Medicina y atemporalidad

Xavier Bruneau

RESUMEN

El estudio de las relaciones entre la medicina y el tiempo nos permite identificar la permanencia de una estructura invariante, atemporal, que se reproduce a través del tiempo. Al detallar cuatro aspectos de estas relaciones con un tiempo de memoria y de olvido, un tiempo dinámico, un tiempo cosmológico, y uno histórico, vemos surgir, progresivamente, una verdadera marca indeleble atemporal.

> Un futuro médico necesita tres cosas: una libreta, una biblioteca y una desempolvadura quinquenal del cerebro.
>
> *William Osler*

Nuestra relación individual y social con el tiempo es en extremo compleja porque funciona a niveles múltiples con un significado diferente para cada uno de nosotros. Además, si el tiempo transcurre en la misma dirección de las escalas humanas, no tiene el mismo ritmo para todos, y los ritmos de cada uno, de cada civilización o estructura social en la cual evolucionamos, no están necesariamente sincronizados. La presencia de desfases generadores de conflictos cuando varios sistemas interfieren sin que entre ellos haya conciencia de los otros y de sus deseos, es una de las marcas que muestran la coexistencia de ritmos diferentes. Cada cuerpo social entendido como sistema, incluida la medicina, funciona según este modo unicista.

El sello de las leyes, las reglas y las costumbres ha generado un orden supuesto, cuya importancia está relacionada con el hecho de ser transgredidas por algunos individuos o grupos. El desorden generador surge de esta transgresión, pero desorden no significa anarquía, sino organización a diferentes niveles. La universalidad de la transgresión, y su necesaria presencia, se advierte en que algunas sociedades humanas aceptaron la existencia de rituales de rebelión culturalmente admitidos —Culture Bound Syndrome—, que autorizan al individuo a ser antisocial de manera socialmente tolerada.[1] Veremos cómo la medicina, a través del tiempo, aceptó también, aunque a disgusto, la existencia de transgresiones organizadas.

Sin embargo, este concepto de tolerancia tiene fronteras bastante limitadas. Detallaremos cómo se alcanza rápidamente esta franja dinámica entre transgresiones toleradas e intoleradas, que proyecta fuera de la profesión médica, del cuerpo universitario y a veces del social, al "hipertransgresor", para después reintegrarlo y atribuirse los méritos y la fama de su trabajo. Este *pattern*, encontrado más especialmente, pero no exclusivamente, en la medicina occidental, y presente en todas las épocas, tiende a reforzarse al mismo tiempo que se restringe el abanico de las interpretaciones de los fracasos de la medicina por el sistema explicativo y dogmático, pilar de su autoridad. En cierto modo, el estudio de las relaciones del tiempo y la medicina, y de ésta con el tiempo, nos permitirá demostrar la existencia, a través de los siglos y las culturas, de "constantes" atemporales del psiquismo médico, allegados a las invariantes de psiquismo humano, descritas como *Psychèmes* por T. Nathan.[2]

Con el fin de esclarecer el tema de nuestra reflexión, estudiaremos cuatro aspectos de la relación entre tiempo y medicina. Se trata del tiempo-memoria y el olvido; del tiempo y los tiempos; del tiempo dinámico y los flujos; y del tiempo histórico como paradigma. Interconectaremos progresivamente estos aspectos para concluir que el pensamiento médico institucional entraña una constante estructural atemporal que funciona de forma unívoca a escalas de tiempo diferentes, y que es ilusorio pensar en el progreso de la medicina sin integrar las nociones de tiempo dinámico en varias fases. Sin considerar estos hechos, la medicina no puede aspirar al estatuto de ciencia.

[1] G. Devereux, *Essais d'Ethnopsychiatrie Générale*, París, Gallimard, 1970, p. 395.

[2] Esta palabra podría ser comprendida como "esquemas psíquicos". T. Nathan, *La folie des autres*, París, Dunod, 1986, p. 241.

TIEMPO, MEMORIA Y OLVIDO

¿Cómo ejercer un oficio, y más aún un arte, sin la conciencia de la historia de su disciplina? ¿Cómo tener una visión clara, objetiva y humilde de su propia profesión sin el conocimiento de los desmanes y errores que se cometieron anteriormente en su nombre, sin entender los límites de sus éxitos y la relatividad de sus fracasos? ¿Cómo eludir la conciencia del tiempo en el ejercicio de un oficio y cuáles son las consecuencias y el impacto de esta exclusión en el avance y la práctica de la medicina?

La medicina, como casi todas las otras disciplinas universitarias occidentales, decidió contestar a estas cuestiones esenciales con una misma y unánime voz afónica: el silencio. Sólo una antigua institución europea, *le compagnonnage*, perpetuó, con éxito, el rito de la enseñanza incluida en su contexto histórico y pragmático para integrar el impenetrante paso a paso, después de un verdadero camino iniciador en la realidad de su oficio.

Esta profunda y real sujeción, presente y pasada, unida en una misma entidad, proyecta al estudiante dentro de su siglo, de su tiempo, sin desconectarlo de la historia de su disciplina, y lo hace plenamente operacional desde la consecución de su diploma, el cual representa una transición dentro de su vida profesional —no la terminación administrativa de sus estudios—, gracias a la conciencia histórica nacida de la enseñanza de sus maestros, de la imperfección, la labilidad y los límites de su oficio siempre ahuyentados. Desafortunadamente, no se incluye la enseñanza de la historia de la medicina en los estudios que cursan los alumnos —vírgenes de toda cultura histórica y saturados de prejuicios en cuanto a la grandeza y la infalibilidad de su futuro oficio— para obtener el diploma de Doctor en Medicina, y concluir los estudios como un *Ite Missa Est*. Decimos a propósito diploma porque hay una diferencia considerable entre la consecución de un título administrativo universitario, y la adquisición del dominio de técnicas, de la apertura del corazón o de la experiencia de los sentidos, que hacen distinto al práctico facultativo "secular", en contacto con el ser doliente o álgido, del médico "regular", que aplica dogmas como si fueran sanguijuelas.

