

DE LA MEDICINA DEL OBJETO A LA MEDICINA DEL SUJETO

(HACIA UN PARADIGMA NOOSOMÁTICO)

*A Rosa Sales,
con cariño, admiración y gratitud.*

Nonscientist tend to think that science works by deduction. But actually science works mainly by metaphor. And what's happening is that the kinds of metaphor people have in mind are changing.

Brian Arthur, *Complexity*

Le déterminisme —subtil anthropomorphisme— dit que tout se passe comme dans une machine telle qu'elle est comprise par moi. Mais toute loi mécanique est au fond irrationnelle, expérimentale.

Paul Valéry, *Cahiers*

INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva del tiempo, puede contemplarse la historia del sujeto humano como marcada por dos claudicaciones fatales: la primera, la renuncia a cuidar por sí mismo de su salud interior, espiritual; la segunda, la renuncia a cuidar por sí mismo de su salud exterior, física. En ambos casos, fue delegando en manos de castas especializadas lo que lógicamente debiera haber constituido el núcleo de sus intereses y ocupaciones principales, porque de ello y no de otra cosa dependía en última y primera instancia su integridad. Con incalculable falta de visión, puso intermediarios allí donde el único oficiante tenía que haber sido él mismo y canalizó su energía, situó el foco de sus aspiraciones y preocupaciones, en esa multitud de tareas alienantes que el curso de nuestra civilización acabaría consagrando como las únicas verdaderamente ‘prácticas’. En uno y otro ámbito —y aquí sólo nos concierne el segundo de ellos—, los intermediarios habían de convertirse en celosos guardianes, obstruyendo e incluso pervirtiendo la relación espontánea del sujeto con los aspectos más centrales de su propia individualidad...

Lo escrito hasta aquí quizá no sea más que una perspectiva mítica desde la que abordar el estudio del desarrollo de la medicina, pero nos advierte ya cuando menos de algo esencial: que toda recuperación del gobierno de la propia salud habrá de resultar, inevitablemente, dramática.

I. LA MEDICINA DEL OBJETO

1. Una cuestión semántica.—

La corriente médica dominante en Occidente desde hace al menos cuatro siglos, que reclama para sí filiación hipocrática y galénica, y que ha sido un poderoso instrumento de nuestra civilización en la colonización y aculturación de las sociedades tradicionales, es referida por los teóricos del tema de diversas maneras: desde una postura iatrocéntrica, se la llama por lo común *medicina técnica*, *biomedicina*, *medicina científica* o *medicina moderna*, títulos que implícita o subrepticamente tienden a volver periféricas para la mentalidad contemporánea todo el resto de posibles corrientes alternativas. Más neutras pero también más indefinidas son las voces *medicina convencional* y *medicina occidental*. Desde un ángulo crítico-descriptivo, que subraya lo que para unos son las virtudes y para otros las limitaciones de la misma, se la señala a menudo como *medicina materialista*, *medicina mecanicista*, *medicina reduccionista*, *medicina alopática* e incluso *medicina hegemónica*. Finalmente, desde una perspectiva mucho más crítica y pesimista, se la ha declarado *medicina coercitiva*¹ a causa del servicio ilegítimo que esta ‘ciencia de la salud’ presta a menudo al Estado iatrocéntrico, y, con incisivo oxímoron, ha sido referida también como *medicina iatrogénica* o *patogénica*², aludiendo a los inescapables efectos nocivos que el quehacer médico, sobre todo en la forma del sistema sanitario moderno, tiene en las esferas clínica, social y cultural, y que en la consideración de algunas corrientes críticas superan con mucho sus más estimables logros.

Si el valor y el alcance de cada una de estas apelaciones por separado es discutible, el conjunto de todas ellas nos da de inmediato una idea muy definida del cariz de la corriente a la que nos referimos y, sobre todo, reconoce la necesidad de trascender posturas exclusivistas al considerarla una forma de medicina —ya se la tenga por central o no— entre otras formas posibles de conceptualizar la enfermedad, la salud y articular la práctica curativa. El resto de corrientes médicas el pensamiento moderno lo conoce en su conjunto como *medicinas alternativas*, fórmula que, aunque cuestionada por López Piñero³ porque “confunde bajo un mismo rótulo realidades radicalmente diversas por su significado teórico y consecuencias prácticas”, no resulta abyecta como la de *medicinas complementarias* y es perfectamente descriptiva de la situación actual, en la que una serie de tendencias médicas, en el fondo poco implantadas todavía en la mentalidad occidental, se definen por su oposición a la corriente dominante. Por otra parte, si bien son patentes las diferencias entre ellas, también son perceptibles ciertas características fundamentales comunes que las alinean en un mismo paradigma conceptual, definido esencialmente por su vocación holística... pero sobre esta cuestión retornaremos más adelante.

¹ Cf. Petr Skravaneck, *La Muerte de la Medicina con Rostro Humano*.

² Cf. Ivan Illich, *Limits to Medicine*.

³ *Breve Historia de la Medicina*, pgs. 47-8.

La *medicina hegemónica*, por su lado, es fruto del paradigma científico reinante y se halla profunda, simbióticamente unida a actitudes vitales y específicas contradicciones sociales de nuestra civilización moderna. En qué medida la primera es el resultado de estas últimas o a la inversa es materia discutible, pero en el momento actual se da un evidente influjo recíproco entre una y otras hasta el punto de configurar un sistema cerrado de retroalimentación cuyo carácter patogénico ha sido advertido desde distintos ángulos. Esta forma de medicina, sin embargo, tiene tanto peso y autoridad en la mentalidad contemporánea, y una presencia social de tal magnitud, que apenas puede comenzarse ninguna reflexión seria sobre el tema de la salud humana sin contextualizarla primero, sin definir su *dominio de validez*⁴, sin comprender la evolución dialéctica que la ha conducido a su alto grado de eficacia presente a costa de reducir, en alta medida también, su campo de aplicación. Esta contextualización de la *biomedicina* resulta especialmente importante ahora en que su difusión, su protagonismo mediático y su soberbia tecnológica la hacen aparecer a ojos de algunos sectores como una ciencia omnipotente, mientras que otra parte considerable de la población se aparta de ella con desencanto acrítico.

2. Medicina y ciencia.—

La *medicina científica* es el modo peculiarmente occidental de aproximarse al problema de la enfermedad. En cualquier disciplina, el modo característico de Occidente consiste en la búsqueda de ese cuerpo de conocimiento sólido, seguro y firme que, aun a costa de dejar fuera una parte substancial de la realidad, a la razón le resulta aceptable porque, primero, surge de un proceder intelectual riguroso de acuerdo con los cánones epistemológicos establecidos y, segundo, le proporciona un control relativo del área así acotada. Ese cuerpo de conocimiento ha de estar estructurado de acuerdo con leyes verificables y reproducibles, ha de corresponder por tanto a una realidad perceptible y contrastable, ha de ser perfectamente explicativo del funcionamiento de esa realidad, y todo ello aun a pesar del precio existencial que conlleva el reduccionismo de igualar lo real, exclusivamente, a la imagen del mundo que los sentidos son capaces de proporcionar y la razón de pensar. El campo así delimitado es una franja angosta enmarcada entre los parámetros del modelo que resulta del particular esfuerzo cognitivo racional, pero es un terreno muy firme y en el que la técnica generada por él acostumbra a mostrarse altamente efectiva. Sin embargo, como todo esfuerzo reduccionista en cualquier

⁴ Tomamos aquí este concepto prestado de David Bohm tal como lo formula en *Causality & Chance in Modern Physics* (cf. pg. 166). El *dominio de validez* es la amplitud del marco en el que una ley, cualquier ley natural, resulta verdadera. La necesidad de definir este dominio surge de que: “Every law that can possibly be formulated has to have errors, simply because it represents nature in terms of some finite set of concepts, that inevitably fail to take into account an infinity of additional potentially or actually significant qualities and properties of matter. In other words, associated with any given law there must be errors that are essential and objective features of that law resulting from the multitudes of diverse factors that the law in question must neglect.”

ámbito de la ciencia, ese cuerpo de conocimiento está destinado a entrar en crisis a causa del mismo impulso que lo produce: la búsqueda de más y más precisión, rigor, solidez y alcance explicativo. Porque cuanto mayores se pretende que sean estos valores, a partir de cierto punto crítico entran en juego necesariamente relaciones de interacción con elementos o variables que, a efectos de una metodología eficaz, habían quedado fuera del modelo inicial. Se produce así una tensión dialéctica entre la resistencia del modelo establecido y la pujanza del modelo o modelos emergentes que no siempre se resuelve de forma rápida, fluida o sin dramatismos. (Y ello, en parte, porque el conocimiento humano está ligado a fuertes intereses vitales, a irracionales apegos doctrinales y muchas veces a rígidos hábitos de pensamiento; pero sobre todo, porque el reduccionismo metodológico acaba por confundirse con un reduccionismo ontológico y las abstracciones puntuales, provisionales y operativas que la ciencia ha hecho de la naturaleza tienden a verse como sistemas cerrados y definitivos, y a transformarse por tanto en fósiles conceptuales, en inmutables entidades platónicas.) Sin embargo, el eje de leyes básicas originalmente asumidas sigue ofreciendo, durante un tiempo al menos, una plataforma conceptual lo bastante segura como para permitir —en principio— transiciones acumulativas, de forma que los conocimientos pasados no queden sencillamente descartados o cancelados sino que puedan reformularse en términos más comprensivos.

La ciencia no es por tanto un cuerpo monolítico, estático. Y si ello resulta desde cierto ángulo una obviedad decirlo, desde otro es importante porque existe un arraigado hábito profano de recibir todo lo que llega con su sello como si fuera el auténtico y definitivo evangelio. La ciencia no está exenta de fisuras, brechas, lagunas, que no consigue difuminar un lenguaje a menudo esotérico. No es un paisaje ordenado de una vez por todas ni siquiera en lo que respecta a la idea de las leyes naturales fundamentales⁵, sino un terreno geológico irregular en el que masas tectónicas puján contra la superficie constantemente para crear nuevas orografías. Y este modelo de autoorganizativo conflicto dialéctico se reproduce de un modo u otro a todos sus niveles: al nivel de la ciencia como cuerpo general, al de cada una de sus disciplinas particulares y al de cada una de las corrientes específicas de esas disciplinas que se han desarrollado lo bastante como para dar cabida en su seno a una multiplicidad de enfoques o paradigmas posibles.

Dicho esto, y contra ese trasfondo mucho menos monocromo y uniforme de lo que en principio pudiera parecer, la cosmovisión científica en la que se encuadra y de la que depende la *medicina hegemónica* es la que definen, en sus líneas máximas, las coordenadas del materialismo, atomismo, mecanicismo y determinismo, que han constituido los cimientos del pensamiento científico

⁵ Contra la idea de leyes universales inmutables —defendida todavía en círculos científicos demasiado optimistas o demasiado conservadores—, véase por ejemplo David Bohm (op.cit.), Mitchel Waldrop (*Complexity*), Rupert Sheldrake (*A New Science of Life, The Presence of the Past, The Rebirth of Nature*)... Ilya Prigogine escribe: “¿Cómo puede hablarse de leyes inmutables, eternas?... El propio concepto de ley que surge en la época de Descartes y Newton, época de monarquías absolutistas, debe ser revisado” (*¿Tan Sólo una Ilusión?*, pg. 23).

durante los últimos siglos pero que han dejado de gobernarlo de forma absolutamente incuestionada.

En su formulación más común, el materialismo⁶ es en el fondo una expresión del sensualismo realista, que reconoce la realidad sólo de aquellas cosas accesibles a los sentidos, ya sea directamente o a través de los instrumentos que sirven para ampliar el alcance de sus percepciones; conlleva por tanto la idea de que sólo es real para la ciencia lo que demostrablemente forma parte de la experiencia intersubjetiva humana; y sobre todo, decreta que tanto el fenómeno de la vida como el de la consciencia son reductibles a la materia, a sus principios y a sus fuerzas. Ahora bien, la paradoja en la base del materialismo está en que la misma idea de materia es mucho más metafísica que materialista, porque postula una realidad única como fundamento del mundo y de sus procesos que nunca ha sido constatada de acuerdo con el método positivista que exige el materialismo. Su asociación con la hipótesis atómica desde sus orígenes griegos trata de salvar, al tiempo que refleja, esta contradicción, porque el atomismo logra establecer — más que una unidad— una uniformidad última, infraperceptual, de la materia a costa de postular un fragmentismo radical de la misma, a la que imagina formada por una infinidad de corpúsculos iguales e indivisibles. Sin embargo, sólo el punto matemático es indivisible y ello porque carece de corporeidad y porque conceptualmente lo establecemos así; en el momento en que un corpúsculo es material, el único límite a su divisibilidad lo decide —provisionalmente— nuestra capacidad de percepción del mismo y el poder de nuestros instrumentos. El átomo de los griegos no es el de la ciencia moderna, pero vendría a coincidir con una hipotética partícula irreductible y elemental que acudiese a justificar la base sólida, extensa, impenetrable, inerte, unitaria de la materia, y que parece más y más improbable cuanto más se sumerge la física en las dimensiones nanoscópicas de los mundos cuántico y subcuántico. El atomismo, si por una parte se presenta como uno de los pilares sobre los que se sostiene la visión materialista del mundo, por la otra, perseguido hasta sus últimas consecuencias, hace que la misma idea de materia se nos desmenuce entre los dedos⁷.

En la intersección de materialismo y mecanicismo se asienta la idea de la materia inerte como fundamento último de la realidad, cerrada en sí y gobernada por un conjunto de leyes básicas cuantitativas. El conocimiento perfecto y

⁶ Y caben, desde luego, otras posibles, aunque quizás se asociarían de un modo menos espontáneo con el término ‘materialismo’. En el materialismo bohmiano, por ejemplo, tal como se expresa en *Causality & Chance in Modern Physics*, la materia es la orgánica totalidad universal, activa por sí misma, en constante proceso de devenir y compuesta tanto de niveles de realidad perceptibles como de niveles imperceptibles para nuestros sentidos e instrumentos, pero relevantes en última instancia para comprender el alcance de las leyes físicas establecidas.

⁷ O al menos la idea clásica clásica de materia. Dado que en principio el ejercicio analítico de la razón no tiene límite como no lo tiene tampoco la divisibilidad de la materia, el átomo griego, la partícula indivisible, es —en términos kantianos— un *Grenzbegriff*, un concepto-frontera, un artificio conceptual que sirve sólo para nombrar una región indefinida, quizás indefinible, de nuestro espacio mental. A niveles fundamentales, la realidad parece expresarse en forma de pura energía, cosa que contempla la clásica ecuación de Einstein ($E=mc^2$) y que justificaría las propuestas en el sentido de una medicina vibracional o, como Richard Gerber la denomina, una *medicina einsteniana* que trascienda las limitaciones de la *medicina newtoniana* moderna.

completo de esas leyes haría absolutamente predecible el comportamiento del sistema regido por ellas, que aparece así bajo el prisma de la máquina, metáfora que empezó a imponerse con Descartes y que, en una u otra forma sigue vigente todavía en muchas disciplinas. Los avances en cibernética hacia el desarrollo de Vida Artificial⁸ e Inteligencia Artificial, y los progresos en biología que invitan a concebir —y quizás dentro de poco a construir y *reconstruir*— los organismos vivos como sofisticadas máquinas genéticas, proporcionan aparentemente a la *medicina científica* una justificación empírica para su mecanicismo reduccionista. Por otro lado, la inherente tendencia cuantificadora de este último sirve al realismo materialista, puesto que el número, la medida de las cosas, se presenta ante la razón como el dato más perfecta y fríamente objetivo, proporcionado por instrumentos y por fórmulas capaces de neutralizar las interpretaciones subjetivas de la realidad fáctica, lo que hace que el conjunto de las ciencias tome como modelos a las matemáticas y a la física⁹. Finalmente, el mecanicismo opera de acuerdo con la idea de que la totalidad es igual a la suma de sus partes y comprensible, por tanto, por su descomposición en unidades más pequeñas. Si ‘estructura’ y ‘articulación’ son dos de sus conceptos fundamentales, la disección —real o figurativa— constituye su método por excelencia¹⁰.

En cuanto al determinismo, declara que en igualdad de condiciones, las mismas causas producirán siempre los mismos efectos. Dado que las condiciones están siempre cambiando en el marco natural y que, por tanto, declararlas iguales supone formular una abstracción artificial, cerrada en sí misma frente a cualquier posible variación, en su versión más estricta el determinismo es connatural con el mecanicismo. El principio de causalidad es fundamental para el conocimiento

⁸ Para una idea general de este concepto, véase por ejemplo *Complexity*, pg. 277ss.

⁹ Sobre la matematización de la medicina, escribe Foucault: “In the period of Laplace, either under his influence or within a similar movement of thought, medicine discovered that uncertainty may be treated, analytically, as the sum of a certain number of isolatable degrees of certainty that were capable of rigorous calculation. Thus, this confused, negative concept, whose meaning derived from a traditional opposition to mathematical knowledge, was to be capable of transforming itself into a positive concept and offered to the penetration of a technique proper to calculation. This conceptual transformation was decisive: it opened up to investigation a domain in which each fact observed, isolated, then compared with a set of facts, could take its place in a whole series of events whose convergence or divergence were in principle measurable” (*The Birth of the Clinic*, pg. 97).

