y meditación. En Ciencia y Técnica. 1983. Ed. Universitaria Santiago de Chile.
- W. Heisenberg. La imagen de la naturaleza en la física actual. Ed. Ariel 1976. Barcelona.
- K. Jaspers. Psicopatología General. 1980. Ed. Beta. Buenos Aires.
- K. Jaspers. Entre el destino y la Voluntad. Ed. Guadarrama. 1969 Madrid.
- P. Laín Entralgo. Relación Médico-Enfermo. 1964. Revista de occidente. Madrid.
- P. Laín Entralgo. Ser y conducta del hombre. 1996. Ed. Espasa Calpe. Madrid.
- Ph. Lersch. La Estructura de la Personalidad. Ed. Scientia. 1971. Barcelona.
- J. A. Mainetti. Antropobioética. 1995. Ed. Quirón. La Plata.
- D.B. Mark. Aspectos económicos en medicina clínica. 2002. Principios de medicina Interna, Harrison. 15ª ed. Mc Graw Hill, Mexico D.F.
- P.T. Menzel. Economics Concepts in health care. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan. NY.
- C. Mitcham. Technology. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan. NY.
- Redlich, Mollica. Ethical issues in contemporary Psychiatry. The American Journal of Psychiatry. 1976. Vol.133/2, feb.
- OMS. Declaración Alma-ata. Principio IV. 1978. Ginebra.
- E. Pellegrino. Metamorfosis de la ética médica. Cuadernos del programa regional de bioética (OPS). 1995.
- E. Pellegrino y D.Thomasm. A philosophical basis of medical practice. 1981. Oxford University Press.

- E. Pellegrino y D.Thomasma. For the patient's good. 1988. Oxford University press. N.Y.
- R. B. Purtillo. Ethical Issues, Mechanisms for resolving ethical conflicts in the professional-patient relationship. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan.
- S. J. Reiser. Technology. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan.
- D. J. Rothman. Strangers at the bedside. 1991. Ed. Harper Collins. U.S.A.
- P.Starr. La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. 1991. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- D. von Engelhardt. Health and Disease. En W. Reich Encyclopedia of Bioethics. 1995. Ed. Macmillan /Simon & Schuster Macmillan. NY.
- A. R. White. Filosofía de la acción. 1976. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- K. Sadegh-Zadeh. Polymorphic Medical Ontologies: Fashioning Concepts of Health and Disease. The Journal of Medicine and Philosophy. 2000. Vol.25, N°5,

Bibliografía Conclusiones

- R.F. Araya. Pragmatismo versus Metafísica. Una polémica sobre la muerte cerebral. Rev. Med. Chile. 124 (5), 1996: 605-612.
- R.F. Araya. The outlook of the Tekhné Iatriké and the medical act to the third millenium. Theoretical Medicine. 17: 163-173, 1996.
- J. Baudrillard. América. 1987. Ed. Anagrama. Barcelona.
- J. Baudrillard. El crimen perfecto. 1996. Ed. Anagrama. Barcelona.
- D. Blanco. Libertad. En 10 palabras claves en Ética (Dirigido por Adela Cortina). 1994. Ed. Verbo Divino. Navarra.
- Diccionario Médico Masson. 2000. 4ºEd.
- Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud. Ed. Harcourt.
- A. R. Dyer. Advertising. En Encyclopedia of bioethics (W.Reich). 1995. Simon & Schuster Macmillan. New York.
- M.Foucault. El orden del discurso. Discurso de ingreso al College de France. 1980. Tusquets ed. Barcelona.

- M.Foucault. Las palabras y las cosas. 1978. 9ª ed. Siglo veintiuno editores. México D.F.
- J.Habermas. Pensamiento postmetafísico. 1990. Ed. Taurus. Madrid.
- M.Heidegger. La pregunta por la Técnica. En Ciencia y Técnica. 1983. Ed. Universitaria. Santiago de Chile.
- M. Heidegger. Nietzsche. 2000. 2 tomos. Ed. Destino. Barcelona.
- M. Heidegger. La frase Dios ha Muerto. En “Caminos de bosque” (colección “Holzwege”). 1995. Ed. Alianza Universidad.
- M. Heidegger. La época de la imagen del mundo. En “Caminos de bosque” (colección “Holzwege”). 1995. Ed. Alianza Universidad.
- M. Heidegger .¿Qué significa pensar?. 1964. Traducción del “Was heisst denken?”. Editorial Nova, 2ª ed. Buenos Aires.
- M. Heidegger. Carta sobre el humanismo. 1959. Ed. Taurus. Madrid.
- T. S. Khun. La estructura de las revoluciones científicas. 1975. Fondo de Cultura Económica. Madrid.
- Ph. Lersch. Estructura de la Personalidad. 1971. Ed. Scientia. Barcelona.
- A. MacIntyre. Tras la Virtud. 1987. Ed. Critica. Barcelona.
- C. Mitcham. Philosophy of technology. En Encyclopedia of bioethics (W.Reich). 1995. Simon & Schuster Macmillan. New York.
- E. Pellegrino y D.Thomasma. A philosophical basis of medical practice. 1981. Oxford University Press. New York.
- P. Laín Entralgo. Relación Médico Enfermo. 1964. Revista de Occidente. Madrid.
- P. Laín Entralgo. Ciencia, Técnica y Medicina. 1986. Ed. Alianza Universidad. Madrid.
- Ch. Taylor. La ética de la autenticidad. 1994. Paidós ICE/ UAB. Barcelona.