Esta ausencia consciente de relación con el tiempo y la historia de nuestra disciplina contribuye a mantener una cantidad de malentendidos tenaces en cuanto a la finalidad del médico y las funciones de la medicina. ¿Existe con el fin de curar, asistir o aliviar, para investigar, descubrir, experimentar o asentar una posición social y de poder? La esencia que define nuestra trayectoria humana y la diferencia respecto de otras especies, está definida por Paul Valery: "El hombre es el único animal que teme a las amenazas ausentes".

Esta sensación prospectiva abre un abismo que separa al dolor real, relacionado con la presencia de una afección orgánica patente, palpable, e identifica a aquélla con éste por medio de los sentidos y el sufrimiento. Este sufrimiento es a veces tan insoportable que puede llevar al hombre a suspender voluntariamente el transcurso de su existencia realizando el solo y único acto autónomo y voluntario: la muerte.

El sufrimiento, con frecuencia dejado de lado por la medicina, puede llevar al desarrollo de patologías, a veces dolorosas, que lo amplifican de manera significativa. Identificar el *primum movens* de esta dinámica para incluirle dentro del proceso patológico con el fin de frenarlo, controlarlo e hipotéticamente pararlo, representa uno de los desafíos que la medicina no podrá enfrentar sin tomar conciencia del tiempo, de la historia, no sólo del proceso patológico involucrado, también de su propia historia para incluirla en los estudios universitarios.

La cirugía prehistórica nos dejó indicios tangibles de intervenciones quirúrgicas importantes y mutiladoras. Estas trepanaciones fueron, sin duda, ejecutadas por hábiles cirujanos en individuos siempre vivos, como lo demuestran las cicatrizaciones óseas casi completas. Esta proeza quirúrgica es extremadamente análoga a la técnica de las trepanaciones precolombinas o a las realizadas en Cabilia. Sin embargo, no sabemos lo que las motivó: sacrificio religioso, superstición, magia, verdadera sintomatología clínica, experimentación humana u otra. Los conocimientos relacionados con este periodo progresan de manera considerable, pero aún no nos permiten —y debemos considerar jamás saberlo— entender el porqué de estas intervenciones. No obstante, es notable que ya existían curas periintervencionales. Evocar las medicaciones neolíticas del dolor no es pura especulación, algunos elementos nos hacen pensar con seriedad que fueron utilizadas.

Es muy probable que una "sedación" primitiva fuese aplicada en este caso a los pacientes trepanados, lo que les permitía sobrepasar este sensible periodo y cicatrizar. En este sentido, hay que considerar la automedicación como un aspecto casi nunca mencionado por la medicina, excepto en forma cobardemente despreciativa y calificándola, además, como empirista. Sin embargo, la herbolaria, la etnobotánica y aun la zoofarmacognosia, están ahí como legado de la epopeya humana. ¿Cómo negar la herencia de generaciones de hombres y la marca genética indeleble que estos comportamientos animales dejaron dentro de nuestro patrimonio humano?

No es el instinto el que guía en el caso de la automedicación, sino la experiencia, la observación, el aprendizaje, finalmente el tiempo, a pesar de

la actitud instintiva del aprendizaje, probablemente relacionada con la experiencia de antecesores homínidos.[3]

Y entonces, ¿cómo la medicina moderna, con argumentos seudocientíficos, puede negar el uso de plantas medicinales como método terapéutico, si desde el comienzo de los tiempos todas las civilizaciones recurrieron a una farmacopea vegetal?

¿Qué médico contemporáneo aceptaría la aterradora prueba de la trepanación y sus consecuencias sin pedir auxilio a sustitutos analgésicos provenientes de los vegetales, y sustentados por una verdadera disciplina científica como es la química?

Sólo una visión deformada de la medicina, una ausencia de conciencia de su historia, de las extraordinarias relaciones terapéuticas entre los seres vivos y las plantas, incluso entre los seres vivos mismos, ha podido generar los procesos de pensamiento y aculturación, y crear un verdadero escotoma atemporal, constante cultural que describiremos en detalle.

Consciente o no, la negación de tomar en cuenta el elemento tiempo en cualquier forma de reflexión médica, crea un contrasentido en cuanto a la interpretación retrospectiva que hacemos de los métodos y las formas de pensamiento pasados. Es muy fácil denigrar ciertas actitudes o algunos puntos de vista anteriores considerando que no cuadran con un pensamiento racional o no suscriben un procedimiento científico, sin incluirlas dentro del contexto de la historia del pensamiento, de la historia de las mentalidades y de la evolución de las representaciones imaginarias colectivas.

Pensar que nuestro referente médico presente es el *único* que contribuye a la interpretación y el estudio de los hechos anteriores, denigra las prácticas médicas que funcionan en otros ámbitos cognitivos y conduce a una enseñanza dogmática. Esta ausencia de conciencia histórica hace que los sistemas metodológicos evalúen sólo por lo que fueron concebidos, y olviden totalmente, o nieguen, hechos que salen de sus límites, aunque sean pilares básicos de la existencia de la profesión médica.