¹⁰ Para Bohm, el mecanicismo en la ciencia moderna proviene de la universalización de las leyes de Newton realizada por Laplace y no constituye una coordenada científica, sino una actitud filosófica: “The conclusion that there is absolutely nothing in the entire universe that does not fit into the general theoretical scheme associated with Newton’s laws of motion evidently has implications not necessarily following from the science of mechanics itself, but rather from the *unlimited* extrapolation of this science to all possible sets of conditions and domains of phenomena. Such an extrapolation is evidently then not founded primarily on what is known scientifically. Instead, it is in a large measure a consequence of a *philosophical* point of view concerning the nature of the world” (énfasis en el original; *Causality & Chance*, pg. 37).

Como filosofía, sin embargo, el mecanicismo es extremadamente peligroso, característica que merece ser tenida en cuenta al considerar su aplicación a la medicina. En lo ético, justifica negar al prójimo su condición de sujeto y tratarlo como un mecanismo; políticamente, es el cimiento lógico de todos los totalitarismos; en biología, legitima las monstruosidades que el ser humano es capaz de infligir a la naturaleza...

humano porque, advertidas ciertas regularidades¹¹, permite formular leyes de comportamiento universal y vuelve la realidad en cierto grado predecible. El pensamiento humano es espontáneamente causalista, tal como estableció Kant, pero ello no implica que siempre haya asociado los fenómenos naturales a causas igualmente naturales. La doctrina budista, por ejemplo, cuando define el *karma* como ‘ley de la causalidad’, está pensando en una causación moral capaz de actuar a través de grandes lapsos de tiempo para los acontecimientos individuales y colectivos. Heisenberg, von Neuman y Bohr han postulado un indeterminismo radical en el fundamento microscópico de los procesos del mundo, indeterminismo que obliga a reformular las leyes naturales en términos probabilísticos¹². Carl G. Jung en psicología con su noción de *sincronicidad*, David Bohm en física con su idea de elementos *sinordinados* y Rupert Sheldrake en biología con su teoría de los hábitos de la materia y de la *resonancia mórfica* han ofrecido alternativas paracausales a las regularidades de la naturaleza en las que la *causa clásica* pierde su condición de auténtico *factor causante* para aparecer como mera *ocasión constitutiva* en la producción de un efecto. Pero por otro lado, aliado a un materialismo mecanicista, el determinismo metodológico deriva fácilmente hacia un determinismo ontológico de tipo laplaciano, que postula que, conocidas las primeras causas del universo, podrían predecirse hasta sus últimos efectos. En un universo semejante, incluso la consciencia humana acaba por convertirse en una hipótesis innecesaria¹³.

¹¹ Puede decirse que estamos adaptados evolutivamente para percibir de forma selectiva las regularidades de la naturaleza por la sencilla razón de que es más fácil orientarse en un mundo con ellas que sin ellas. Frente a esta mirada selectiva, los detalles, variaciones, fluctuaciones y singularidades tienden a volverse irrelevantes o incluso periféricos. Cuando ciertos detalles individuales empiezan a incorporarse a la mirada, de modo que se enriquezca y complique la imagen objetual contemplada, ello indica una cierta expansión de la consciencia, para la cual las viejas regularidades orientativas se hallan ya bien establecidas pero se han vuelto insuficientes (o se han revelado incluso problemáticas y cuestionables) y hay como un ‘sobrante de mirada’ que aplicar a elementos hasta ese instante periféricos, demasiado singulares quizás para integrarlos en el orden al que se ha traducido y reducido la realidad. La riqueza del conocimiento (o riqueza y complejidad de la imagen objetual percibida) depende al menos, pues, de dos cosas: en primer lugar, el alcance de la ‘mirada’, que define una especie de *horizonte de eventos*, el espacio donde se manifiestan todos los datos significativos y el límite hasta el que se remontan las cadenas causales relevantes que explican el objeto de conocimiento; en segundo lugar, la capacidad para organizar todos esos elementos relevantes del modo más económico y al mismo tiempo informativo posible, que determina la estructura del contexto cognitivo y da ‘forma’ a la imagen del conocimiento. La imagen final depende de las condiciones iniciales porque crece a partir de un eje primario de significativas regularidades y se desarrolla por reformulaciones sucesivas de su primera y limitada expresión.

¹² Unas leyes probabilísticas que, para las inmensas cantidades moleculares del mundo macroscópico, resultarían prácticamente iguales, pero no idénticas, a las leyes deterministas.

¹³ Como de hecho ocurre en las teorías de la neurociencia materialista: “The existence of mind or consciousness is usually not denied, but it is relegated to the passive role of mental experiences accompanying some types of brain action, as in psychoneural identity, but with absolutely no *effective* action on the brain. The complex neural machinery of the brain functions in its determined materialistic fashion regardless of any consciousness that may accompany it. The ‘common sense’ experiences that we can control our actions to some extent or that we can express our thoughts in language are alleged to be illusory” (*How the Self Controls Its Brain*, pg.4). Eccles, por su parte, que defiende una interacción cuántica de la mente y el cerebro a nivel del neocórtex, niega la posibilidad de consciencia a todo animal por debajo de los mamíferos en la escala evolutiva: “There seems to be no good evidence that reptiles experience consciousness... Animals would not experience ‘gleams’ of consciousness (feelings) until the mammalian cerebral cortex with its microsites of neural structures (dendrons) had evolved with the propensity for relating to a world other than the matter-energy world” (ibid. pgs. 119, 120).

En la *medicina científica*, la perspectiva materialista determina su campo legítimo de aplicación, que es el organismo humano concebido como un mecanismo altamente complejo regido por especificables procesos biomoleculares. La relación mente-cuerpo no está claramente establecida y la consciencia, por tanto, puede contemplarse como consecuencia de esos mismos procesos, un factor en principio despreciable para la consideración y control de las funciones y disfunciones del organismo. En esta concepción —y vocación— se manifiesta ya la alianza natural entre materialismo y mecanicismo. Ahora bien, atrapada en las coordenadas de su materialismo mecanicista, la *biomedicina* es determinista en un sentido estricto: mientras una parte de la física, sobre todo a partir de la noción de *estructuras disipativas* de Ilya Prigogine¹⁴, tiende a servirse cada vez más de las metáforas ofrecidas por la biología y la sociología, así como de ecuaciones no lineales para aproximarse a procesos de orgánica e impredecible complejidad, la *medicina científica* proclama todavía con excesiva confianza fórmulas monocausales del tipo de: un germen, una enfermedad, o bien un gen, una proteína, una enfermedad. Fiel a su vocación mecanicista y cuantificadora, la *biomedicina* formula el buen funcionamiento del organismo físico (la salud) como un estado que ocurre dentro de unos parámetros de calculada normalidad; y consecuente, por otra parte, con su vocación materialista, concibe las enfermedades como entidades biológicas diferenciadas independientes de los organismos que las hospedan y manifiestan. Y si bien es cierto que el conjunto de estos principios no informa —ni agota— la totalidad de enfoques posibles dentro de la *medicina científica*, sí constituye el punto de partida operativo de la corriente principal y el núcleo de referencia inevitable frente al que se ve obligada a justificarse cualquier tendencia que pretenda diverger de ella.

¹⁴ Según Prigogine, una de las cuestiones no resueltas heredadas por el presente con el legado científico del XIX es que, mientras en la biología de Darwin evolución e irreversibilidad se asocian con procesos autoorganizativos y estructuras de una complejidad creciente (cosa que parece desafiar la 2ª ley de la termodinámica), en la física de Boltzman irreversibilidad y cambio llevan al olvido de las condiciones iniciales, a la disolución de estructuras y a un estéril equilibrio entrópico (de acuerdo con esa misma ley). Para Prigogine, esta aparente contradicción, se resuelve al constatar que el comportamiento de los sistemas físicos es completamente distinto según se hallen en un estado próximo al equilibrio o en un estado lejano al equilibrio (más allá de un umbral crítico que llama ‘punto de bifurcación’). Los sistemas en este último estado entran en procesos autoorganizativos —*estructuras disipativas*— que el 2º principio de la termodinámica es incapaz de predecir. “En condiciones alejadas del equilibrio, la materia adquiere nuevas propiedades, tales como ‘comunicación’, ‘percepción’ y ‘memoria’, propiedades que hasta ahora sólo se atribuían a los sistemas vivos” (*¿Tan Sólo una Ilusión?*, pg. 218). El concepto de materia que surge de aquí se aleja mucho pues, al igual que el de Bohm, de la idea dominante en las formas más comunes y estrictas de materialismo. Resulta interesante notar hasta qué punto los dos primeros principios de la termodinámica han ayudado a concebir la materia como un sistema cerrado y mecanicista. La primera ley, la de la conservación de la energía, ha servido a la neurociencia materialista para negar a la mente la posibilidad de intervención en los procesos de la materia; la segunda ley, la de la tendencia natural de los sistemas al equilibrio entrópico, ha contribuido a formar la idea de la vida como un accidente provisional e improbable de la materia, con escasas posibilidades de continuidad espacial o temporal en un universo fundamentalmente hostil a ella. Ambas concepciones están siendo revisadas actualmente en profundidad.

3. Medicina e historia.—

Ninguna de las cuatro coordenadas que forman el paradigma dominante de la *medicina científica* es incontestable ni permanece incontestada. De hecho, tal como advierte Brian Arthur¹⁵ en la cita con la que hemos inaugurado este trabajo, las metáforas que ayudan a comprender la realidad están cambiando y, en el caldo de cultivo formado a partir de la nueva física y las ciencias del caos y la complejidad, parece estar surgiendo un nuevo paradigma fundado en principios holísticos, organicistas y metadeterministas¹⁶. La *medicina hegemónica* continúa, sin embargo, anclada en el modelo descrito, al que se ha incorporado de modo gradual y con reconocible esfuerzo por su parte a lo largo de su historia, pero que le ha proporcionado un terreno extraordinariamente firme durante los últimos siglos de su desarrollo. En general, las historias de la medicina consideran la corriente moderna y principal como el resultado, como el último y más sofisticado producto de una evolución que arranca de la(s) paleomedicina(s) de la prehistoria y no acaba de concretarse hasta haber superado falsos modelos de la realidad, erráticos sistemas de conocimiento, equivocados principios y cuestionables especulaciones. Esta forma de presentación es ya en sí misma discutible: en realidad, forma parte de la estrategia exclusivista de la *medicina occidental* y de su característico iatrocenismo.

Sin pretender negar en absoluto su progreso dentro de su propio paradigma, el devenir histórico de lo que ahora conocemos como *medicina científica moderna* no ha consistido tanto en una superación de modelos falsos como en un apartamiento de modelos alternativos que entorpecían (o podían entorpecer) su concentración exclusiva en el estudio de aquellos fenómenos que habrían de configurarla como ciencia objetiva dependiente de la razón humana. O dicho de otro modo, como *medicina del objeto*.

Por ejemplo, se apartó del modelo holístico e intuitivo que gobierna la *medicina chamánica* y las *medicinas mágico-religiosas* de las grandes civilizaciones de la antigüedad concentrándose exclusivamente en las causas naturales de las enfermedades, desarrollando una etiopatología independiente de las cosmovisiones misteriosóficas y claramente accesible para los sentidos y la razón del terapeuta. Ahora bien, el modelo anterior no es en sí mismo insano, aunque puedan serlo muchas de las especulaciones asociadas a —o surgidas de— él (como por otra parte lo son muchas de las conclusiones alcanzadas por el método racionalista). Cuando la *medicina chamánica* establece que la causa de una enfermedad individual o de una plaga comunitaria es consecuencia de la

¹⁵ B. Arthur es uno de los adalides de la Ciencia de la Complejidad y presidente del Instituto de Santa Fe, el primer semillero de este enfoque emergente de la ciencia.

¹⁶ Por *metadeterminismo* significamos aquí la restricción o no universalidad del determinismo clásico unida a la convivencia de este último con otros modelos de correlación causativa, como el determinismo no lineal, el determinismo de arriba-abajo (*top-down determinism* de acuerdo con Sperry, un determinismo humanista y mentalista que opera de la psique hacia la materia en lugar de a la inversa), los hábitos naturales, la sinordinación bohmiana, la sincronía junguiana, etc.

violación de un tabú, de modo implícito o intuitivo reconoce que tanto el individuo como el grupo humano son subsistemas integrados orgánicamente en el sistema universal y que, en el radio de su posible acción independiente, ha ocurrido algo que les ha hecho perder la sintonía con el macrosistema que los engloba. De esta ruptura en la ley que rige la armonía entre la parte y el todo sólo puede derivarse fatalidad, como en el caso de una célula que inicia una evolución secesionista.

La *medicina religiosa*, con su idea de la enfermedad como efecto del pecado, sigue fundada en el mismo principio holístico, pero ha cambiado el nivel de sus especulaciones ‘elevándolo’ progresivamente desde el primitivo sistema de tabús para adecuarlo a su sistema moral, más reflexivo y codificado que el anterior. Ahora bien, una vez que la *medicina materialista* aprendió a establecer con exclusividad causas naturales para la enfermedad y logró sacudirse el principio holístico¹⁷, éste no quedó vencido atrás como las ruinas del pasado sino que siguió una evolución en cierto modo paralela, aunque cruzándose aquí y allá con la corriente principal, que a su vez se obstinaba en esquivarlo. Resurgió en el Renacimiento con Paracelso, apuntó en el animismo barroco de Ernst Stahl, se manifestó con más pujanza en la medicina romántica alemana y se reencarna ahora en parte de las corrientes médicas alternativas en una era en que la física tiende a concebir el universo como una Totalidad integrada.

Otro ejemplo comparable al anterior es el del principio hologramático. El principio hologramático es connatural con el holístico porque, si una totalidad ha de ser orgánica, esto es, si ha de ser algo más que la suma de sus partes, ello implica que de alguna forma la totalidad ha de estar contenida y reflejada en cada una de sus subunidades. La práctica adivinatoria o augural, que sirve en la *medicina chamánica*, en la *mágico-religiosa*, en la *medicina astrológica* y en las tradiciones india y china a efectos de diagnóstico y de pronóstico, se funda en realidad sobre este supuesto y establece que cualquier parcelación de la naturaleza, por más arbitraria que en principio pueda parecer —el vuelo de las aves, el ascenso del humo, las entrañas de un animal...—, es una semiótica legítima para el terapeuta porque contiene, cifradamente, la información de la totalidad. Cosa muy distinta de este principio es que el augur conozca el lenguaje sutil en que se expresa esa semántica; sabiéndolo, lo interprete bien; o posea siquiera realmente el *órgano* necesario para poder escucharlo o leerlo.

Para la corriente principal, sin embargo, de vocación racional y sensualista, este principio era obviamente un lastre y se lo sacudió de encima, substituyendo una semiología ex-céntrica por otra centrada en la misma fisicalidad del organismo enfermo y causalmente relacionada con el estado del

¹⁷ ‘Holístico’ es un término relativo que depende de la ‘totalidad’ en consideración. La *biomedicina* dice asumir un enfoque holístico cuando tiene en cuenta los aspectos vitales, emocionales, mentales y sociales del paciente así como la manifestación singular de su salud o de sus patologías. En las medicinas alternativas, el concepto ‘holístico’ puede incluir muchas más y muy diversas dimensiones del ser humano, dependiendo del enfoque de cada una de ellas. En este caso, nos referimos a la holística que contempla la interrelación micro/macrocósmica.

paciente. Ahora bien, el principio hologramático siguió su curso paralelo de la mano del holístico para resurgir en los sistemas médicos alternativos de la actualidad, en las formas, por ejemplo, de la acupuntura auricular, de la iridiología o la reflexología, que conciben la totalidad del cuerpo humano reflejada respectivamente en la oreja, el iris y el pie. Además, el holograma se ha convertido hoy para la ciencia en una de las metáforas más útiles y socorridas a la hora de comprender la realidad¹⁸.

Igualmente connatural con el principio holístico es el principio de causación ‘sobrenatural’, fundado en una concepción multidimensional del universo. Cuando la *medicina chamánica* ve la causa de una enfermedad individual o colectiva en el hechizo de un enemigo o en la acción hostil de una entidad espectral, está postulando la existencia de un medio distinto del físico, y en perceptible aunque misteriosa interacción con él, desde el que operan fuerzas sutiles (ya sean conscientes por sí mismas o subordinables a la voluntad consciente de algún otro ser) capaces de afectar al contexto humano. Las sociedades religiosas conservan, por supuesto, la idea de ese medio supramaterial. Pero en la civilización occidental, de vocación decididamente racionalista y pragmática, incluso antes de su secularización definitiva, ese ecosistema sutil con toda su flora y su fauna animista y demonológica va convirtiéndose cada vez más en una hipótesis innecesaria, a la vez que la religión empieza a percibirse como una superestructura mal encajada en el pensamiento social dominante. La *medicina mecanicista* sigue el curso de la corriente de materialismo general, que va imponiéndose progresivamente. En oposición a ella, el principio de multidimensionalidad rebrota en la medicina misteriosófica renacentista de Paracelso, en la medicina romántica dependiente del idealismo alemán, renace en las medicinas alternativas presentes, halla un inesperado soporte en la nueva física y, sobre todo, se formula en un lenguaje ya mucho más aceptable (físico y matemático) para la mentalidad moderna en el sistema metacuántico de David Bohm¹⁹.

¹⁸ Cf. *El Paradigma Holográfico*.

¹⁹ Bohm denomina ese medio suprafísico *orden implicado* y lo considera en un proceso permanente de *ex-plicación* (o manifestación) y reabsorción en la Totalidad implicada. A este proceso lo llama *holomovimiento*. Por su parte, Paul Davis escribe acerca del principio de multidimensionalidad percibido por la nueva física: “Mathematical analysis of the forces that shape matter also reveals hidden symmetries of a subtle and abstract nature. Building upon this, physicists have discovered that forces can be understood in a curious way: they are simply nature’s attempt to maintain various abstract symmetries in the world. It is from these insights into the relationship between force fields, particles and symmetry that there has come perhaps the most remarkable conjecture of all —that we live in an eleven-dimensional universe. According to this theory, the three-dimensional space of our perceptions is augmented by seven unseen space dimensions which, together with time, make up eleven dimensions in all. Although the extra seven dimensions are invisible to us, they still manifest their existence as *forces*. What we think of as, say, an electromagnetic force is really an unseen space dimension at work. The geometry of the seven extra dimensions reflects the symmetries inherent in the forces. It follows from this work that there really are no force fields at all, only empty eleven-dimensional spacetime curled into patterns. The world, it seems, can be built more or less out of structured nothingness. Force and matter are manifestations of space and time. If true, it is a connection of the deepest significance” (*Superforce*, pg. 7).

Desde esta perspectiva, y dejando aparte las cuestiones de detalle, quizás no haya una diferencia tan fundamental entre, digamos, la cosmovisión chamánica y ciertos modelos proporcionados por la física contemporánea²⁰, aunque varíe desde luego el modo de aprehensión del medio supramaterial y el lenguaje que sirve para expresarlo: en el contexto chamánico, el modo de aprehensión es intuitivo y el lenguaje, emotivo, estético y contaminado de prosopopeya; en el contexto físico, la aprehensión es racional y el lenguaje, objetivo, científico y contaminado de abstracción. Lo que se ha ganado entre uno y otro estadio es, sin embargo, sumamente importante: la razón humana ha aprendido a conocerse a sí misma, a establecer su método característico, a construir una imagen coherente del mundo sobre la que puede operar con efectividad, a desarrollar y ejercitar sus propias facultades, libres de la constricción de los dogmas especulativos del pasado... dogmas que acostumbran a ser la osificación de modelos intuitivos anteriores cuando éstos han dejado de ser una realidad existencial para convertirse en símbolos consagrados. Mientras tanto, el modelo intuitivo ha seguido un curso paralelo resurgiendo en aquellos periodos y aquellas mentes receptivos a él y capaces de ver a través de sus símbolos escleróticos o incluso de revitalizarlos, para converger finalmente con las cosmovisiones más audaces del pensamiento científico. Y si a lo largo de todo este desarrollo se ha mostrado mucho más débil y menos eficaz que el modelo racional, es porque la verdadera intuición es una facultad rara e incluso —en aquéllos que se da— intermitente; y tiende por ello a precipitar en formas fijas que no son más que sombras racionalizadas de destellos intuitivos pasajeros.

De ahí que, por una parte, resultase fundamental para la *medicina técnica*, y fuese del todo coherente con su programa, esquivar las audacias paracélsicas y románticas²¹. Pero, por otro lado, también resultaba importante la pervivencia paralela de un modelo que, aunque de difíciles y a veces incluso imposibles aplicación y articulación, parece al final, cuando la misma ciencia se ha vuelto capaz de conceptualizarlo, ofrecer una visión más comprehensiva de la realidad. La coexistencia de los modelos intuitivo y racional se justifica, por tanto, porque mientras el primero puede lanzarse a audacias especulativas y metodológicas libre de la lentitud y minuciosidad que exige el proceder del segundo, este último sienta las bases sólidas e imprescindibles sobre las que podrán a la larga verse confirmadas o reformuladas muchas de esas otras audacias. La antítesis presentada por un modelo al otro ayuda a cada uno de ellos a volverse más consciente de sí, en ocasiones también más militante en sus planteamientos, pero en última instancia obliga a ambos a buscar formas más y más plausibles de articularse. La síntesis entre los dos constituye todavía, sin embargo, un ideal futuro²².

²⁰ Cuando menos, el acercamiento de la física a la cosmovisión oriental es patente a partir de los setenta, con las obras de Fritjof Capra y los diálogos Bohm-Krishnamurti.

²¹ Con escasa perspectiva dialéctica de la historia, F. Guerra habla de “desvaríos filosóficos” tras la corriente romántica alemana de la medicina (*Historia de la Medicina*, vol. 1 pg. 481).

²² Desde luego hay intentos en este sentido, pero las mismas contradicciones en sus planteamientos (quizás inevitables en estos primeros intentos de colaboración) ponen de manifiesto las dificultades de una verdadera síntesis. Cornelia Featherstone y Lori Forsyth, por ejemplo, en su bien intencionado

La *medicina técnica*, así pues, se ha desarrollado, se ha individualizado, se ha cohesionado y ha madurado por un proceso de exclusión. El suyo ha sido un movimiento, no de superación, sino de reduccionismo, fiel a su programa de acotar un área precisa de la realidad donde el conocimiento de los sentidos y la razón, contrastado por los hechos (hechos reproducibles a la luz del día y en condiciones de experimentación, hechos cuantificables), fuese el único legítimo. Se desprendió de las concepciones holística, hologramática y multidimensional porque no cumplían estas condiciones. Se libró, en cuanto le fue posible, de las injerencias de la magia y de la religión. Purificó su método de los rastros de pensamiento simbólico, como el implícito en la teoría humoral clásica y en la sinonimia de los fármacos vegetales. Desconfió de la subjetividad implícita en el conocimiento organoléptico de las plantas y otras sustancias en cuanto contó con medios químicos precisos de análisis. Empezó a poner entre paréntesis la anamnesis, la interrogación del paciente a efectos de diagnóstico, en cuanto halló el modo de calibrar objetivamente su estado de acuerdo con los parámetros de normalidad definidos por su esfuerzo estadístico. Ignoró el principio hipocrático de que la naturaleza es capaz de curarse a sí misma, porque le obligaba a aceptar un principio irrepresentable. Se apartó de teorías vitalistas y animistas, que brotaron aquí y allá en el mismo lecho de la corriente principal, porque desviaban su atención de la palpable materialidad del cuerpo humano hacia un principio incontrastable que, si para sus defensores era una intuida realidad, aparecía como una especulación indemostrable a los ojos del exigente método iatrotécnico. En su búsqueda de las causas materiales últimas de los estados físicos y del funcionamiento del organismo vivo, penetró en el cuerpo humano armada de escalpelo, radiación y microscopio hasta los últimos estratos, incluso el

proyecto de ‘Matrimonio Médico’ (Medical Marriage), incluyen entre otros principios sobre los que tendría que fundarse lo que también llaman ‘cooperación multidisciplinaria’: la asunción de un paradigma holístico por todas las partes, esto es, *medicina alopática* y complementarias; un protocolo de acuerdo con el cual las terapias más nocivas e invasivas sólo se justifican cuando las demás han fallado; la idea del médico o terapeuta como ejemplo de salud; y la adecuada relación del médico no sólo con el paciente, sino con la comunidad del paciente (familia, amigos, etc.) en un “escenario ideal” que hace del cuidado de la salud “una parte integral de la vida diaria de cada uno” (cf. *Medical Marriage*, pgs. 21-25). Aunque el protocolo que relega a segundo plano las terapias más agresivas invita a pensar que es la *medicina alopática* la que se convierte aquí en complementaria, la realidad aparece muy distinta a medida que Featherstone y Forsyth desarrollan su propuesta, entre otras cosas porque el sistema epistemológico de la *medicina científica* no es cuestionado en ningún momento, sino dado por supuesto, y la idea ontologista de las enfermedades como realidades biológicas diferenciadas y autónomas —quizás el principal desafío para una concepción holística de la experiencia médica— sigue vigente. Por otra parte, el intento desesperado de hallar un sitio para cada tipo de terapeuta en la vida del individuo multiplica la superestructura médica del colectivo y la supervisión médica de cada sujeto hasta hacerlas asfixiantes (véase, por ejemplo, *ibid.* pgs. 38, 50-51). Más interesante parece el modelo distributivo de Richard Gerber (cf. *La Curación Energética*), en el que cada disciplina médica halla su campo de aplicación de acuerdo con el nivel energético específico de la totalidad multidimensional humana que es capaz de tratar. Así, la *biomedicina* se aplica a la dimensión celular; la homeopatía establece un puente entre el nivel molecular y vibracional; la acupuntura halla su campo de aplicación en la dimensión electromagnética humana; las flores de Bach, en el cuerpo emocional sutil, etc. Ahora bien, aquí no es fácil que la *medicina científica* acepte un modelo multidimensional incontrastable empíricamente y que las medicinas alternativas toman en general prestado de las tradiciones oriental y misteriosífica. Aparte de las dificultades epistemológicas, metodológicas y doctrinales, la síntesis médica se enfrenta desde luego a otras más viscerales, que surgen de la competencia personal y la confrontación de intereses.

microorgánico, y no cesó sin haberlo cartografiado por completo. (El cadáver diseccionado, último grado de cosificación del cuerpo humano, es una de las metáforas más atroces de la *medicina del objeto*). En su afán de predicción y prevención, como otras ciencias sociales, ha convertido al hombre en estadística. Y en el área de la psiquiatría, tras descartar las concepciones arcaica y clásica de la locura sin haber comprendido aún las complejidades de la consciencia o haber desarrollado siquiera un método seguro para acercarse a ellas, se ha limitado a minimizar, por medios químicos y físicos inhibitorios, la molestia que los enfermos mentales constituyen para el sistema social...

Junto a los logros positivos existen otros profundamente cuestionables (más adelante volveremos a este tema), pero sobre todo se tiene la sensación de que algo esencial le ha sido arrebatado al sujeto humano por este método reduccionista. Ivan Illich, representante de una de las corrientes críticas más arrasadoras, habla de “expropiación de la salud” por parte de una medicina que, en su discurso, aparece casi como una pseudociencia hipertecnológica, esotérica, deshumanizada, debilitante y patogénica. Pero, sea cual sea el crédito que se le conceda a la incisiva crítica de Illich, hay algo más que le ha sido enajenado al individuo humano en cuanto tal: la confianza en el valor cognoscitivo de la experiencia subjetiva de su cuerpo; el valor de *vivir* su estructura esquelética, su sistema locomotor, las alteraciones en la textura de su piel, la circulación de su sangre... en lugar de verse obligado a tomar consciencia de su propia realidad corporal a través de láminas anatómicas pobladas de nombres herméticos; la fe en su propia existencia diferencial, en su realidad única y por ello preciosa que, cultivada, puede hacer descarrilar los hábitos fijos y predecibles del comportamiento estadístico... La medida en que tienen lugar todas estas cosas es un índice del grado de alienación en el que vivimos respecto de nuestra propia vida y materialidad orgánicas.

Somos subjetivamente inconscientes de nuestro cuerpo, de su forma y de sus cambios morfológicos, somos inconscientes de su constitución, de su estructura, de sus procesos, de sus unidades menores y las relaciones entre ellas, de sus poros, cavidades y pliegues interiores, somos inconscientes de sus auténticas necesidades y de las variaciones de su energía... Nuestro cuerpo es, subjetivamente, nuestro gran desconocido²³. Y se discutirá más adelante en qué medida la enfermedad es en parte efecto y en parte signo de advertencia de esta forma de inconsciencia.

²³ “There are two ways in which a human being can be viewed: from the outside in, or from the inside out. Looked at from the outside, by a physiologist or a physician, human beings are very different from the beings they appear to be when they view themselves from the inside out... What physiologists see from their externalized, third-person view is always a ‘body’. What the individual sees from his or her internalized, first-person view is always a ‘soma’. *Soma* is a Greek word that from Hesiod onward has meant ‘living body’. This living, self-sensing, internalized perception of oneself is radically different from the externalized perception of what we call a ‘body’” (Thomas Hanna citado por D. Bakal en *Minding the Body*, pg. 12). Puede agregarse, no obstante, que el peso de la visión científica en la mentalidad contemporánea tiende con demasiada frecuencia a anular la experiencia somática subjetiva o, cuando menos, a relegarla a un segundo plano. Bakal añade: “There is a need for a phenomenological physiology that would reveal to us how we experience our bodies from living inside them” (ibíd. pg. 35).

4. Medicina, individuo y sociedad.—

Al final de su desarrollo, la *medicina técnica* ha reducido su objeto, el paciente humano, a la condición de una máquina bioquímica altamente sofisticada: un sistema relativamente cerrado en sí, en la medida en que todas las causas relevantes de su salud o enfermedad pueden ser rastreadas en el contexto de su dimensión material con independencia del resto de las dimensiones de la persona y del marco familiar, social y universal que ésta ocupa; un agregado de partes recambiables, interconectadas por una compleja red de cables y tuberías biorgánicas; un mecanismo cuyo único imperativo válido es seguir funcionando, sea cual sea su nivel de deterioro. Ahora bien, en esta peculiar abstracción materialista y mecanicista del ser humano, el impulso cognitivo y metodológico de la *biomedicina* converge con específicos intereses del individuo y de la sociedad. Porque, cuanto más reduccionista en los términos descritos sea esa abstracción, menos obligados se sentirán tanto el individuo como la sociedad a afrontar costosas o angustiosas transformaciones de comportamientos y situaciones vitales que, de otro modo, no podrían esconder su carácter patológico o cuando menos disfuncional. Desde este ángulo, la instrumentalización de su propio cuerpo por el individuo para fines hedónicos o de otro orden, o del individuo por la sociedad, las aberraciones de la producción o del consumo, o las agresiones contra el medioambiente que acaban revirtiendo en los colectivos humanos, quedan incontestadas por una doctrina médica que, en la convergencia de esas tres líneas de interés, se ha vuelto profundamente conservadora, renunciando a su potencial revolucionario y regenerador para aplicarse de una manera exclusivamente paliativa y reparadora.

El aspecto positivo de este reduccionismo sería, cuando menos, la renuncia por parte de la *biomedicina* a una actividad y lenguaje ‘salvacionistas’²⁴, si no fuera porque cuando intenta asumir desde este punto de partida la dirección en la promoción de la salud, tiende a hacerlo de un modo tan paternalista e impositivo, con un modelo tan estandarizado y normativo del estilo sano de vida, y a través de métodos tan cuestionables —la estrategia publicitaria, la presión social y la legislación—, que pasa con aterradora facilidad de un conservadurismo ‘liberal’ a la coerción fascista²⁵. En la *medicina técnica* moderna, las tendencias reduccionista y ‘salvacionista’ conviven reforzándose a menudo mutuamente e imbricadas con arraigadas actitudes vitales características

²⁴ Distinguimos aquí el ‘salvacionismo médico’ del antedicho ‘potencial revolucionario y regenerador’ de la medicina: el primero es ontologista y el segundo holista; el primero promueve intereses de Estado o de grupo y el segundo defiende los del individuo; el primero es estandarizador y el segundo transformacional partiendo de la singularidad de cada sujeto humano.

²⁵ Véase P. Skrabanek, *La Muerte de la Medicina con Rostro Humano*. Si los motivos cinematográficos son hasta cierto punto sintomáticos del sentir social, resulta interesante comprobar cómo en una película relativamente reciente de ciencia ficción (*2013 Rescate en L.A.*, John Carpenter 1996) valores actuales como el rechazo del tabaco y el alcohol se asocian a la doctrina e imagen del Estado totalitario.

de nuestra civilización, dando lugar a un marco de extrema y contradictoria complejidad.

Siempre resulta arriesgado hablar de las actitudes vitales de un colectivo; sin embargo, creemos que existen disposiciones generales, quizá poco susceptibles de cuantificación y hasta cierto punto elusivas, pero perceptibles en las formas del comportamiento social y que no tienen por qué desdeñarse en el examen del marco global donde ocurre la medicina.