La mayoría de las veces, los médicos autoproclamados historiadores de la medicina se conducen como los monjes —escribas medievales—, quienes

[3] No podemos negar el hecho descrito por Richard Wrangham, antropólogo de Harvard, de que los chimpancés tanzanianos ingurgitan ramos de *Aspilia*, una variedad de girasol, rica en tiarubrina A, potente antiséptico intestinal, con el fin de destruir los diversos parásitos contaminantes, o que otros chimpancés mascan la *Vergionia amygdalina* para tratar otras parasitosis. Esta misma planta es la base de un remedio de medicina tradicional humana, tanzaniana, siempre prescrito para las enfermedades gastrointestinales parasitarias. Richard Wrangham, comunicación personal, *Congress of the American Association for Advancement of Science*, Chicago, 1992.

pensaban que obraban con originalidad cuando sólo copiaban documentos y compilaban datos, sin ninguna visión de los cambios de referentes propios a cada época. Es un hecho establecido que numerosos comportamientos anteriores no obedecen a los criterios admitidos como científicos en la actualidad por los médicos, en el sentido de que éstos mismos otorgan el *status* científico, aunque aquéllos se integraban perfectamente a los conceptos que su época concebía como científicos o racionales.

Que los métodos utilizados por los médicos de la Edad Media, por ejemplo, difieran de los que practicamos hoy, no significa en absoluto que no hayan sido métodos de conocimiento con pretensiones científicas. La intuición, el sentido común y la costumbre eran la trama de lo que hoy llamamos método científico e investigación rigurosamente controlada. No olvidemos que la penicilina, casualmente descubierta por Flemming, no obtendría hoy en día el visto bueno que otorga la FDA (Food and Drug Administration) ni otras autoridades sanitarias internacionales.

Sin embargo, un poco de perspectiva sería suficiente para reconocer que un médico asirio tenía más sentido común e intuición que cualquier médico actual recién salido de la universidad. El rigor de la experiencia en los protocolos estereotipados —por lo menos hablando de su metodología— lleva a la profesión médica a buscar asilo entre ruinas, debido al irreprimible rechazo de la mayoría de los médicos, respecto de nuevos conceptos que se hacen indispensables ante la imposibilidad de enfrentar los fracasos terapéuticos y el aumento de las exigencias sociales. Además, siglos de sobreprotección en el seno de un *corpus* dogmático, transmitida gracias a su propio discurso, concurrieron al desarrollo de una pereza mental que inhabilitó a sus miembros a aceptar cualquier cambio de paradigma.

No hay duda que nuestros antecesores más lejanos practicaban formas de investigación aplicada. El uso y la aplicación precedieron, en su génesis, a la investigación científica en el sentido en que lo entiende nuestra concepción contemporánea. Algunos hombres de esa época fueron grandes genios, y la medicina de la antigüedad protohistórica e histórica nació de este saber intuitivo, deductivo, tal vez genético. Para que quede claro, no es la adecuación a criterios estadísticos, descritos y aplicados *a posteriori* la que validó la eficacia de los resultados de las terapéuticas prehistóricas, sino sus efectos prácticos y palpables que perpetuaron y desarrollaron su uso gracias a una enseñanza verbal. La etnobotánica y la etnofarmacología[4] intentan reconsti-

[4] Paul A. Cox, "Médecine traditionnelle et médicaments nouveaux", *Scientific American*, núm. 201 (julio), 1994.

tuir el discurso inscrito en los ritos y prácticas de pueblos considerados primitivos.

Los rastros dejados por las civilizaciones permiten identificar la marca de la medicina y sus vínculos con los sistemas de poder, especialmente religiosos, aunque luego se independizó. Esta relación, más o menos estrecha, nunca desapareció, no obstante que los médicos lo hayan olvidado. Seguimos practicando las reglas del ritual usando el lenguaje reservado a una casta, vistiéndonos con uniformes, practicando ceremonias, etcétera. Las visitas de los jefes de unidad médica son nuestras procesiones expiatorias, donde cada uno se coloca según una jerarquía intuitiva, una preeminencia, y se somete a un código no escrito pero aceptado por todos: el paciente, los médicos, las enfermeras y los estudiantes constituyen un organismo único en acción, un clero que practica una eucaristía tecnológica, donde el éter reemplazó el incienso y el medicamento a la hostia.

Encontramos en esta práctica la exacta réplica de la teoría del cuerpo místico de la monarquía, pilar de los sistemas reales europeos durante siglos. Existe una verdadera "teoría del cuerpo místico de la medicina", inscrita en nuestra práctica inconsciente, según la cual el médico, y sólo él, ungido por la universidad, es capaz de sentir, entender e interpretar los deseos del "pueblo patológico", ya que recibe la asistencia de la "ciencia médica".

El Señor y el Cielo fueron sustituidos por la universidad y la ciencia médica. Una lógica funcional interna determina de manera rigurosa una lógica estructural visible. Diego Rivera plasmó perfectamente el carácter sagrado de los quirófanos en una magnífica pintura al fresco donde el cirujano, aureolado por el nimbo helado proyectado por las lámparas del quirófano, procede a la celebración de una misa operatoria en la que los asistentes, el anestesista y las enfermeras, llenan el espacio según un orden bien determinado, como el arte románico disponía los tímpanos de las iglesias: los santos, los profetas, los ángeles y las vírgenes.

La medicina universitaria presenta muchos de los aspectos de una corporación clerical. Esta noción clerical debe entenderse en términos de —él—, que obtuvo el fuero y se vuelve apto para recibir los beneficios relacionados con su nueva condición, atestada por la consecución de grados obtenidos por vía de exámenes, según procedimientos y ceremonias ritualizadas, que le permiten la concesión de títulos y emblemas.