El hedonismo y la hipocondría generalizados son quizás dos de las actitudes sobresalientes en las que arraigan algunos de los aspectos más negativos de la *medicina científica*. El primero está socialmente bien enraizado y difundido, y conlleva a menudo una instrumentalización del cuerpo para placeres tóxicos ya sea por su naturaleza, por el exceso con que son perseguidos, o por la intensidad de la adicción física o psicológica que provocan. La sobrealimentación, el tabaquismo, el alcoholismo y la drogodependencia son cuatro ejemplos conspicuos de esta instrumentalización del cuerpo que en nuestro tiempo han alcanzado proporciones monstruosas. La *medicina iatrogénica* es muchas veces cómplice de esta forma autotóxica de hedonismo porque, dentro de ciertos límites, es capaz de minimizar o neutralizar mediante sus fármacos e intervenciones las molestias en el organismo del sujeto causadas por su autoenvenenamiento. Médico y paciente se convierten entonces en cómplices de una enfermedad sostenida, cada vez más identificada con la misma vitalidad del último a medida que arraiga el hábito, y forma parte de la estrategia de su complicidad no indagar en la raíz anímica del impulso autotóxico, que tanto tiene que ver con mecanismos de autogratificación compensadora²⁶.

Los casos graves y compulsivos en los que ocurre todo esto son los que acuden normalmente a la cabeza cuando uno trata de representarse la situación pero, si bien resultan emblemáticos de la misma, no son precisamente los que consolidan el sistema, sino más bien su último residuo. El sistema se consolida en todo ese espacio en que una instrumentalización autotóxica del propio organismo se alía con una medicina paliativa para mantener, promocionar y prolongar una forma de vida que ya ni siquiera parece subfuncional porque ha desaparecido del recuerdo el estado que corresponde a un funcionamiento vital óptimo. Es obvio que esta alianza sólo es posible con una medicina reduccionista

²⁶ El concepto de *factor de riesgo*, desarrollado en los EEUU a finales de los 50 a partir del estudio Framingham, contradice en cierta manera esta perspectiva. Sin embargo, se trata de una noción ambivalente y seriamente contestada desde las mismas filas de la corriente médica principal.

Ambivalente porque, si su formulación actual podría resultar insuficiente para la *medicina salvacionista*, parece excesiva ya para la corriente más tradicional: “Risk factors skeptics —escribe Aronowitz (*Making Sense of Illness*, pg. 140)— have also pointed out the religiosity of risk factor advocates, accusing them of abandoning traditional scientific skepticism and prudence.” Y al comentar la incomodidad de muchos médicos con este concepto, añade: “They [physicians] are ambivalent about the moralist role they play as they tell individuals what are the right and wrong behaviors and lifestyle choices” (ibíd. pg. 142).

Contestado, sobre todo, por las limitaciones de todo orden que acompañan a la formulación presente de este concepto.

y operativamente materialista²⁷ que extrae beneficios económicos, institucionales y experimentales de la situación. La conciencia estatal empieza a preocuparse sólo cuando percibe que tal situación le cuesta más dinero del que le proporciona y reacciona entonces con un reduccionismo de orden inverso, promocionando a su modo característico —burocrático y policial— una versión estandarizada de la salud y del ‘sano estilo de vida’. Todo lo cual nos conduce a una de las contradicciones sociales que sustenta y de la que se aprovecha la *medicina patogénica*: la necesidad de mantener una población sana, fértil y productiva y, a la vez, receptiva a la multitud de productos tóxicos de consumo que genera nuestra civilización; una población activa y emprendedora en lo económico y, a la vez, pasiva ante las agresiones al cuerpo social y al cuerpo del planeta, adocenada frente a la mentira social.

Puede decirse, con Ivan Illich, que gastamos inmensos recursos en paliar las enfermedades que nos creamos al generar esos mismos recursos. El tipo y la forma de enfermedades, vejez y muerte que sufrimos no son tanto rémoras del pasado humano que no hemos aprendido todavía a vencer como connaturales con nuestro sistema de civilización. Y si perdemos con mucha frecuencia esta perspectiva, es porque resulta muy difícil representarse un sistema de vida colectiva distinto de éste, a lo que contribuye nuestra forma de contemplar (o quizá mejor, de ignorar) la historia tanto como nuestra arraigada actitud ante el fenómeno de la diversidad. Quizás sea incluso imposible cambiarlo dadas las condiciones, posibilidades y limitaciones presentes así como la fuerza del hábito... pero ello no obsta para que pueda existir cuando menos un ideal regulativo que apunte hacia futuros más saludables.

Estrechamente unida a la alianza que mantiene con la forma autotóxica de hedonismo, y de obvias repercusiones políticas, se advierte la complicidad de la *medicina paliativa* con una forma psicotóxica de alienación, de autoenajenación, por la que el individuo olvida que es la pieza activa de un mecanismo social abocado a atrofiar sus facultades subjetivas. Para empezar, la vida subjetiva es considerada irreal o, cuando menos, irrelevante; sólo *es* lo que tiene consecuencias y presencia para el grupo, lo que conduce a una existencia mediatizada y a un desplazamiento del ‘mundo real’ hacia la vida mediática. En segundo lugar, se pone mucha atención en hacer al individuo emocionalmente dependiente y en que transfiera la dependencia patógena de su familia original al entorno social y al núcleo familiar constituido después por él. Se le sujeta así a una cadena de responsabilidades que no puede cumplir sino formando parte sumisa del movimiento de uniformidad general. Se le entrena a resolver sus problemas y sus carencias siempre por vía institucional, y se le hipnotiza con las equivalencias: salud = normalidad; enfermedad = diferencia, subjetividad. La reformulación de la que el *sujeto* es *objeto* en —y por la que se convierte en *objeto* de— la medicina convencional es sólo uno más de los aspectos de la tendencia global a que el individuo se viva a sí mismo sólo a través de la forma objetivada de sí mismo que la sociedad le proporciona. La forma objetivada de sí

²⁷ O bien con un uso reduccionista, materialista y paliativo de cualquier forma de medicina.

mismo que la sociedad devuelve al individuo tras sustraerle su singularidad es en realidad un constructo normalizado cuya característica esencial consiste en que sus respuestas socialmente relevantes están automatizadas en un grado lo bastante alto como para simplificar el funcionamiento del colectivo y su control por parte del sistema, dando lugar a una multitud de seres heterónomos desarrollados clónicamente a partir de una entidad artificial central: *el individuo medio*²⁸.

Los psicólogos, cuyo enfoque de la enfermedad les obliga a una visión más global de los mecanismos patogénicos, han advertido desde Freud lo patológico de nuestra civilización, del cuerpo colectivo, pero los gérmenes más revolucionarios en los planteamientos de, digamos, un primer Freud o un W. Reich, se han disuelto en formas de psicología que, en la práctica, no consisten más que en re-domesticar a la persona ‘disfuncional’, en encarrilarla por las vías de la ‘normalidad’, definida ésta de acuerdo con los parámetros colectivamente instituidos²⁹. Pero la idea contenida en aquellos planteamientos de que la sociedad está física y psíquicamente enferma arroja una interesante luz sobre el concepto mismo de enfermedad: en primer lugar, advierte de que allí donde se da un funcionamiento vital subóptimo, allí donde no se promueve el florecimiento de la vida en todas sus potencialidades, existe al menos un grado de enfermedad por más ‘normal’ que se haya vuelto ese estado; en segundo lugar, avisa de que algunas de las manifestaciones que llamamos enfermedad podrían ser justo lo contrario: un apartamiento de la patología colectiva, una recuperación de la propia subjetividad diferencial.

No menos imbricado con esta forma de hedonismo tóxico y enajenador es perceptible un talante hipocondriaco general, distinto de las formas neuróticas y compulsivas de hipocondría, pero caracterizado también por una actitud de miedo, ignorancia y asemia frente a la enfermedad. Este talante halla seguridad en la omnipresencia de un sistema sanitario masivo y acude a él de forma casi refleja en cuanto el amago de un síntoma despierta su primer temor. La enfermedad es para él un enemigo desconocido que puede acecharle en cualquier molestia, en cualquier indicio de dolor, y el aquejado no se detendrá a interpretar desde una perspectiva personal el motivo de su manifestación porque la ve como una realidad asémica, una fatalidad vital que no puede decirle nada de sí mismo, ni de su vida, ni del curso de su existencia, algo que no es más que eso: un molesto y quizás peligroso infortunio. Este talante hipocondriaco es consecuente, al fin y al cabo, con la actitud colectiva ante la muerte. La muerte es el fin de la existencia objetiva y, para una sociedad que niega o ignora la realidad subjetiva,

²⁸ *Hipnonte* o *hipnota* sería el término adecuado para referir el individuo perteneciente a esta precisa tipología heterónoma. Gabriel Tarde ha descrito magníficamente el estado mental de semejante tipología, que podríamos llamar sociohipnagógico: “L’état social, comme l’état hypnotique, n’est qu’une forme du rêve de commande et une rêve en action. N’avoir que des idées suggérées et les croire spontanées: telle est l’illusion propre au somnambule, et aussi bien à l’homme social” (*Les lois de l’imitation*, pg. 83).

²⁹ Es sorprendente lo conservador que es el modelo humano postulado por la psicología occidental en casi todas sus corrientes; sólo algunas formas de la psicología transpersonal se han atrevido a formularlo en términos decididamente evolutivos.

es la nada. La muerte se ha vuelto una presencia obscena en nuestra civilización porque nos recuerda nuestra soledad esencial, nuestra unicidad, ese momento álgido que es supremamente subjetivo y que no puede compartirse con nadie. Para la visión o temperamento materialista dominante, la muerte es *nihil* en lo anímico y corrupción en lo físico, de ahí que le vuelva la espalda con obstinación. Irónicamente, este modo de ignorarla tratando de cercar la vida de calculadas seguridades, conduce al hombre a una forma de muerte en vida, porque la vida pierde gran parte de su vitalidad y la consciencia de su valor en ese entorno sofocante, cuando logra olvidar el desafío que supone la posibilidad de su disolución. Quizás no haya en nuestra sociedad metáfora más escalofriante y reveladora de semejante paradoja que la de un cuerpo comático cuya vida vegetativa es mantenida de forma artificial sin otro motivo que el de disputárselo irracionalmente a la muerte.

Por último, existe una actitud de indiferencia respecto de las posibilidades evolutivas de la persona en cuanto que entidad psíquica y organismo vivo. Una especie de hipnotismo con los parámetros físicos de normalidad, de modo que la gente actúa, se cansa, enferma y envejece fiel a pautas de comportamiento general antes de haber comprendido y mucho menos explorado siquiera la ley exquisitamente autónoma que gobierna lo que de otro modo sería su impredecible individualidad. En una era en que tan fervientemente se enarbola la consigna de la *autonomía* es curioso (y al mismo tiempo sospechoso) que se ignore la forma más elemental de la misma: la del sujeto, la del individuo humano. Ahora bien, autonomía es saber, es consciencia, es creatividad. En cambio, las aspiraciones creativas y progresivas del individuo se canalizan en la forma de ambición social a través del mundo objetivo, comunitario, pero en ningún caso se plantean o promueven las posibilidades transformacionales de su mente o de su cuerpo en cuanto tales, o de la interacción entre estos dos polos de su realidad vital. Y es precisamente aquí donde se halla —si se halla— la única posibilidad de una auténtica *medicina del sujeto*, de una salud no heterónoma.

5. La medicina del objeto.—

En su legítima pugna por ser una ciencia objetiva, la corriente médica dominante se ha convertido en una *medicina del objeto*, esto es, en una técnica con una poderosa, muchas veces inescapable tendencia a reificar al paciente³⁰. En sí misma, la medicina tiene mucho más de arte que de ciencia, de labor intuitiva capaz de enfrentarse con ilimitada flexibilidad a la unicidad de cada caso, manifestación, organismo y personalidad, pero su desarrollo técnico en Occidente ha desplazado el énfasis hasta convertirla en un cuerpo de conocimiento que permite con demasiada facilidad que el carácter único de los

³⁰ La misma palabra *paciente*, ‘el que padece’, ya es en sí misma reveladora de esta reificación: el enfermo deja de ser sólo enfermo para volverse *paciente* en el momento en que se hace *objeto* de atención y tratamiento médicos; de modo que lo que padece el *paciente* no es la enfermedad, sino la medicina de cuyo cuidado se ha hecho *objeto*.

fenómenos se disuelva en un sistema de leyes generales y apreciaciones estadísticas. Sobre todo cuando esas leyes generales, todavía incompletas, a veces cuestionables y en muchos casos incapaces de resistir el paso del tiempo se asumen con rigidez evangélica. El último grado de esta cosificación lo representan, a nivel individual, el cuerpo inconsciente y abierto en la mesa de operaciones y, a nivel colectivo, los hospitales deshumanizados, los criptoexperimentos que grupos de médicos realizan con pacientes demasiado ingenuos o demasiado asustados para oponerse a tratamientos dudosos, y una industria farmacológica lo bastante poderosa y tentacular como para suprimir remedios y líneas de investigación que amenacen sus beneficios mientras impone otros, mucho más costosos, que la favorecen³¹.

García Barreno³², que articula una de las visiones más consecuentes, inteligentes e ideales que puedan esperarse de la *medicina científica* en el futuro, reflexiona en una línea semejante cuando escribe:

Ni las ciencias básicas ni las ciencias clínicas pueden ser consideradas como medicina hasta que no se aplican en un contexto clínico particular, en un individuo concreto y con un propósito terapéutico definido. La medicina así contemplada posee un telos que la distingue de sus ciencias constituyentes; es su propiedad emergente. La medicina no entiende de leyes científicas generales como tales, sino que debe ubicarlas en un tiempo, en un lugar y en una persona.

La medicina es una actividad ética, dado que opera a través de una interrelación entre personas, en la que el médico y paciente son copartícipes en la definición y consecución de sus objetivos: la curación de la enfermedad y la promoción de la salud. El paciente, por tanto, no es un objeto pasivo al que se le aplica una determinada tecnología; es un sujeto activo capaz de modificar su comportamiento frente a la actitud del médico, de tal modo que el encuentro clínico implica, al menos, a dos personas; cada una con su propio momento sociohistórico. La intersección de sus valores, junto con el conocimiento científico y técnico y el contexto social, crea una intrincada red o sistema de prioridades y elecciones. Es la resolución de esa red, o la explicación de ese sistema complejo, lo que constituye la medicina, que no es sino la globalidad de toda esa única combinación. Es por ello por lo que aunque la medicina sea científica nunca llegará a ser una ciencia. El único hecho que la medicina no comparte con ninguna otra actividad, el hecho clínico, resume una teoría global del conocimiento³³.

Evidentemente, si esta postura se volviese dominante en la corriente médica principal, se habría dado un paso considerable en superar los aspectos más espeluznantes de la *medicina del objeto*. Hoy por hoy, sin embargo, no pasa de ser un deseable y encomiable ideal futuro con escasas consecuencias prácticas inmediatas³⁴. Como tal ideal, por otra parte, no está exento de ciertas

³¹ Cf. por ejemplo. Gerald B. Dermer, *The Immortal Cell: Why Cancer Research Fails*.

³² *Medicina Virtual: En los Bordes de lo Real*.

³³ *Ibid.* pgs. 28-29.

³⁴ “Diagnostic models based on disease as a purely biological entity and the ‘average’ individual generally exclude knowledge about individual differences and social factors. Knowledge and approaches

contradicciones y limitaciones inherentes. Para empezar, la idea de “ubicar las leyes generales en una persona” no deja de tener algo de ominoso. Lo que con bíblica rotundidad llamamos *leyes generales* no son, en el fondo, más que la expresión científica de una serie de percibidas y cómodas regularidades. La ciencia extrae sus conclusiones de acontecimientos ocurridos, estudia su orden y fija su recurrencia, después trata de predecir el futuro de acuerdo con ese pasado necesariamente determinista y muchas veces acierta. Pero, en realidad, está por decidirse todavía hasta qué punto la observación del futuro a través de las regularidades del pasado no determina la reproducción futura de esas mismas regularidades. Esta idea va emergiendo a la conciencia científica desde distintos ángulos e incita a buscar la explicación de las regularidades universales, ya no en el determinismo clásico, sino en hábitos de la naturaleza, hábitos de observación humana y algo así como una tendencia general de los sistemas universales hacia ciertos estados cuya propia recurrencia ha vuelto estables y cuyo poder de resonancia o contagio se ve incrementado por su frecuencia estadística³⁵. En esta visión, la rígida idea de *leyes universales* deja paso a un modelo mucho menos imperativo de hábitos naturales en el que la frecuencia pasada de un fenómeno condiciona, pero no determina, su probabilidad futura y en el que sí hay lugar real, por tanto, para impredecibles comportamientos individuales³⁶.

Por otra parte, si se analiza el ideal del encuentro clínico entre médico y paciente como la interacción entre dos personas responsables, se concluirá que en el contexto de la *medicina técnica* el margen de acción y de decisión que le corresponde al segundo es mínimo. El paciente se encuentra virtualmente desnudo frente a unos medios y métodos hipertecnológicos de diagnóstico que deben decirle de él lo que él por sí mismo no sabe; está desarmado frente a un sistema de conocimiento difícil, si no esotérico, entre otras cosas porque en su educación básica no se incluye ninguna instrucción verdaderamente práctica que le ayude a conocerse y a regularse en cuanto que organismo vivo. Un conocimiento tan fundamental y tan necesario para el individuo ha sido absorbido en su totalidad por la casta de especialistas, la institución médica, y formulado en los términos de un lenguaje iniciático. Sin detenernos a valorar ahora las posibilidades que ello abre por un lado y cierra por el otro, lo cierto es que el paciente no tiene en esta área nada que decir: es un mero y pasivo *objeto*

that might allow physicians to learn what is best for individual patients, often based more on observation and listening than on ‘objective’ data, are both undeveloped and undervalued” (*Making Sense of Illness*, pg. 4). “It might be argued that with the ascendancy of the germ theory of disease in the late nineteenth century, the ontologic view of illness gained a lasting preeminence. When it was discovered that particular microorganisms caused distinctive pathological derangements and clinical presentations, this etiology became the prototype for explaining most diseases and sickness in general, up to and including the credo of contemporary molecular biology: one gene, one protein, one disease. Individual factors such as the role of emotions, lifestyle, and social class in the etiology, appearance, course, and distribution of disease were, in the course of the twentieth century, *relegated to the margins of medical and lay concerns*” (énfasis añadido; *ibid.* pg. 8).

³⁵ Tales estados estables han sido formulados matemáticamente mediante la noción de ‘atractores’, noción que constituye una de las herramientas conceptuales más comunes de la ciencia emergente y que se está aplicando en la actualidad en disciplinas tan distintas como economía, biología, lingüística, crítica literaria o psicología junguiana.

³⁶ Véase el apartado dedicado al determinismo en la sección *Medicina y Ciencia* de este mismo trabajo.

de examen. Y como por otra parte, el médico temerá tanto como el paciente las consecuencias incluso legales de un posible error de diagnóstico, desestimaré su intuición, recurrirá a análisis objetivos y, por si fuera poco, tratará de precaverse mediante el despliegue de lo que ha dado en llamarse *medicina defensiva*. Todo ello, si por un lado ayuda a mitigar la incompetencia de unos cuantos, contribuye por el otro a una atrofia general de la intuición de la clase médica y, por tanto, de la capacidad e incluso la audacia de reconocer fenómenos exclusivamente individuales.

¿Qué margen de acción y de decisión real tiene, pues, el paciente en el contexto de la *medicina científica*? En primer lugar, en la relación con el doctor, el que corresponde al trato entre dos personas libres en una civilización democrática, aunque distorsionado aquí un tanto, no obstante, por el prisma pontifical bajo el que se contempla la figura del médico en nuestra sociedad. En segundo lugar, la libertad y la responsabilidad de modificar sus hábitos de vida cuando resulta ineludible reconocer la relación causal entre éstos y sus disfunciones. Ahora bien, en el contexto de la *medicina hegemónica*, es sorprendente las pocas veces que ello ocurre realmente, incluso cuando sobre el enfermo pesa una seria condena de muerte si persiste en costumbres patógenas. La explicación quizás esté en que la reificación del cuerpo —un mero instrumento para el sujeto, una idea sistematizada para la ciencia médica— conduce a una percepción mecanizada del mismo que lleva consigo una confianza subconsciente, irracional, en la posibilidad de su reparación por medios también mecánicos: se espera de la medicina que sea una gran máquina reparadora, no que juzgue las acciones del sujeto ni siquiera cuando éstas son la raíz natural de sus patologías³⁷. El margen del paciente es pues en este contexto, como puede observarse, muy reducido y ni siquiera se aprovecha en su totalidad.

Tal confianza en la mecánica reparadora de la medicina se ve incrementada además, para algunas mentalidades, por su éxito (relativo³⁸) en el área de los trasplantes e implantes biológicos y artificiales. En esta frenética línea de investigación hay una mezcla de arrogancia científica tecnomaniaca y de legítima, pero acaso desequilibrada, aspiración a superar los límites puestos por la naturaleza al organismo humano. No defendemos aquí en absoluto posturas esencialistas: por el contrario, creemos que la evolución consiste en la superación

³⁷ M. R. Gillick, citado por Aronowitz en *Making Sense of Illness* (pg. 142), escribe como crítica a la intervención de la *medicina científica* en la promoción de hábitos de salud: “Surely one of the major intellectual triumphs of the past hundred years has been the relocation of the basis of disease in science rather than sin, a development which health promotion, for all its virtues, is at risk of undermining.”

³⁸ La medida de este éxito no viene expresada meramente por el número de vidas ‘salvadas’ por los trasplantes. Debe entrar en el cómputo, cuando menos, también la forma y la duración posterior del tiempo de esas vidas. La ‘forma’ la determinan los días y horas y minutos empleados en padecer las consecuencias del trasplante y todo el sufrimiento asociado a una guerra inmunológica muchas veces irresoluble. En el lado negativo de la balanza deben colocarse también los aspectos aberrantes de esta línea de acción: el mercado negro de órganos, que recuerda en lo macabro a los resurreccionistas de la Inglaterra del XVIII, dedicados a proporcionar subrepticamente cuerpos humanos a los científicos para su disección ya fuese hurtándolos de sus tumbas o robándoles la vida; y la brutal instrumentalización de especies animales como fuente de órganos sanos. Estas dos aberraciones, la primera ilícita y la segunda institucional, son en exacto grado connaturales con la visión mecanicista de la vida.

de esos ‘límites naturales’ y que lo humano no es una realidad fija sino en permanente redefinición. Pero es importante llamar la atención sobre lo sospechosamente contradictorio de una postura científica que, por una parte, pone tanto empeño estadístico y determinista en encerrar a todo individuo entre unos parámetros de normalidad que se supone reflejan esos ‘límites naturales’ y, por la otra, abre una puerta muy pequeña, controlada, tecnológica e institucional para su superación o, más bien, transgresión. Lo peligroso aquí no es tanto que una élite iatrocática acabe regulando de acuerdo con inimaginables criterios cosas como la prolongación de la vida por vía génica, el derecho a la muerte y a la inmortalidad, la modificación genética de nuestra especie, o el cruce entre ser humano, animal y máquina, sino el grado de estandarización y androidización al que tiende el hombre por esta vía. De ahí que la utopía médica de que hacia el 2050 la medicina molecular y las mejoras en el estilo de vida nos habrán llevado al umbral de un mundo libre de enfermedades³⁹, tal predicción tenga más de ominosa que de esperanzadora al pensar en el concepto de ‘salud normalizada’ que acostumbra a desplegar la ciencia médica.

Similar arrogancia tecnófila se observa en toda la problemática de la distanasia desatada por la prolongación artificial de vidas irreparablemente comáticas, vegetativas y terminales. Escudada tras una utilización hipócrita del principio de que la vida es un bien absoluto, la *medicina dominante* ha generado los medios para permitir que organismos al límite de procesos irrecuperables sobrevivan convertidos en puras cosas. O por el contrario, tras redefinir su idea de la muerte técnica, elimina a otros prematuramente a fin de lograr órganos en buen estado para trasplantes. En ocasiones incluso, como en el macabro caso reciente de la criatura a la que se hizo nacer de una madre que llevaba meses técnicamente muerta, la medicina no parece movida sino por una voluntad de estrellato en el obscuro espectáculo de la vida mediática. García Barreno, consecuente con su visión ideal de la *medicina científica* y la confianza en sus posibilidades, llama a un debate ético fundado en el diálogo abierto y la claridad informativa, puesto que:

*el compromiso de la medicina no debe ser con la vida de cualquier forma, sino con el enfermo que sufre; esto lleva implícito que todos los pacientes, eventualmente, puedan morir, sin que ello represente un fracaso médico*⁴⁰.

Un debate como el propuesto es, desde luego, muy deseable y los párrafos anteriores son al fin y al cabo una modesta contribución al mismo, pero ello no elimina el hecho de que hoy por hoy una cosificación terminal como cualquiera de las descritas constituya una seria amenaza para cualquier individuo. Es más: que sea la consecuencia lógica de una forma de medicina cuya tendencia vocacional es la de tratar al paciente como *objeto*. La historia pasada, por otra

³⁹ Cf. *The Life Without Disease: The Pursuit of Medical Utopia*. García Barreno se hace eco de esta misma predicción cuando escribe: “...puede aventurarse que, a mediados del siglo XXI, la práctica totalidad de las enfermedades genéticas y microbianas habrán sido erradicadas; sólo los traumatismos fortuitos amenazarán una vida prolongada, cuya frontera se divide en más de 130 años” (pgs. 20-21).

⁴⁰ *Medicina Virtual*, pg. 254.

parte, denuncia la ineficacia de tales debates y desafortunadamente el futuro no augura mejores pronósticos. La ciencia racionalista es fáustica por naturaleza: para bien y para mal, sus conocimientos y las conquistas abiertas por ellos van siempre muy por delante de su cultura moral y de las posibilidades de consenso ético.

Finalmente, valdría la pena preguntarse en qué medida la *medicina científica* es iatrogénica en un cuarto sentido aun, aparte de los tres apuntados por Illich⁴¹, esto es, en el sentido específico de contribuir a menudo a la ‘cristalización’ en el paciente de las enfermedades tipificadas por ella. Antes de que la enfermedad se reconozca como una manifestación claramente objetivada, todo lo que existe es la percepción subjetiva de una disfunción. Diversos sistemas médicos tradicionales y alternativos están concebidos para tratar la enfermedad en este estado indiferenciado, cuando no es sentida más que como una ruptura en el equilibrio bioenergético o isonomía del individuo, carece de una personalidad discreta y tipificada y, por tanto, de un desarrollo y resultado estrictamente deterministas. Es obvio que a cierto nivel de manifestación, este modo de concebir la enfermedad resulta mucho menos angustioso para el afectado, con el efecto beneficioso de impedir que la dolencia se apoye en la mente atemorizada del enfermo para arraigar y progresar.

Ahora bien, la particular metodología de la *medicina materialista* exige por el contrario que se ‘atraiga’ a la enfermedad a un plano de mayor perceptibilidad, que se la individualice y se la objective. Se da por supuesto que la enfermedad existe ya como realidad discreta y diferenciada antes del diagnóstico que la pone en evidencia y que éste no hace más que denunciarla, pero bien pudiera ser que esto no fuese exactamente así, sino que la enfermedad específica no existiese como tal hasta que el aquejado la acepta mental y carnalmente como un hecho físico, y que a esto último contribuyese en no escasa medida el peso que la autoridad médica tiene, lo queramos o no, en la consciencia colectiva. En esta concepción nosogénica, la mente del sujeto, su percepción consciente, tendría una definitiva función nocebo activada por angustia y circunstancias que acompañan a un diagnóstico grave.

Esta visión hipotética sería consecuente con un paradigma etiopatológico que yace implícito en diversos sistemas médicos no mecanicistas. Apoyándonos, por una parte, en la teoría holística de David Bohm y, por la otra, en la noción de atractores antes aludida, nuestro modelo podría formularse de la siguiente manera:

I. La enfermedad comienza (a) como posibilidad disruptiva, prosigue (b) como disfunción indiferenciada y se manifiesta (c) como realidad discreta con carácter y personalidad específicos. Estas tres fases pueden denominarse *holotomía, precipitación y cristalización*.

⁴¹ Clínico, social y cultural. Más adelante tornaremos a ellos.

II. *Holotomía*, ‘escisión respecto de la totalidad’, expresa el hecho de que un sistema cualquiera pierda su sintonía natural con el macrosistema universal (armonía que expresaría el término *holotonía*) y quede expuesto de diverso modo, a causa de esta fisura, a la posibilidad de disrupción o incluso desintegración. La holotomía podría darse a diferentes niveles y ser de distinta intensidad o consecuencia. Puesto que el individuo es, por una parte, un subsistema integrado orgánicamente en una jerarquía de sistemas mayores (sociedad, humanidad, planeta...) y, por la otra, un sistema que integra subsistemas menores, la holotomía que le afecte nosogénicamente puede producirse en cualquier punto de esta flexible pero jerárquica estructura. La única salud definitiva para el individuo sería en realidad una autonomía holotona, esto es, una sintonía de su singular ley de funcionamiento individual con la del macrosistema universal. Ahora bien, hay varias cosas que pueden decirse sobre esto:

(a) Holotomía es un término relativo que sólo tiene sentido desde la perspectiva del subsistema que se siente desgajado del sistema global y confrontado a él. Desde la óptica de la Totalidad toda idea de ruptura ha de resultar ficticia.

(b) No sólo es la holotomía un término relativo en lo jerárquico, sino también si se considera dialécticamente el proceso de la enfermedad. En efecto, en cuanto se sale del modelo reduccionista de la *medicina técnica*, la enfermedad pierde su carácter asémico y puede ser contemplada como un desorden transorganizativo con el que la vida desafía a una forma de salud demasiado estática a fin de volverla más compleja, más eficaz y menos vulnerable. Desde este ángulo, la enfermedad sirve a la salud como crisis evolutiva, algo comparable a lo que la crisis que supone el esfuerzo físico en el deporte representa a efectos de adaptación cardiovascular e hipercompensación muscular y ósea. Este carácter transorganizativo de la enfermedad se percibe a menudo en las dimensiones emocional, vital e incluso intelectual de individuos que realizan cambios substanciales en su aproximación a la vida y su visión del mundo tras sufrir un proceso patológico de mayor o menor gravedad⁴². Es también el principio sobre el que se fundan las vacunas, y a otro nivel la homeopatía, que reconocen al cuerpo la capacidad de aprender cierta forma de inmunidad frente a enfermedades de diversa índole cuando se le hace pasar por crisis a escala

⁴² “Individuals who have experienced spontaneous remission [of various forms of cancer] report a qualitative shift in the way they perceive themselves and their bodies, and the way they live life. Generally, they report abandoning an extremely self-sacrificing lifestyle in favor of a self-soothing lifestyle in which they take care of themselves rather than others. Their adjustments generally include a change in core belief and value systems” (*Minding the Body*, pg. 164). “Michael Lerner (1994) of the Commonweal Cancer Help Program suggests that the significant common denominator in cases of spontaneous remission is the extent to which individuals are able to make a complete break with their previous ways of thinking, behaving, and living. Individuals who experience spontaneous remission seem to have also undergone an existential transformation or shift in their approach to life” (idem). “Berland (1995) explored through qualitative research the reasons cancer patients provided for surviving disease... Berland reports that more than half the participants in the study attributed their healing to an existential shift in their perspectives about life. *The changes involved more than attitudinal factors and were truly existential or spiritual in nature*” (énfasis añadido; ibid. pg. 166).

reducida de las mismas. Pero puede que sea también el mecanismo de la naturaleza para despertar la consciencia celular en aquellas partes del organismo demasiado inertes o rezagadas respecto al proceso de desarrollo general del individuo, del mismo modo en que los traumas emocionales sirven a su crecimiento psicológico.

(c) Quizás la holotomía no sea algo objetivamente susceptible de demostración o confirmación⁴³, pero sí es intuible desde el exterior de la persona y, sobre todo, posee valor subjetivo puesto que, parece lógico pensar, se trata de un estado que podría percibirse a nivel mental como una forma de insatisfacción existencial, a nivel emocional como un cierto decaimiento motivacional y, a nivel físico, como una disminución de energía.

III. La segunda fase, la de precipitación, supondría la dinamización de la posibilidad anterior. La enfermedad no sería ya algo tan abstracto como en la fase previa, sino una disfunción indiferenciada pero físicamente perceptible en la medida en que se canalizaría hacia puntos del organismo especialmente débiles o receptivos a ella.

IV. La precipitación podría concluir en cristalización de la enfermedad en la forma de un síndrome discreto y tipificado. En este proceso intervendrían, por una parte, los *nosatractores* —estados de manifestación nosológica que la evolución humana ha vuelto estables y a los que conducen las peculiares tendencias personales, sociales, raciales, etc.— y, por la otra, la consciencia del paciente movida en una dirección determinada por el diagnóstico médico y ejerciendo una función nocebo de concreción nosogénica final⁴⁴. Las causas del determinismo patogénico lineal —bacilos, deficiencias fisiológicas, anatómicas o genéticas, traumas— serían aquí ocasiones constituyentes, esto es, elementos físicos necesarios⁴⁵, pero por sí mismos insuficientes, para la manifestación de un determinado fenómeno. El contagio se entendería desde este modelo como un modo de resonancia de particulares *nosatractores* y la cronicidad de ciertas enfermedades, como la autorresonancia de los mismos.

⁴³ A menos que se predique de cualquier organismo enfermo, con lo que resultaría un concepto tautológico y superfluo.

⁴⁴ “There is no question that attribution is a powerful process in medicine. An illness attribution often leads people to selectively search for sensations associated with that illness and to interpret incoming sensory information relative to it. Biomedical disease attributions in particular can limit or preempt opportunities for patients to utilize somatic awareness to control their condition. For example, when patients attribute their fibromyalgia or arthritic pain to an exclusively biological process, they tend to believe that the symptom is beyond their control. After all, they reason, if it is a biomedical disease, then it is not ‘all in their head’. Once this attribution is made, it can be extremely difficult to use somatic awareness in a therapeutic manner without some change in their attribution... As long as illnesses such as fibromyalgia and arthritis remain understood solely as biochemical disease conditions, we can expect sufferers to continue to exhibit beliefs and coping strategies that are potentially maladaptive. By shifting cognitive attributions of patients to include psychobiological determinants beyond biochemistry per se, it will become possible to have them understand that the biological substrate of their affliction is also a condition that is inextricably tied to their thoughts, feelings, and bodily sensations. Only then will it become possible to help them understand that their role in contributing to illness recovery is best achieved by developing enduring and overriding habits of somatic awareness” (*Minding the Body*, pg. 28-29).