Envidiosa de su autonomía e imbuida de su omnisciencia, la medicina ha desarrollado instancias independientes del poder civil, aunque no escapa a la paradoja esencial de la universidad moderna que —suscribiendo a la noción medieval de la *Universitas* la comunidad de los maestros y los estu-

diantes— recibe investigadores extranjeros en sus laboratorios como antaño la Universidad de París,[5] pero se niega a reconocer la equivalencia de los diplomas que ella misma otorga.

Hoy en día, cuando enseñamos, sólo practicamos la parte magisterial —la *lectio*— y la inmensa mayoría abandonamos los ejercicios orales —el *disputatio*—, única parte de la enseñanza teórica abierta al debate. Esta renuncia ocurrió al enquistar el más profundo de los paradigmas medievales de la medicina: el que reforzaba la autoridad que cae desde lo alto de la cátedra, y amputaba todos los aspectos relacionados con el intercambio de ideas, las respuestas a las cuestiones de los estudiantes y el mestizaje de las experiencias. Las controversias sólo tienen lugar entre maestros, en el seno de sociedades científicas cuyas sesiones constituyen maravillosos ejemplos de erudición vacía y sutileza refinada, juego gratuito que se acerca al absurdo, mientras que afuera, en el mundo real, los pacientes siguen muriendo por falta de sólidas estructuras teóricas y nuevas terapéuticas adaptadas a la realidad del padecimiento y el dolor. La medicina universitaria moderna y su enseñanza transforma al estudiante, después de un mínimo de ocho a diez años, en lo que Henri Bergson llamó un *Homo loquax* —hablador—, "cuyo pensamiento, cuando piensa, sólo es una reflexión sobre su propia palabra",[6] que no parará hasta haber perpetuado el sistema una vez obtenido su título, que con vanidad y soberbia echa en cara al mundo.

Pasando tantos años en el ambiente ritual y estrictamente teórico, los médicos sin conciencia de su historia, y por eso mismo creyéndose modernos, inconscientemente demuestran su incapacidad para captar lo real de la medicina cuando salen del hospital, para comer, siempre vestidos con sus uniformes, sin hacer caso de los riesgos de contaminación, luciendo el estetoscopio —rosario médico— a manera de crucifijo. Deberíamos tomar el tiempo necesario para pensar lo que hemos hecho de la medicina y su enseñanza, abramos los ojos y no nos engañemos: *el* corpus *médico efectuó una revolución alrededor de sí mismo, sin cambiar de posición, sin efectuar una revolución dentro de su propio seno.* Esto se podría captar por medio de una imagen estructural atemporal, que gira alrededor de sí misma, disco de acreción que vamos a describir.

Desde el comienzo de los tiempos, según lo atestan documentos, el cuerpo médico se ha constituido en un ámbito que atrae por medio de

[5] Lucien Jerphagnon, *Histoire de la Pensée-1 Antiquité et Moyen Age*, 1993, p. 405.
[6] Henri Bergson, *La Pensée et le mouvant*, París, Gallimard, 1934, p. 92.

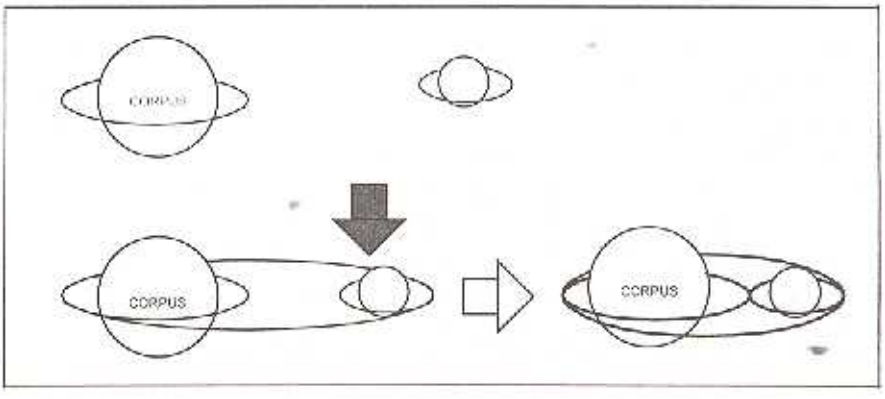
compilaciones, aspirando ciertas técnicas, conocimientos, culturas médicas, etcétera, despojándolos de los elementos que no satisfacen sus exigencias, todo esto con el fin de incrementar *el corpus*, para densificarlo hasta volverlo impenetrable, el cual a su vez se arroga el derecho de expulsar, a veces con violencia, a todos los que no cumplen con sus criterios. La imagen de un *corpus* convectivo y de una nube radiactiva periférica dentro de la cual pueden condensarse ideas, teorías nacidas de individuos salidos de este mismo *corpus*, pero rechazados como si fueran un trasplante, es una constante en la historia de la medicina.

Tres estructuras pueden identificarse dentro de la evolución atemporal de la historia de la medicina:

- Coexistencia con integración completa o parcial.
- Radiación-exclusión.
- Atracción-integración.

Gráfica 1

Coexistencia con integración completa o parcial



El esquema estructural que presenta la gráfica uno, se acopla a todas las épocas de la medicina; está representado en forma más precisa por la dualidad medicina-cirugía. Ya en Egipto, cuya medicina era reputada por la cirugía, existía la dicotomía ilustrada en el esquema. Desde ese periodo podemos identificar la coexistencia de una medicina profundamente penetrada de rituales, esclava de la aplicación de estereotipos mágicos inmutables, y de una cirugía pragmática que solucionaba problemas multiformes.