⁴⁵ Necesarios por su larga asociación con ese mismo fenómeno.

En este modelo etiopatológico tridimensional, la *medicina materialista* cobra todo su valor en el tercer nivel, cuando la dolencia ha cristalizado. Es ahí donde su método resulta especialmente eficaz y, a pesar de su posible acción iatrogénica, se justifica porque en la evolución humana, con el desarrollo de la mente racional y su característica tendencia exclusivista, se han producido individualidades y sociedades enteras incapaces de abordar el fenómeno de la enfermedad a menos que ésta se manifieste como realidad física objetiva.

6. *La medicina perfectible.*—

La *medicina científica* no es pues sólo en parte causa y en parte consecuencia de un sistema social con el que convive de manera patógena. Es básicamente el fruto de una cosmovisión, que a su vez depende de un modo u órgano de consciencia dominante, y resulta tanto más eficaz en aquellas individualidades, grupos y colectivos en los que tal cosmovisión tiene pleno arraigo consciente y subconsciente. El que en la actualidad se la critique desde distintos ángulos y, sobre todo, el que un número creciente de personas opte por sistemas médicos alternativos es síntoma de un cambio general, aunque todavía incipiente, en el modo de ver la realidad y de vivirse a sí mismas. Todo lo cual constituye un interesante desafío para la corriente principal.

Los defensores de la corriente médica dominante han percibido muchas veces tan bien como sus detractores los problemas que conlleva el sistema sanitario vigente en la sociedad contemporánea. Ahora bien, ejercidas desde dentro del marco conceptual en el que se mueve la *medicina hegemónica*, las diferentes líneas críticas no pueden ofrecer soluciones muy distintas en el fondo, aunque varíe considerablemente el tono en que se realiza el diagnóstico de la situación presente. Pedro García Barreno, a quien ya hemos citado como representante de una de las ópticas más lúcidas dentro de la corriente principal, valora positivamente “el desplazamiento desde una *medicina tutelada* —paternalista— hacia un modelo de responsabilidad compartida por la *emancipación del paciente* —autonomía—⁴⁶”; aboga por un foro público permanente de debate para todos esos desafíos éticos que el avance de la ciencia médica plantea a la sociedad⁴⁷; insta a una mayor participación de la medicina en la filosofía⁴⁸; advierte contra ese énfasis en la distinción entre teoría biomédica y práctica clínica que las convierte en dominios mutuamente excluyentes y propugna la superación del dualismo que contrapone la medicina-ciencia a la medicina-arte⁴⁹. Ve necesario, además, sobreponerse al “imperativo tecnológico”, de modo que el paciente y no la técnica sea el centro de atención y

⁴⁶ *Medicina Virtual*, pg. 245.

⁴⁷ *Ibid.* pg. 246.

⁴⁸ *Ibid.* pgs. 26-8.

⁴⁹ *Ibid.* pgs. 29-30.

el beneficiario del sistema⁵⁰; trascender el modelo hospitalocentrista, de manera que el hospital deje de ser “la estrella del sistema sanitario para pasar a ser un elemento vertebrador de un sistema de salud, en el que la educación de los ciudadanos y la prevención sean el eje de la política de salud”⁵¹; y espera que la toma de conciencia social incida en “un cambio de estrategias desde la curación hacia la prevención, y de ésta, a la promoción de salud”⁵².

En cuanto a Illich, cuyo enfoque es incomparablemente más pesimista y acerbo que el de García Barreno, se sigue moviendo dentro del mismo marco conceptual de la medicina dominante. Esta corriente es para Illich patogénica, no por naturaleza, sino por el exceso de la presencia e influencia en todos los ámbitos de la sociedad del sistema sanitario que la encarna:

It must now be understood that what has turned health care into a sick-making enterprise is the very intensity of an engineering endeavour that has translated human survival from the performance of organisms into the result of technical manipulation... Health levels can only decline when survival comes to depend beyond a certain point on the heteronomous (other-directed) regulation of the organism's homeostasis⁵³.

Un sistema sanitario desarrollado más allá de ciertos límites críticos se vuelve contraproducente a tres niveles: clínicamente, es nocivo por encima de sus potenciales beneficios; socialmente, refuerza al tiempo que oscurece las condiciones políticas que hacen insana a la sociedad, y torna a ésta dependiente de la medicación; culturalmente, desposee al individuo de la capacidad para curarse a sí mismo y dar sentido a la enfermedad y a su sufrimiento⁵⁴. La solución a este problema creciente pasa para Illich por la “laicización del templo de Esculapio”⁵⁵, esto es, la desprofesionalización y desinstitucionalización del sistema médico⁵⁶ así como por una serie de medidas legales que garanticen, por

⁵⁰ *Ibíd.* pg. 246.

⁵¹ *Ibíd.* pg. 248.

⁵² *Ibíd.* pg. 248.

⁵³ *Limits to Medicine*, pg. 14.

⁵⁴ *Ibíd.* pgs. 16, 35-8, 41-2.

⁵⁵ *Ibíd.* pg. 12.

⁵⁶ “The desprofessionalization of medicine does not imply the proscription of technical language any more than it calls for the exclusion of genuine competence, nor does it oppose public scrutiny and exposure of malpractice. But it does imply a bias against the mystification of the public, against the mutual accreditation of self-appointed healers, against the public support of a medical guild and of its institutions, and against the legal discrimination by, and on behalf of, people whom individuals or communities choose and appoint as their healers. The deprofessionalization of medicine does not mean denial of public funds for curative purposes, but it does mean a bias against the disbursement of any such funds under the prescription or control of guild members. It does not mean the abolition of modern medicine. It means that no professional shall have the power to lavish on any one of his patients a package of curative resources than that which any other could claim for his own. Finally, it does not mean disregard for the special needs that people manifest at special moments in their lives: when they are born, break a leg, become crippled, or face death. The proposal that doctors not be licensed by an in-group does not mean that their services shall not be evaluated, but rather that this evaluation can be done more effectively by informed clients than by their own peers. Refusal of direct funding to the more costly technical devices of medical magic does not mean that the state shall not protect individual people against exploitation by ministers of medical cults; it means only that tax funds shall not be used to establish any

una parte, el derecho de las personas a organizarse de acuerdo con un modo de vida menos destructivo que les proporcione mayor control sobre su entorno y, por la otra, el derecho de cada individuo a definir su propia salud⁵⁷.

Desde un punto de vista mucho más funcional y cotidiano, un grupo de médicos⁵⁸ ha evaluado recientemente el sistema sanitario catalán desde la perspectiva del paciente y ha detectado problemas tan repetidamente denunciados a lo largo de la historia de la crítica humanista de la *biomedicina* como: defectos en la organización debido a circuitos demasiado complicados y exceso de burocracia; serias dificultades en el acceso a la atención y a los profesionales de referencia en un sistema que tiene todas las características de un ‘servicio-barrera’; poca participación en la toma de decisiones por parte del paciente, al que un modelo paternalista-dictatorial le niega información necesaria, aun sabiendo que “una buena parte de lo que hacemos cada día (se dice que alrededor del 80%) no tiene una eficacia contrastada”⁵⁹; deficiente relación entre el enfermo y el profesional, que se sirve de un exceso de tecnicismos sin otro uso que dejar claro quién es quién; y por último, una respuesta demasiado técnica a problemas humanos, de manera que la empatía brilla por su ausencia. Todo ello les lleva a concluir que la reforma de la atención primaria, iniciada hace algo más de diez años, aunque positiva en algunos aspectos relativos sobre todo a la disponibilidad de recursos, ha estado basada en los profesionales, realizada de un modo burocrático y desde una concepción de tecnócratas, es decir, se ha hecho “una reforma para las personas, pero sin las personas”⁶⁰. Esta evaluación del sistema en cuanto a la calidad del trato y la organización, realizada con mentalidad y lenguaje empresariales, tiene como objetivo dar qué pensar a los profesionales de la medicina, de forma que reorienten su atención hacia el paciente en lugar de la enfermedad, y desarrollen vínculos estables y perdurables con él. Todo ello presentado como “dos de las virtudes más sólidas de la atención primaria”⁶¹.

Todas estas iniciativas son desde luego muy deseables, aunque esta reciente evaluación del sistema sanitario de una región próspera de la Comunidad Europea como es Cataluña plantea la cuestión de hasta qué punto el sistema médico, tan íntimamente dependiente del paradigma conceptual y las actitudes vitales que hemos descrito, puede cambiar en la dirección apuntada sin que haya también un cambio de paradigma y de consciencia general. Por otro lado, la idea de autonomía para el paciente que surge de las dos primeras propuestas es en

such rituals. Deprofessionalization of medicine means the unmasking of the myth according to which technical progress demands the solution of human problems by the application of scientific principles, the myth of benefit through an increase in the specialization of labour, through multiplication of arcane manipulations, and the myth that increasing dependence of people on the right of access to impersonal institutions is better than trust in one another” (Ibid. pgs. 257-8).

⁵⁷ Ibid. pg. 273.

⁵⁸ Se trata de un grupo de médicos de la Comisión de Mejora de la Calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria; cf. *Al otro lado ... de la mesa. La perspectiva del cliente*.

⁵⁹ Ibid. pg. 36.

⁶⁰ Ibid. pg. 3.

⁶¹ Ibid. pg. 81.

realidad muy limitada: no va más allá de una autogestión de la salud por medios externos y asistida por consejo profesional en un universo de difíciles conocimientos que siempre escapan al individuo medio. Ni en uno ni en otro caso es verdaderamente trascendida la heteronomía, porque en última instancia el sujeto sigue dependiendo de un sistema ajeno a él mismo, aunque haya ganado cierta independencia y autoridad en el control del modo y grado en que le es aplicado.

Mucho más apasionante y fructífera en la transición hacia una medicina del sujeto es la crítica epistemológica de Aronowitz al modo ontologista en que la *biomedicina* acostumbra a conceptualizar la enfermedad⁶². Para Aronowitz el problema de la deshumanización médica no radica tanto en el ‘encuentro clínico’ como en la forma en que se genera, clasifica, y difunde el conocimiento médico: un modo que no acostumbra a cuestionar la crítica humanista de la *biomedicina*, por más acerba que ésta pueda ser con el sistema sanitario, a causa del prestigio y autoridad de la ciencia médica así como de las inmensas dificultades que supone la comprensión de su metodología⁶³.

Although lay advocates stridently criticize medical hegemony, they typically stop short of categorically advocating the primacy of the patient’s phenomenological experience of illness or of articulating an explicitly relativist critique of conventional modes of categorizing disease. Biomedical science is still looked on as the ultimate arbiter of disease legitimacy. Even the staunchest critics of medical authority desire to have these syndromes accepted by doctors as “ordinary” diseases⁶⁴.

It is ironic that those who openly articulate a legitimate subjective phenomenology of illness are more likely to be “old-time” paternalistic physicians than determined lay advocates of particular diseases⁶⁵.

Aronowitz cuestiona el concepto médico de la enfermedad como entidad biológica diferenciada independiente del organismo en que se manifiesta (el prototipo proporcionado por el libro de texto) y concluye que las enfermedades son socialmente construidas o negociadas más que descubiertas. En esta construcción social de las enfermedades intervienen factores que tienen que ver tan poco con el conocimiento médico objetivo como el mérito asociado al ‘descubrimiento’ de una enfermedad, el prestigio que conlleva poder tratar y curar una enfermedad nueva y alarmante, el amplio mercado para nuevas y legitimadoras diagnósticas, la necesidad de los pacientes de encontrar respuestas para un sufrimiento de otro modo inexplicable, o las dificultades implícitas en la negociación entre doctores y pacientes para marcar “un límite viable y categórico entre la ‘enfermedad’ objetivamente definida y la ‘dolencia’ tal como la

⁶² Cf. *Making Sense of Illness*.

⁶³ *Ibid.* pg. 15.

⁶⁴ *Ibid.* pg. 34.

⁶⁵ *Ibid.* pg. 77.

experimenta el individuo”⁶⁶. De algunas formas de diagnosis así construidas puede predicarse un característico ciclo vital que consiste: en un interés médico y promoción iniciales, seguido por un rápido incremento del número de pacientes que reciben tal diagnosis, para culminar en una estigmatización y declive de su uso⁶⁷. De ahí que con la aparición y desaparición de nuevas diagnosis, las enfermedades se propaguen a través de las ideas de doctores y pacientes tanto como lo hacen de cuerpo a cuerpo⁶⁸. Con el paso del tiempo, las dolencias cambian de significado y su etiología, tratamiento y consideración social son reformuladas de acuerdo con factores que tienen que ver más con el compromiso civil que con el conocimiento científico... todo lo cual habla del relativismo histórico y el construccionismo social de las enfermedades⁶⁹.

En una civilización que contempla con tanta suspicacia la vida subjetiva y las experiencias no constatables, el poder ‘construir’ el propio padecimiento como una enfermedad legítima, tipificada y con base somática les sirve a algunas mentalidades para sentirse dentro de un marco reconocido, que posee sus denominaciones y sus reglas de comportamiento, que otorga un estatus, que propone una metodología de acción, que es capaz de cuantificar las probabilidades de curación. Todo ello —y siempre para esas mismas mentalidades— tiene el poder de mitigar la ansiedad causada por la sensación de aislamiento y soledad en lo que de otro modo parecería un contexto de dolencia singular y desconocida. El enfermo se siente así con ‘derecho’ a su enfermedad, a su estado, ‘sabedor’ de que no se está mintiendo a sí mismo y a los demás al desprenderse de parte o de la totalidad de sus responsabilidades puesto que, legitimado su estado por la categorización médica, el cuerpo social acepta la realidad objetiva, somática, no mental, de su padecimiento. De ahí que la enfermedad como pura experiencia fenomenológica, como mera sintomatología incapaz de encajar en ninguna realidad nosológica tipificada, resulte aterradora para muchos y sirva a otros para deslegitimar el estatus del enfermo. Sin embargo, este marco de aparente seguridad, aun sin la crítica epistemológica de Aronowitz, es ya engañoso porque la *biomedicina* no tiene respuesta para el dolor humano ni para la muerte: a menudo inflige un daño físico y moral gratuito, y por ello mismo muy superior al que se proclama capaz de curar.

⁶⁶ Ibid. pg. 82.

⁶⁷ Ibid. pg. 104.

⁶⁸ Ibid. pg. 182.

⁶⁹ Desde esta perspectiva relativista y construccionista se contempla con muchísimo más respeto la tan criticada actitud del presidente surafricano Mbeki frente al sida. Recientemente, la opinión del dirigente africano ha sido venteadada en el circo mediático y, desde un ontologismo ignorante y un racismo subrepticio, se le ha acusado de “extravagante”, de expresar “teorías disparatadas”, de “perder el guión”, de convertirse de repente “en uno de esos líderes obsesivos, irracionales, que surgen de vez en cuando en el Tercer Mundo” (ver *El País Digital*, nº 1448, jueves 20 de Abril & 1449, viernes 21 de Abril, año 2000). El periodista ignora u oculta, lo que es peor, que el presidente Mbeki no ha formado su opinión navegando al azar por Internet, sino a partir de los estudios realizados por el grupo que se ha dado en llamar de los *Disidentes*, compuesto entre otros por un conjunto de científicos prestigiosos y laureados (cf. *Repensar el Sida*). El increíble negocio del AZT, los particulares intereses morales a los que sirve el sida, la escasa fiabilidad de las pruebas desarrolladas para detectarlo y la concepción monocausalista de la enfermedad (una concepción, como hemos visto, de dudosa base científica), entre otras cosas, vuelven este fenómeno como mínimo sospechoso para cualquier persona racional capaz de pensar por sí misma.

Con Aronowitz empezamos a pensar que el precio por trascender la angustia y soledad asociadas al padecimiento singular es pasar a formar parte de las estadísticas: enfermar, ser tratados y quizás morir de acuerdo, no con la ley exquisitamente única y por ello imprevisible de nuestro padecimiento fenomenológico, sino con la presión hipnótica que una entidad nosológica tan fantasmal como teórica ejerce en la consciencia colectiva. Y empezamos a pensar también que, desde una vivencia del individuo mucho menos gregaria, la experiencia de la enfermedad como una fenomenología subjetiva puede resultar, al fin y al cabo, liberadora.

Esta subjetivación de la enfermedad constituye en efecto el primer paso definitivo hacia una *medicina del sujeto*, camino que necesariamente debe proseguir por el desarrollo de aquellas potencialidades que conducirían al establecimiento de una auténtica autonomía de la salud por medios endógenos. Tal posibilidad se sale del marco del progreso social para penetrar en el de la evolución, concretamente en una idea de evolución que contemple el siguiente paso humano no como una serie de aleatorias mutaciones morfológicas, ni siquiera como una mejora genética de la especie dirigida por la ciencia, sino como la trascendencia de la actual dualidad psicosomática que es el hombre hacia una unidad noosomática, esto es, una progresiva mentalización del cuerpo y de todas sus funciones. Mostrar la plausibilidad de esta idea y el escenario en que resultaría viable es el objetivo de la siguiente y última sección.