Ignorando la anatomía interna, a pesar de la práctica de las momificaciones y la colección de las vísceras en los vasos canope, la enfermedad estaba concebida por los médicos como la consecuencia de elementos sobrenaturales que se debían rechazar por métodos y tratamientos adecuados. Se generó, así, una coexistencia pacífica entre los médicos y los magos, cada uno se encargaba de una cara del mismo proceso. Con el tiempo sólo quedará el remedio, el mago fue suplantado por el médico, pero no debido a la superioridad de la medicina o por cambio de conceptos, sino por la experiencia visible y palpable de la ineficacia de los procedimientos implantados por los sacerdotes: al enfermo no le importan los dogmas, sólo el resultado. Por eso, los egipcios ponían al mismo nivel al que cura según principios de un arte estudiado y al que lo hace efectuando acciones transmitidas desde el comienzo de los tiempos o por inspiración divina.[7]

Los cirujanos —los que "actúan con las manos"— tenían una práctica excepcional relacionada con una excelente actitud clínica, que asociaba el rigor del examen, la precisión del diagnóstico y la evaluación precisa del pronóstico; además de realizar una terapéutica pragmática aún utilizada (tablillas, puntos de sutura, compresas, cauterización hemostática). No prescribían medicinas, al contrario, desconfiaban de ellas. Entonces se establece la escisión entre una cirugía "secular" sustentada en una acción concreta y una medicina "regular" que aplica fórmulas. Desde esta época, el enfermo, más allá de las disputas corporatistas, preferirá al cirujano, que lo tocará y cuyos resultados se harán objetivos, aunque el enlace pueda ser fatal, más que al poseedor del dogma, que no rebasa la consideración de palabras teóricas y abstractas sin efectos sobre su afección.

Pero este dualismo inconciliable entre cirugía y medicina, esta coexistencia poco pacífica, no fue un accidente histórico. Lo encontramos insinuado en toda la historia de la medicina, funcionando, hasta hoy, según el mismo tipo de plan atemporal, más que intemporal. Darse cuenta de la existencia de estas constantes e integrar el tiempo en nuestra visión de la medicina, no es una simple construcción intelectual sin contenido. Tal nos instruye sobre nuestra relación con el paciente y la enfermedad, y nos enseña más sobre la constitución de nuestras relaciones entre médicos, cirujanos y otros actores

[7] Estas concepciones son muy parecidas a los conceptos del confucionismo chino, que concibe la adquisición de los conocimientos científicos según cuatro modos: la enseñanza verbal (*wei*), la observación directa (*ts'in*), la acción voluntaria o experimentación (*wèi*) y la inferencia (*chouo*). R. F. Bridgam, "La Médecine dans la Chine antique d'après les biographies de Pien-Tsio et de Chouen-yu Yi" en *Mélanges chinois et boudhiques*, t.X, *Mémoires Historiques de Ssen -ma-ts'ien*, Bruselas, 1955.

involucrados en la curación y el alivio, así como sobre la manera por medio de la cual los enfermos reaccionan frente a su desconocimiento —consciente o no— de sus límites y la atemporalidad de sus creencias médicas.

La participación activa del lenguaje fue fundamental para la homogeneización de la profesión médica: mediante el latín, idioma común, cohesionó mejor al cuerpo médico.

Si la terminología anatómica nos parece sabia y complicada hoy en día, no es porque describa una realidad compleja, sino porque hemos perdido el sustento de ese sistema de referencia lingüística y cultural. Es el olvido del griego y el latín, entre otros, lo que ha tornado este vocabulario sabio, pues la anatomía era un lenguaje de laicos que describían lo que estaban viendo por analogía con las formas de la naturaleza, con los objetos usuales. No olvidemos que los trabajos de Von Leeuwenhoeck, padre de la microscopia y autodidacta completo, los dio a conocer Reiner de Graaf, al traducir al latín las cartas que su amigo —desconocedor de esa lengua— le enviaba en holandés.

El desconocimiento de la historia de la medicina es lo que hace difícil su enseñanza, pocos profesores saben por qué se llaman así las estructuras; los estudiantes empobrecen sus vocabularios y, en consecuencia, su capacidad para manipular conceptos. En este cambio dramático de referente cultural, cuya responsabilidad no es de la universidad, encontramos las preocupaciones expresadas desde 1707 por Lancisi, padre de la anatomopatología vascular y teórico de la enseñanza médica, quien hacía hincapié en el interés que el médico y sus pacientes debían tener para adquirir una extensa cultura general y científica antes de empezar sus estudios.

Los poderes del habla son descritos magníficamente por Isidoro de Sevilla en sus *Etimologías*, cuando dice que las palabras entrañan en sí mismas el ser de las cosas; el análisis de los vocablos proporciona la llave de las realidades correspondientes. Ahí están los fundamentos del pensamiento unificador del lenguaje que Henri de Mondeville,[8] cirujano de Philippe IV, muerto hacia 1320, había iniciado, al desdeñar los conceptos y discursos vacíos y vanidosos de los médicos, y privilegiar la sujeción del discurso a lo real.

Henri de Mondeville constituye un caso excepcional y merece especial atención, pues hizo estudios de medicina y dominó el arte de curar teórica y prácticamente. Su tratado,[9] por desgracia incompleto, incluye la medicina en

[8] M.C. Pouchelle, *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen Age*, Paris, Flammarion, 1983.

[9] Henri de Mondeville, *Chirurgie du Maître Henri de Mondeville*, Paris, Ed. Nicaise, 1893, LXXXII, p. 886.

general y la cirugía. Sin porvenir, esta tentativa de armonizar la actividad artesanal con un trabajo intelectual confirma la coexistencia del *corpus* médico y la cirugía; los médicos levantaron barreras protectoras frente a lo que consideraban una invasión de su territorio. Predomina la terminología posesiva relacionada con una mentalidad ávida de poder, más que de eficacia terapéutica.

Lanfranc de Milan[10] lamentaba ya, en el duodécimo siglo de nuestra era, el abandono de la práctica manual por la élite médica, lo que provocó una ruptura aún más importante cuando se hizo prestar juramento a los bachilleres de la universidad de medicina, hacia 1350, de no tocar los enfermos con la cirugía, lo que generó una telemedicina que describiremos posteriormente.

Así, coexistieron dos disciplinas más o menos cercanas pero nunca reunidas. El objetivo de Mondeville fue confederar la medicina y la cirugía por medio de cirujanos sabios, doctos y polivalentes, desplazar la frontera entre médicos y cirujanos, mezclar teoría y práctica y hacer converger a la profesión médica a una multitud de "cirujanos orgullosos e iletrados, estúpidos e ignorantes" que operaban sin ningún tipo de conocimiento anatómico o teórico. Pero Mondeville recibió una negativa por parte de la profesión médica que condensó aún más al *corpus* convectivo, y expulsó a los "heréticos", formando una corona radiactiva, en donde la cirugía volvió a encontrar a los barberos, odiados por los cirujanos, de acuerdo con una atemporalidad constante. El tiempo destruyó la totalidad de lo que Mondeville hubiera querido instituir: los barberos y cirujanos se reagruparon en una misma corporación e hicieron desaparecer a los cirujanos-doctos.

Desde esa época, la falta de conciencia de su historia hacía olvidar a los médicos que una tradición mucho más antigua a la de la escolástica, la de la medicina de la alta Edad Media, herencia de Galeno, consideraba al *medicus* como el que practicaba a la vez la medicina y la cirugía.

Con el paso de los años, los médicos se consideraron teóricos y desarrollaron especulaciones intelectuales en cuanto a los humores, aunque fuesen parte de la física, según Juan de Salisbury. Su entusiasmo por el raciocinio abstracto se volvió tan importante que llevó a la constitución de una élite médica, desdeñosa de la práctica y concentrada en el seno de la universidad, alrededor de un *corpus* encerrado en el habla. Esta práctica discursiva "escondida" en los libros guardados en las bibliotecas de las abadías, cuyo acceso era reservado a los clérigos doctos, generaba, a partir de un clero

[10] Lanfranc de Milan, *Practica magisni Lanfranci de Mediolano*, Venecia, 1546, ff. 207-261.

regular, una medicina que sigue existiendo de maneras diferentes, pero con el mismo arquetipo estructural. Esta fidelidad al dogma no cuadraba con la evolución paralela de las ideas, del negocio y el crecimiento de las ciudades.

Para reforzar las reglas canónicas, el concilio de Clermont, en 1130, prohibió a los monjes el estudio de la medicina con el fin de no desatenderlos del servicio de Dios y para no estimular la codicia y la avaricia. A pesar de estos interdictos, numerosas exenciones fueron otorgadas a los médicos del alma que se negaban a dejar de ser médicos del cuerpo. Por otro lado, la población prefería, en esta época y probablemente por el peso de la Iglesia, sus acciones a las de los técnicos no escolásticos. El ejercicio de la cirugía fue prohibido para los monjes unos treinta años después, con el argumento de que derramar sangre no era compatible con la vida eclesiástica.

La coexistencia dejó de existir, la cirugía salió del *corpus* para volver a los laicos. La medicina acabó de profesionalizarse y, acompañando este cambio de beneficios sustanciales, reforzó su poder por la creación de la universidad de medicina de París en 1213, con lo cual se abrió definitivamente el abismo sociológico y estructural que sigue separándola de los cirujanos, quienes crearon su propio gremio en la misma época.

Esta evolución no fue sincrónica para todos los países y escuelas: en Montpellier, por ejemplo, coexistieron medicina y cirugía por más tiempo y de forma más cercana que cualquier otra universidad, pero, en definitiva, la escisión se produjo. La cirugía volvió a ocupar su posición de tercera vía terapéutica después de la dietética y la medicación. El desbalance interno de los humores estaba por invadir el panorama médico confinándolo por mucho tiempo al *corpus*.

En el esquema presentado al inicio de este apartado (figura 1), podemos ver el que *corpus* existe en forma paralela a una estructura autónoma dejada voluntariamente sin nombre. Respecto a la cirugía, se observa bien el aislamiento de las dos estructuras, más aún durante el Renacimiento, cuando la Reforma, quebrantando la lectura oficial de las Sagradas Escrituras, dio la oportunidad a algunos hombres audaces de abrir el cuerpo humano con el fin de estudiarlo sin temer a la excomunión o la hoguera. Sin embargo, Michel Servet[11] fue quemado por herejía en 1555, después de publicar un folleto de cinco hojas donde, sin abrir ningún cuerpo, describía la circulación sanguínea muchos años antes que William Harvey.

[11] Michel Servet, *Christianismi restitutio*, 1553.

Las dos entidades descritas existieron al mismo tiempo sin jamás unirse, en guerra permanente a través de los años, con la misma constante dualista: teoría-medicina contra práctica-cirugía. Numerosas disputas son famosas: Ambroise Paré, cirujano, contra Gourmellin, médico, profesor de medicina en la universidad: "¿Cómo se atreve usted a enseñarme la cirugía, cuando ha pasado toda su vida hojeando los libros?". Años después, Guy Patin, médico de la misma universidad, preferirá "equivocarse con Galeno que tener razón con Harvey", lo que reflejaba la opinión de todas las universidades europeas. Es una decisión política la que permitirá la creación, en 1673, por Pierre Dionis de la primera enseñanza oficial de la cirugía, separada de la medicina. Dionis era miembro de la cofradía de Santo Cosmo, integrada por los barberos-cirujanos y creada por Francisco I en 1520; otro reconocimiento político sin reconocimiento médico del *corpus*.