7. *Hacia una medicina del sujeto: el paradigma noosomático.*—

Estamos en la era de la subjetividad y el subjetivismo no porque el sujeto sea la fuerza realmente dominante ahora, sino porque es la única que puede oponerse con éxito a las tendencias colectivizadoras de control y ‘normalización’ activas actualmente en nuestra sociedad hipertecnológica. Si se nos permite acudir nuevamente a la cinematografía como síntoma del sentir social, advertimos una y otra vez desde los 70 la recurrencia de distopías previniéndonos contra esas tendencias que, invocando la necesidad de orden, estabilidad, seguridad y predictibilidad, tratan de anular el comportamiento singular en aras del mecanicismo de la masa: *THX-1138* (George Lucas, 1970) advierte contra la enajenación producida por un totalitarismo médico que impone bajo pena de cárcel un equilibrio químico a los ciudadanos a fin de mantenerlos convenientemente sedados; *Soylent Green* (R. Fleischer, 1973), previene contra la alienación nutricional derivada del cataclismo ecológico; *Rollerball* (N. Jewison, 1975), contra la hipnosis colectiva inducida por medio del deporte de masas; *Blade Runner* (Ridley Scott, 1982), contra la producción en serie de un nuevo tipo de humanoide surgido de una poderosa industria biológica capaz de dar forma definitiva al viejo ideal de Víctor Frankenstein, doctor en medicina; *Terminator* (J. Cameron, 1984), contra un mundo en que el hombre ha sido declarado superfluo por la máquina; *El Cuento de la Doncella* (V. Schlöndorff,

1990), contra la colectivización de las mujeres fértiles en una sociedad demasiado oprimida y adocenada para oponerse a ella y a todas las indignidades infligidas al colectivo femenino; *2013 Rescate en Los Ángeles* (J. Carpenter, 1997), contra otra forma de sociedad adocenada, ésta hipnotizada y oprimida por el salvacionismo político, médico y religioso; *Gattaca* (A. Niccol, 1997), contra una civilización dominada por la ingeniería genética, las brutales desigualdades y la androidización general provocadas por ella; *Matrix* (Wachowski Brothers, 1999), en fin, contra la mesmérica alucinación derivada del ilusionismo informático. La lista de estas pesadillas que, en los sueños de los hombres, dan forma al futuro podría prolongarse indefinidamente. No basta con descartarlas como los terrores con los que un grupo de prestidigitadores cinematográficos asusta a un público ocioso. Las pesadillas nunca son gratuitas. En la encarnación narrativa de estos peligros, el sujeto advierte las tendencias que amenazan su misma existencia independiente en una sociedad regida por los diagnósticos —médicos y políticos— de orden cuantitativo. Frente a esta amenaza, el sujeto sólo tiene la intuición profunda de su singularidad y la opción —valerosa— de sustraerse al comportamiento gregario.

Como propiedad inherente, la singularidad es sólo una potencialidad, una posibilidad latente que exige ser actualizada en el complejo proceso de desarrollo hacia la auténtica y plena individuación. Una gran mayoría de personas, sin embargo, ama la dependencia, la vida heterónoma, porque esa individuación que puede llegar a manifestar una naturaleza singular no culmina sino con un esfuerzo prolongado y sostenido. En cierto modo, es más fácil y menos costoso sentirse máquina, el vehículo pasivo e irresponsable de un ‘gen egoísta’. La interioridad subjetiva da miedo porque, en una sociedad materialista, en una civilización donde sólo *es* lo que objetivamente puede constatarse, equivale prácticamente a la inexistencia. El intento por parte de la ciencia materialista de descartar la consciencia no es neutro: sirve a claros intereses políticos⁷⁰ y morales (o mejor, inmorales) porque, anulándola, se suprime la subjetividad, la singularidad: la consciencia —el *yo* en un sentido amplio— es la portadora de la unicidad, la imprevisibilidad, al igual que la naturaleza es el dominio del hábito y las regularidades.

Todo este proemio filosófico o filosofizante no es en absoluto gratuito porque no hay tránsito posible hacia una *medicina del sujeto* sin que el individuo asuma su subjetividad singular. El estadio intermedio de este tránsito es, de acuerdo con el orden lógico de las cosas (que no es necesariamente el que sigue siempre la evolución individual), la autogestión de la salud. Y en el paso a esta forma de autogestión desempeñan sin duda una función importante las *medicinas alternativas* porque, en primer lugar, multiplican la oferta de enfoques y posibilidades terapéuticos, y ensanchan con ello el margen de elección del paciente; en segundo lugar, por su enfoque vocacional y ampliamente holístico; finalmente, porque consisten a menudo en prácticas y teorías más humanistas y más accesibles al individuo no especializado.

⁷⁰ El totalitarismo no es otra cosa que mecanicismo político.

Sin embargo, para que éste sea realmente libre y responsable en la elección de la forma de medicina y la terapia en cada uno de los casos en que pueda sufrir dolencia o padecimiento, para que la suya no sea una ‘autonomía tutelada’ (signifique lo que signifique este oxímoron), es imprescindible conocimiento, un cierto grado de educación médica. Ahora bien, por más libre y responsable y cultivada que sea la autogestión, aún no es una verdadera autonomía: el individuo sigue dependiendo en cualquier caso de un sistema cognitivo externo a él, en el que se funda la hermenéutica de sus síntomas, de su fenomenología personal; y sigue dependiendo también de una terapia y remedios que le llegan del exterior, por más que se conceda a sí mismo el derecho de ser él mismo quien decide su aplicación y opta por uno u otro de ellos. No puede trascender este estadio sin acabar de pasar de lo cognitivo a lo subjetivo, de lo ontológico a lo fenomenológico y, por tanto, de lo biológico *per se* a lo psicobiológico.

Al final de este camino, la salud y la enfermedad cambian necesariamente de significado. La primera ya no puede ser definida negativamente como la ausencia de la segunda, ni normativamente como el estado orgánico sujeto a determinados parámetros físicos y químicos; ambas perspectivas resultan insuficientes. La salud se percibe como la expresión natural de la integridad de la persona, del mismo modo que ésta es la forma en que su singularidad va manifestándose a medida que emerge a la vida consciente. De ahí que la salud es, en última instancia, verdadera y consciente (o mejor, ultraconsciente) autonomía... y la enfermedad sirve dialécticamente a este proceso de plena individuación como el desafío permanente que señala los puntos débiles, las áreas inertes o dormidas del organismo. La enfermedad, por su parte, se percibe a lo largo de este proceso como una manifestación fenomenológica singular en la periferia de la consciencia psicobiológica y susceptible, por tanto, de ser mitigada, modificada o incluso anulada por esa misma consciencia⁷¹.

En seguida retornaremos sobre la posibilidad que estamos apuntando, la de un determinismo mentalista, la de una acción curativa o incluso transformacional por medios endógenos, pero antes de proseguir por este camino

⁷¹ La diferencia que hay entre la experiencia cognitiva y la experiencia fenomenológica del mundo podría expresarse de la siguiente forma: la primera dice: “Esto (y por *esto* se refiere a la base física, sólida, extensa, objetiva de *esto*) existe con independencia de mí y es distinto de las reacciones emotivas, sensitivas, asociativas, etc. que me causa.” La segunda dice: “En este instante y lugar, yo, con mi nivel de consciencia actual y mi forma y grado de percepción a través de mis sentidos, experimento que *esto* existe ahí, fuera de lo que a su vez experimento como mi cuerpo, pero dentro de la esfera de mis percepciones. En lo que a mí respecta, *esto* es un contenido de mi consciencia y se halla, por tanto, integrado en el mismo complejo y orgánico sistema al que pertenecen las reacciones subjetivas que *esto* despierta en mí y eso mismo que yo experimento como mi yo. Quizá no pueda ahora modificar *esto* de acuerdo con mis deseos, y por ello lo percibo como algo exterior a mí, que me opone resistencia. Pero sí puedo modificar el sistema al que *esto* pertenece, porque en el núcleo de ese sistema (mi consciencia) está lo que yo experimento como mi yo y, modificándome, altero parte o la totalidad de las relaciones que conforman la red de los elementos del sistema. Mediante esa modificación puedo cambiar no sólo mis reacciones frente a *esto*, que percibo como exterior, sino también sus acciones sobre mí, porque éstas, desde esta experiencia fenomenológica de mí mismo, no son sino parte de las primeras.”

de ‘individuacionismo’ radical es necesario reafirmar, en términos más directos y compactos que los expuestos hasta aquí, lo que justifica la asunción de la perspectiva subjetiva:

En primer lugar, la **intuición** de que cada individuo es una singularidad preciosa con una ley única de autonomía por descubrir, despertar y explotar. La intuición profunda de que su dependencia de leyes generales, su automatismo, su heteronomía, es la expresión provisional de una consciencia sólo parcialmente desarrollada. La intuición insobornable de que cada individuo —no como proyecto de sí, sino como culminación de un proyecto que lo trasciende y que arranca de la misma formación de la Materia y la Vida— es una ley en sí mismo. La intuición de que, si es posible una ciencia de las singularidades al fin y al cabo, en ésta el conocimiento representativo abstracto ha de dejar paso al conocimiento por identidad.

Segundo, la legítima **aspiración** a lograr el máximo margen de acción subjetiva y actualizar, y explotar, todas las potencialidades personales, visibles u ocultas, por encima de lo que la ciencia del presente determine como posible.

Tercero, la **constatación** de que el individuo no tiene tiempo para esperar a que la ciencia halle respuestas aceptables y legitime con su método y su lenguaje lo que para él son sus inmediatas intuiciones sobre sí mismo y sobre sus más audaces potencialidades transformacionales. Por una parte, la posición de la ciencia no es monolítica sino ‘cacofónica’ en cuestiones fundamentales; por la otra, la ciencia objetiva va siempre por detrás de la intuición. Todo ello no significa negar el valor de la ciencia, sino calibrarla en su justa medida, contextualizarla de acuerdo con su propio dominio de validez: el mundo intersubjetivo, que es una pequeña área de la existencia global.

Por último, la **determinación** por parte del individuo a no dejarse limitar por el conocimiento científicamente legitimado y colectivamente compartido para emprender la acción. Todo lo que el sujeto necesita para avanzar es una intuición valiosa y una hipótesis de trabajo atractiva y plausible, por más audaces que sean una y otra... no datos verificables. Dejar en manos de ‘especialistas’ todo el conocimiento de algo que le afecta íntimamente es una irresponsabilidad natural. Los ‘especialistas’ están condicionados por sus propios modelos y hábitos de pensamiento, impulsados por intereses sectarios y personales, divididos en escuelas con teorías y prácticas confrontadas, colapsados muchas veces por un exceso de datos que no pueden digerir, y limitados por la parcelación un tanto artificial y exclusivista de la disciplina que declaran propia.

Era necesario exponer y afirmarse con decisión en estas razones porque, por el camino que abre esta posibilidad mentalista y endógena en el continente de la medicina, la ciencia presente puede acompañarnos sólo durante un trecho muy corto y a regañadientes. De hecho, ni siquiera la filosofía especulativa puede

llevarnos hasta el final y aquí habremos de darnos por satisfechos si conseguimos plantear tal posibilidad como un objetivo plausible, consistente y digno del esfuerzo.

Quien sí puede guiarnos lúcidamente por el tramo inaugural, la parte más científista de nuestro camino, es Donald Bakal, experto en psicología de la salud⁷². Bakal se adhiere al cambio de actitud de una parte sustancial y fiable de la *medicina científica* frente a cuatro grupos de fenómenos: el efecto placebo, el fenómeno de las somatizaciones, la relación entre estado psicológico y sistema inmunológico, y los casos de recuperación espontánea de enfermedades graves en estado avanzado. En la primera cuestión, el cambio de actitud ha consistido en pasar de considerar el efecto placebo como una indicación de que el paciente no estaba realmente enfermo a reconocer que los procesos psicobiológicos implicados en él “tienen el potencial de dar lugar a una revolución en el modo de tratar la enfermedad”⁷³. La segunda y la tercera de las cuestiones hacen cada vez más difícil para la *medicina técnica* concebir el organismo físico como un sistema aparte de la psique humana e inmune a su influencia determinista. Por último, en la recuperación espontánea de enfermedades como el cáncer, documentada en centenares de casos, los médicos están pasando de considerarla azarosa, sin causa explicable y por tanto irrelevante a efectos de interés científico, a comprender mejor y tratar de sistematizar y aprovechar los procesos psicobiológicos que intervienen en ella⁷⁴.

Bakal desarrolla el concepto de consciencia somática (*somatic awareness*⁷⁵; a partir de aquí SAw) como un modo de aproximación a la comprensión y utilización (*harnessing*) de esos procesos de autosanación psicobiológica. SAw constituye una heurística holista y flexible para reclutar la capacidad curativa de la mente y el cuerpo⁷⁶, una especie de equivalente consciente y voluntario del efecto placebo⁷⁷. En la práctica, SAw vendría a ser un foco de atención consciente dirigido hacia el cuerpo, los eventos fisiológicos, las alteraciones orgánicas, a fin de utilizar la información propioceptiva para adelantarse a la cristalización de los síntomas que anuncian dolor, malestar o enfermedad. Este ‘adelantarse’ consiste en un cambio voluntario de la reacción o reacciones subjetivas frente al síntoma: si la pauta normal es un temor constrictivo frente a su aparición y el recurso inmediato al médico y/o la medicina, en el contexto de SAw se reaccionaría con distensión, relajación y una alteración consciente del estado anímico, ya por medio de inducción directa o por la acción indirecta a través de diferentes tipos de prácticas transformacionales

⁷² Ver *Minding the Body—Clinical Uses of Somatic Awareness*.

⁷³ *Ibíd.* pg. 85.

⁷⁴ Para T. Pincus, la recuperación espontánea puede que sea en realidad el resultado normal de la mayor parte de enfermedades (cf. *ibíd.* pg. 163). Esta idea, derivada de estudios de población, puede tomarse como un argumento a favor de la existencia de un efecto nocebo ‘cristalizador’ de la enfermedad en el diagnóstico ontologista.

⁷⁵ *Awareness* es en realidad una consciencia atenta o una atención consciente, un término con un campo de significaciones ligera pero sustancialmente distinto del español ‘consciencia’.

⁷⁶ *Ibíd.* pg. 205.

⁷⁷ *Ibíd.* pg. 83.

(entre las que Bakal no desdeña cosas como la visualización y la meditación). La finalidad es generar una actitud que, a través de los canales psicobiológicos adecuados, acabe por neutralizar o incluso eliminar los síntomas y sus posibles efectos y consecuencias.

Fiel a su método positivista de no admitir ninguna acción de la psique sobre el organismo que no quede justificada por la red de canales psicobiológicos (*psychobiological pathways*) reconocida por la ciencia médica y, por otra parte, de reducir al mínimo los aspectos especulativos de sus intuiciones presentándolas sólo en la medida en que éstas hallan apoyo en datos clínicos, Bakal no puede llevar muy lejos su SAw. Aunque su exposición es muy sólida y rigurosa, el suyo es un salto muy grande para quedarse muy corto. Ahora bien, como idea sobre la que construir una praxis es sin duda de gran interés porque supone un paso decidido hacia una salud autónoma. Que Bakal tiene claramente esta orientación ‘autonómica’ se ve, por ejemplo, en su valoración de las prácticas alternativas del toque terapéutico (*healing touch*) y el biofeedback, a los que reprocha que hagan al enfermo dependiente de factores exteriores para una acción sanativa que, en última instancia, es sólo autógena⁷⁸. Sin embargo, por otra parte, al poner tanto énfasis en la necesidad de comprensión⁷⁹ de los canales psicobiológicos a través de los cuales un estado anímico ‘armonizador’ podría somatizarse con el efecto beneficioso de curar una dolencia, Bakal fuerza su propia idea a una especie de heteronomía cognitiva, en el sentido de que SAw tenderá siempre a quedar limitada por el estado de conocimientos fisiológicos que la ciencia médica posea e imparta en cada momento. Todo lo cual contrasta, por otro lado, con su percepción de la necesidad imperiosa de desarrollar una fisiología fenomenológica⁸⁰. Desafortunadamente, Bakal no elabora esta propuesta en extremo interesante y que viene a complementar el énfasis de Aronowitz en la experiencia fenomenológica de la enfermedad.

Las inevitables limitaciones de SAw se perciben con claridad en el tipo de dificultades que experimenta su aplicación clínica. En primer lugar, el estrés que supone la enfermedad y la presión de las circunstancias que acostumbran a acompañarla no siempre ofrecen las condiciones idóneas para que el paciente logre un grado suficiente de introspección operativa, en especial si aún tiene que aprender a interiorizar su atención. En segundo lugar, nuestra cultura occidental valora una forma de autocontrol que consiste en ignorar el cuerpo: permitir que la información somática penetre en la consciencia y la perturbe se considera en general un signo de debilidad. Además, ciertos pacientes, al ser animados a dirigir su atención hacia el propio organismo a fin de observar los procesos de sus dolencias y aprender a controlarlos, sienten como si se les hiciera responsables de su enfermedad y reaccionan bloqueándose. Por último, existe en nuestra cultura una larga asociación entre percepción corporal y malestar: el

⁷⁸ *Ibíd.* pgs. 178-80 & 185-6.