Numerosas son las acciones técnicas que practican los cirujanos actuales a petición de los médicos con el fin de apoyar sus diagnósticos (biopsias, exéresis diversas) sin que ninguno de ellos se percate de estar perpetuando un antiguo rito. Sin embargo, son muchos los cirujanos que aceptan mal su relegación como ayudante de laboratorio, tomador de muestras. No hay cambio, el *corpus* da vueltas alrededor de sí mismo, a veces el satélite cirugía se acerca hasta tocarlo para alejarse o girar con él. Pero nunca fue integrado en el *corpus*. ¿Esto ha sucedido como intención consciente o no de la profesión médica? Ciertamente. ¿Por deseo de los cirujanos de rechazar esta integración? Evidentemente. ¿Por invariancia cultural atemporal? Sin duda alguna.

El advenimiento de nuevas técnicas endoscópicas está cambiando otra vez la situación, porque los médicos, intentando practicarlas e integrarlas en su ejercicio, buscan maneras de captar parte del crédito social del cual gozan los cirujanos. La radiología intervencionista, por ejemplo, embrolla los asuntos de los cardiólogos considerando que, si en la arteriografía realizada por el radiólogo se ve un coágulo, es su deber quitarlo o disolverlo. Sin embargo, el radiólogo argumenta que como fue capaz de implantar el catéter a este nivel, él mismo puede sacar o disolver el coágulo. En cierto modo, es normal que cada práctico integre esta nueva técnica dentro de su esquema diagnóstico-terapéutico. Es bastante fácil entender por qué los cirujanos ven con malos ojos esta incursión dentro de lo que consideran su dominio. No obstante, una conciencia de la historia de la medicina mostraría a todos que esta situación es la exacta réplica de la reacción que generó indirectamente Henri de Mondeville, pero en sentido opuesto.

¿Y el paciente? Hemos hablado de él muy poco. Las disputas de poder lo excluyeron totalmente. Sin embargo, el sentido común prevaleció e impuso al *corpus*, muchas veces a pesar suyo, tomar en cuenta los deseos de sus pacientes. Ya vimos cómo la cirugía poco a poco se ganó la confianza de los enfermos, cansados de los debates internos del *corpus* sin consecuencia concreta para sus afecciones. Olvidando que una relación entre médico y paciente es, ante todo, una relación humana, hecha de carne, de miradas, de palabras y escuchas; la medicina universitaria se separó de su objetivo y del paciente. Este último, cansado de la medicina y de sus técnicas inadecuadas (sangrías, purgas, etcétera), se volvió naturalmente hacia el cirujano que actuaba después de tocarlo, inspeccionarlo y examinarlo. Más que su resultado, a veces incierto, esta práctica alejó al enfermo de los médicos para acercarlo al cirujano. Viendo a los enfermos huir, y percibiendo el cambio de sus deseos, el *corpus* "aceptó" el acercamiento de la cirugía como un mal necesario, de la misma manera que nuestro cuerpo acepta coexistir con la flora bacteriana saprófita. Jamás hubo un acuerdo perfecto, jamás la medicina integró a la cirugía dentro de su *corpus*, aunque su enseñanza dentro de las facultades de medicina hubiera sido oficialmente reconocida en 1794, gracias a Antoine-François Fourcroy. Victoria de la mística de la razón sobre la del cuerpo de la élite.

El *corpus* actual, diferente al de los siglos XVI o XIX, pero funcionando según el mismo modo constante, está enfrentando fenómenos similares con la emergencia, sólo aparente, de las medicinas presentadas como alternativas. Los pacientes se acercan a estas medicinas, muy eficaces dentro de los límites de indicaciones precisas, y a veces mucho más que las terapéuticas de la medicina convencional, porque quienes practican estas acciones escuchan, examinan y toman en cuenta los quejidos de los enfermos —aun cuando es difícil objetivar—, mientras la medicina y la cirugía salidas hoy del *corpus* deshumanizaron y transformaron a los enfermos en datos estadísticos, casos clínicos y, claro, en objetos de valor.

Ciertas universidades han incluido la enseñanza de algunas de estas medicinas dentro de sus estudios sin creer realmente en ellas, y muchas veces han confiado la responsabilidad de estas enseñanzas a un miembro del *corpus* y no a un especialista. Así, la universidad rompe con la *Universitas* medieval. Con un poco de perspectiva, se puede apreciar que estas integraciones parciales obedecieron más a imperativos económicos, que a intentos reales para entender, analizar, mejorar, desarrollar y agregar una nueva técnica terapéutica al arsenal destinado al enfermo.