⁷⁹ Con la finalidad, entre otras cosas, de que la mente racional del paciente tenga argumentos para creer en sus propias posibilidades autocurativas.

⁸⁰ *Ibíd.* pg. 35.

cuerpo sólo se percibe cuando hay algo que no funciona en él y entonces es mejor o no hacerle caso o ponerse en manos del especialista.

Para Ribot⁸¹, por ejemplo, la percepción del cuerpo implica un estado de consciencia anormal que sólo se da en periodos de enfermedad. La salud es para él, por el contrario, un estado de equilibrio psicológico y fisiológico que hace innecesario prestar atención a la actividad corporal. Sin embargo, tal actitud es típica de una cultura dualista, centrada en la razón y para la cual el cuerpo es puramente instrumental: un mero vehículo de los pensamientos y la acción, un mecanismo incapaz de evolucionar en el sentido de generar una consciencia propia y característica, distinta de la ideática y de la emocional. En realidad, esta actitud es más una toma de posición especulativa y sentimental, una vocación personal, que una proposición con base objetiva: no sólo culturas más vitales que la occidental, sino también representantes de nuestra propia cultura comprometidos de un modo u otro en el desarrollo del cuerpo, como por ejemplo los deportistas⁸², la contradicen rotundamente.

Ahora bien, desde la perspectiva de nuestro trabajo, las ideas de Ribot nos confirman en nuestra concepción de la enfermedad como desorden transorganizativo: un fenómeno fisiológico que sirve a la velada función del curar el dualismo de soma y psique, volviendo al primero perceptible para la segunda de un modo insistente, obsesivo, incluso traumático, y forzando a la segunda a fundirse con el primero, a ‘psiquicizarlo’, a ‘mentalizarlo’. A formar con él gradualmente, y quizás muy lentamente a lo largo de una evolución humana que se proyecta hacia un futuro indeterminado, una definitiva unidad noosomática... momento en el cual habrá dejado de tener sentido evolutivo la enfermedad como tal. Y si todos estos conceptos nos resultan tan extraños e improbables, quizás sólo sea porque nuestra civilización se ha dedicado a lo largo de toda su historia a través de la *medicina científica*, precisamente, a distorsionar este proceso anulando la actividad del paciente al tratar de anular la enfermedad y acabando por convertir a ésta última en un peligroso y costoso juego físico-químico de laboratorio.

Los elementos que se echan a faltar en el concepto de SAw de Bakal se encuentran, sin embargo, en la visión de Michael Murphy⁸³. Murphy no se deja limitar por un positivismo tan estricto como el anterior y recurre a lo que llama un ‘empirismo sinóptico’ que, si por una parte se apoya en el empirismo característico de la ciencia por la otra no rechaza los métodos antropológicos o etnológicos de observación y notación o de aprovechamiento de documentación fiable⁸⁴. Puede acercarse de este modo, con tiento pero sin prejuicios, a culturas

⁸¹ *Ibíd.* pg. 9.

⁸² Cf. *The Future of the Body, The Psychic Side of Sports y In The Zone: Transcendent Experiences in Sport.*

⁸³ Véase sobre todo *The Future of the Body.*

⁸⁴ “For the best thinking about evolution I turn to widely recognized evolutionary theorists; for the best medical science, to its leading authorities; for the best paranormal data, to competent psychical researchers; for the best insights of religious schools, to their acknowledged masters. Each of these

dominantemente vitales o psíquicas, como las tradicionales o las orientales, y servirse del material que éstas le proporcionan. Puede complementar de esta forma la idea de consciencia somática con la de consciencia extrasomática (*extrasomatic awareness*), ampliamente documentada en tradiciones como la india, tibetana, china y en las culturas chamánicas, y que define como “la percepción de eventos somáticos que no depende de órganos corporales”⁸⁵, llegando a hablar incluso de “SAw extraordinaria por medio de clarividencia interna”:

*That it does indeed occur is indicated by much lore of Hindu, Buddhist, and Taoist yoga. For example, among the siddhis produced by yogic practice, it is said, there exist some by which we can perceive the smallest particles of matter, either inside or outside the body. The anudrishti siddhi—a term derived from the Sanskrit anu, atom, and drishti, inside—refers to a yogic apprehension of small, hidden, or remote things, including somatic structures. The antara drishti siddhi, one of eight famous powers referred to in several yoga sutras, also involves such capacity*⁸⁶.

*It is conceivable that there exists an internal clairvoyance through which we can develop a somatic scanning device, a microscope with zoom lens as it were, by which we can focus upon our organs or cells in the service of bodily transformation*⁸⁷.

Para Murphy, sin embargo, todas estas formas de funcionamiento metanormal son signos y síntomas de una consciencia emergente, cuyo establecimiento en una fase futura de nuestra evolución transformará la base corporal y, sobre todo, ayudará a trascender el dualismo psicósomático propio de esta etapa. Establece así una continuidad vertical (evolutiva) que vincula la actividad metanormal con el funcionamiento humano normal y, más allá, con el animal; mientras que, por otra parte, pone en evidencia la continuidad longitudinal desde lo que llama las ‘metanormalidades de la vida cotidiana’ (*metanormalities of everyday life*⁸⁸) hasta las manifestaciones metanormales más

activities—and others I draw upon—have solid traditions, time-tested methods, exemplars, and considerable peer review (whether scientific, parapsychological, or religious), which have produced much knowledge to support exploration of high-level change. If we need a term for this approach, we might call it synoptic, multidisciplinary, or integral empiricism (remembering, of course, that *empiricism* usually refers to data acquisition and verification limited to sensory experience)” (pg. *ibíd.* pg. 15).

⁸⁵ *Ibíd.* pg. 43.

⁸⁶ *Ibíd.* pg. 91.

⁸⁷ *Ibíd.* pg. 93.

⁸⁸ Entre éstas, Murphy cita: “spontaneous, unexpected perceptions of distant events... correctly guessing the location of water or other materials by extrasensory processes... ‘feeling’ what someone else is thinking... determining by spontaneous tastes or smells your level of stress during extreme exertion... eliminating pain by simply willing it away... correctly sensing unexpected danger...” Y concluye: “In the *Psychopathology of Everyday Life*, Freud taught us that many common behaviors, among them jokes and slips of the tongue, expressed half-conscious or unconscious thoughts and motives. The experiences listed above, I believe, also express a largely unrecognized aspect of human life, namely its latent (positive or negative) metanormality. The fact that they occur in all sorts of people, even though they are neither sought nor expected, indicates that they are deeply rooted in human nature” (pgs. 54-60).

extraordinarias. En este proceso evolutivo natural, el individuo puede participar conscientemente explotando su potencial humano a través de las prácticas transformacionales que le ofrece la tradición planetaria.

Contemplar la realidad humana desde la perspectiva de la evolución de la consciencia, ver el cuerpo como una realidad aún parcialmente dormida pero en proceso de ser interpenetrado y saturado por esa consciencia creciente, de la cual está destinado a ser la pura y transparente expresión formal: ésta es la visión definitiva que justifica y que corona la *medicina del sujeto*. Al volver la vista atrás, se percibe ahora con mayor claridad todo aquello a lo que se había renunciado en aras de una seguridad sólo aparente en el contexto de la *medicina técnica*: a vivir la enfermedad como un desafío transformacional; a la propia fuerza autocurativa; a la subjetividad y la singularidad y, con ellas, a la dignidad somática; a la operatividad de la psique y a la confianza en la fuerza de la voluntad... Y se comprende también desde aquí que el acto médico es en realidad el acto evolutivo por excelencia, porque la salud definitiva no es, al fin y al cabo, sino la culminación del proyecto anímico y biológico que como seres humanos somos.

CONCLUSIÓN

Nuestro objetivo en este trabajo era contextualizar la *medicina científica*, examinar el coste humano que esta forma de heteronomía tiene para el individuo y contemplar la posibilidad de una salud verdaderamente autónoma, esto es, sostenida por medios endógenos. A lo largo de nuestro desarrollo, nos hemos encontrado al menos con tres modos de concebir la salud: la salud normalizada de la *biomedicina*; la salud individualizada y dinámica del enfoque holístico, que consiste sobre todo en una actitud robusta y creativa capaz de abrazar la enfermedad como parte del propio proceso transformacional; y la salud final como expresión de la coherencia anímica y biológica del individuo evolutivamente realizado... un ideal quizás lejano para nosotros, pero no por ello menos necesario como noción regulativa. Ninguno de estos modos de representarse la salud niega en principio al otro; más bien cada uno de ellos incluye al anterior como área específica dentro de su propio dominio de validez. Así, en el contexto de la *medicina científica* la salud es un estado básicamente somático; mientras que en el contexto holístico es, primero, una realidad psicosomática dinámica con especial énfasis en la dimensión psíquica de esta dualidad y, por último, la expresión de la integridad noosomática.

Al igual que una ley determinista sólo es absoluta cuando descartamos dramáticamente todos los factores contingentes que pueden intervenir en su aplicación, la salud normativa de la *biomedicina* sólo podría ser absoluta en el contexto de una mecanización total de la vida. Como objetivo exclusivo en términos de conquista biológica, lo que se ha dado en llamar ‘la utopía médica’ sería el estancamiento de la evolución humana; como ideal provisional y complementario es, sin duda, una aspiración útil y legítima. En el tránsito de la plena heteronomía médica, a la que nuestra cultura nos tiene habituados, a la autonomía absoluta, no queda otro remedio que el compromiso: aun con el convencimiento radical de que esta última posibilidad es factible, no puede esperarse que la totalidad del cuerpo, la multiplicidad de sus elementos orgánicos respondan instantáneamente a las inducciones endógenas. Los elementos somáticos más receptivos podrán integrarse pronto en el establecimiento autónomo de la salud; los menos receptivos habrán de recurrir durante el tiempo necesario a la ayuda exógena de las terapias holistas o reduccionistas que han sostenido a la humanidad a lo largo de toda su historia. Dados los temores e inseguridades del individuo cuando está en juego su vida, y las circunstancias e intereses de todo orden que lo rodean presionándolo en uno y otro sentido, la recuperación del gobierno de la propia salud —lo advertíamos ya en nuestra introducción— no puede ser nunca fácil. Dificultad que será un reto fascinante para unos y un obstáculo insuperable para otros.

En el paso de la *medicina del objeto* a la *medicina del sujeto* nos ha acompañado una serie de investigadores, a cada uno de los cuales hemos tomado como el representante de una fase transicional clave. Con Aronowitz descubrimos la importancia de la experiencia fenomenológica de la enfermedad;

Bakal nos lleva a la necesidad incluso de una fisiología fenomenológica, lo que en definitiva supone el comenzar a hacer conscientes para la vivencia subjetiva funciones en cuyo automatismo ciego podrían ocultarse las causas de disfunciones irrevocables; Murphy nos proyecta incluso mucho más allá, a una idea de consciencia somática como parte de nuestra realidad psíquica y biológica emergente, y que cada individuo puede contribuir a desarrollar por medio de prácticas transformacionales reconocidas o singulares. Más allá de esto sólo queda la experiencia personal y, si es posible la ciencia a partir de aquí, ésta se hará a partir de los cuadernos de bitácora de cada singladura individual.

BIBLIOGRAFÍA

- *Abse, Dannie. *Proceso a la Medicina*, Caralt, Barcelona 1971.
- *Aronowitz, Robert A. *Making Sense of Illness*, Cambridge University Press, Cambridge 1998.
- *Bakal, Donald. *Minding the Body —Clinical Uses of Somatic Awareness*, The Guilford Press, New York 1999.
- *Beau, Georges. *Acupuntura*, Martínez Roca, Barcelona 1983.
- *Bohm, David. *Causality & Chance in Modern Physics*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1987.
- *Bohm, David. *Unfolding Meaning*, Routledge, Londres 1995.
- *Bohm, David. *Wholeness and the Implicate Order*, Routledge, Londres 1997.
- *Brelet-Rueff, Claudine. *Las Medicinas Sagradas*, Argos/Vergara, Barcelona 1977.
- *Carlin, John: “La obsesión de Mbeki”, *El País Digital*, nº 1448, Jueves 20 de Abril del 2000.
- *Davis, Paul. *Superforce: The Search for a Grand Unified Theory of Nature*, Simon & Schuster, Nueva York 1984.
- *Dash, Bhagawan & Junius, Manfred M. *Manuale di Ayurveda —La Medicina Tradizionale Indiana*, Mediterranee, Roma 1988.
- *Del Pino, Javier: “El presidente de Suráfrica promueve una disparatada teoría que niega el VIH”, *El País Digital*, nº 1448, Jueves 20 de Abril del 2000.
- *Dermer, Gerald B. *The Immortal Cell —Why Cancer Research Fails*, Avery Publishing Group, Nueva York 1994.
- *Eccles, John C. *How the Self Controls Its Brain*, Springer-Verlag, Nueva York 1994.
- *Eccles, John C. & Popper, Karl R. *The Self and Its Brain —An Argument for Interactionism*, Routledge, Nueva York 1998.
- *Featherstone, Cornelia & Forsyth, Lori. *Medical Marriage —The New Partnership Between Orthodox and Complementary Medicine*, Findhorn Press, Findhorn 1997.
- *Flammonde, Paris. *The Mystic Healers. A History of Magical Medicine*, Scarborough House, Maryland 1999.
- *Foucault, Michel. *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*, Gallimard, París 1998.
- *Foucault, Michel. *The Birth of Clinic —An Archaeology of Medical Perception*, Vintage Books, Nueva York 1994.
- *Frank, Philipp. *The Law of Causality and Its Limits*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998.
- *García Barreno, Pedro. *Medicina Virtual —En los Bordes de lo Real*, Debate, Madrid 1997.
- *Gerber, Richard. *La Curación Energética —La Revolucionaria Medicina Vibracional*, Robin Book, Barcelona 1993.
- *Guerra, Francisco. *Historia de la Medicina, vols. I & II*, Ediciones Norma, Madrid 1989.
- *Illich, Ivan, *Limits to Medicine —Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, Penguin Books, Londres 1990.
- *Locke, Steven & Colligan, Douglas. *El Médico Interior*, Apóstrofe, Madrid 1991.
- *López Piñero, José María. *Breve Historia de la Medicina*, Alianza, Madrid 1999.
- * “Los científicos arremeten contra las teorías sobre el sida de Mbeki”, *El País Digital*, nº 1449, Viernes 21 de Abril del 2000.
- *Murphy, Michael. *The Future of the Body —Explorations into the Further Evolution of Human Nature*, G. P. Putnam's Sons, Nueva York 1992.

- *Murphy, Michael & White, Rhea A. *In the Zone —Transcendent Experiences in Sport*, Penguin, Nueva York 1995.
- *Murphy, Michael & White, Rhea A. *The Psychic Side of Sports —Extraordinary Stories from the Spiritual Underground*, Addison-Wesley, Reading 1978.
- *Oteri, Laura ed. *Quantum Physics and Parapsychology —Proceedings of an International Conference Held in Geneva, Switzerland August 26-27, 1974*, Parapsychology Foundation, Nueva York 1975.
- *Porter, Roy et al. *Cambridge Illustrated History of Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- *Prigogine, Ilya. *¿Tan Sólo Una Ilusión? —Una Exploración del Caos al Orden*, Tusquets, Barcelona 1983.
- * *Repensar el Sida —Lo Que No Os Han Dicho. Entrevistas con los Disidentes*, AMC, Madrid 1994.
- *Samiy, A. H. et al. *Diagnóstico Clínico en Medicina*, Doyma, Barcelona 1992.
- *Schwartz, William B. *Life Without Disease: The Pursuit of Medical Utopia*, University of California Press, Berkley 1998.
- *Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. *Al otro lado... de la mesa. La perspectiva del cliente*, Doyma, Barcelona 2000.
- *Sheldrake, Rupert. *A New Science of Life*, Park Street Press, Rochester 1995.
- *Sheldrake, Rupert. *The Presence of the Past*, Park Street Press, Rochester, 1995.
- *Sheldrake, Rupert. *The Rebirth of Nature*, Park Street Press, Rochester, 1995.
- *Skrabanek, Petr. *La Muerte de la Medicina con Rostro Humano*, Díaz de Santos, Madrid 1999.
- *De Tarde, Gabriel. *Les Lois de L'Imitation*, Kimé, París 1993.
- *Ullman, Dana. *La Homeopatía. Medicina del siglo XXI*, Martínez Roca, Barcelona 1990.
- *Waldrop, Mitchell. *Complexity: The Emerging Science at the Edge of Chaos*, Simon & Schuster, Nueva York 1992.
- *Wilber, Ken et al. *El Paradigma Holográfico —Una Exploración en las Fronteras de la Ciencia*, Kairós, Barcelona 1987.