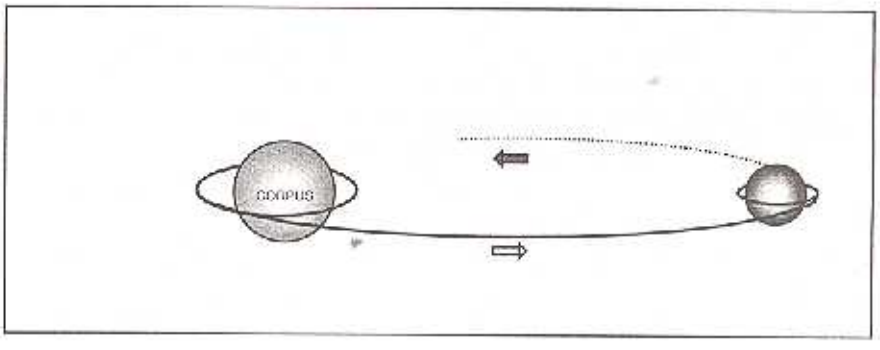
Nada cambia, sin duda, y los 15 000 millones de dólares gastados cada año en Estados Unidos por estas medicinas alternativas no aclaran la situación y la posición del *corpus*, que, de todas maneras, se resumirá en dos opciones constantes:

- Su integración más o menos completa, más o menos obligada, dentro del *corpus*, con la misma evolución histórica intermitente que la cirugía.
- Su expulsión del *corpus*, más o menos violenta, llegando hasta una prohibición legal, a veces injustificada, lo que es peor.

Veamos ahora con más detalle cómo estas dos actitudes ayudaron a constituir modos de funcionamiento constantes y escalas independientes del tiempo.

Gráfica 2

Radiación-exclusión



La historia de las mentalidades médicas está llena de esta constante, excluyendo y proyectando a la periferia, muy lejos del *corpus*, a algunos médicos. Sin embargo, con sus descubrimientos o teorías, algunos de ellos son reintegrados años después, y a veces hasta siglos. Esta reincorporación puede afectar tanto al médico como a sus descubrimientos.

Si analizamos estas pulsaciones —alternancia de sístoles y de diástoles— con ritmo secular, observamos que estos mecanismos inciden en la tendencia del *corpus* a densificarse, condensarse alrededor del dogma, y separarse del

mundo, negando ciertas realidades seculares y la desincronización de su propio ritmo con el de los transgresores. No es casual que el *corpus* se haya quedado con su estructura litúrgica y sagrada, autocondenándose. Ian Stewart lo ha dicho perfectamente: "Si no se ponen en duda las certidumbres, se vive con una fe, no con una ciencia".[12]

El drama de estos excluidos es haber fijado su mirada demasiado lejos: el límite de transgresión aceptado y socialmente tolerable representa un punto desde donde se pueda ver un poco más lejos, pero sin perder de vista la estructura de referencia. La regla consiste en relacionar siempre los trabajos innovadores o las teorías nuevas y sus aplicaciones con el *corpus*. Cualquiera que sea la época o la civilización, ser demasiado nuevo, moderno o joven, es generar la propia dinámica de su exclusión, y el *corpus* sabe muy bien arrojar a los "marginales" fuera de su mundo o quedar sordo a sus ideas. Numerosos son los ejemplos atemporales de estos pioneros expulsados, reconocidos tarde o póstumamente, cuyos trabajos fueron fagocitados por el *corpus* como si hubieran nacido de su propia carne, transubstanciación retrospectiva.

Citemos a Vésale, considerado como el padre de la anatomía moderna, que tuvo que abandonar la Universidad de Padua en 1543, frente al tole de la estricta obediencia profesoral, provocada por la publicación de su maravilloso *De humani corporis fabrica*. Perseguido sin tregua por los ataques incesantes de sus detractores, fue condenado a muerte por la Inquisición en 1561; murió ahogado al regresar de una peregrinación expiatoria. Pensemos en Averroes (1126–1198), acosado por los almohades, cuya doctrina será también condenada por la Universidad de París en 1240 y luego por el papa León X en 1513. Ni hablar de Alexis Carrel, quien emigró a Estados Unidos en 1904 y obtuvo el premio Nobel en 1912. Y Claude Bernard rechazado de la cátedra de medicina en 1844 y admitido en la Academia de las Ciencias diez años después. Cabe aún mencionar a Thomas Hodgkin, cuya descripción de la enfermedad llamada por su nombre pasó inadvertida en 1832, y que morirá treinta años más tarde, después de renunciar a la universidad a consecuencia de una cábala de envidiosos.

Hablemos del desprecio soberano por parte de la comunidad médica, cuando Barbara MacClintock, no médica, y además mujer, publicó su descubrimiento de los "genes saltadores" del maíz en 1940. Contrario al dogma mendeliano, este trabajo quedará, como su autora, desconocido y aislado

[12] Ian Stewart, *Does God play dice?*, Londres, Penguin Books, 1989.

hasta 1970, gracias al desarrollo de la biología molecular. Peyton Rous enfrentó el mismo escepticismo cuando publicó, antes de 1914, su descubrimiento de los virus inductores de cáncer. Nadie lo tomó en serio a pesar de la consistencia de sus argumentos. Reinició sus investigaciones en 1930 y recibió el premio Nobel en 1966.

En otro orden pero siempre con base en el esquema radiación-exclusión-integración ulterior, recordemos a Werner Forssmann, joven estudiante que desarrolló el cateterismo cardíaco: se introdujo un catéter hasta el interior del corazón por una vena del brazo y luego subió tres pisos con el fin de mostrar su descubrimiento a sus maestros. Tal vez demasiado joven, tenía veinticinco años, demasiado innovador frente a la incomprensión general y analizando los riesgos relacionados con su posible obstinación, Forssmann renunció y se volvió urólogo. En 1956, obtuvo el premio Nobel por sus trabajos vasculares de 1929, junto con William Richards y André Cournand. En este caso, el proceso de radiación-exclusión-integración se produjo en una especialidad del mismo *corpus*.

Todos estos ejemplos describen la permanencia de una constante de pensamiento de cara a nuevas teorías o soluciones para problemas considerados difíciles de resolver, a pesar de la solidez y seriedad de los resultados y las metodologías utilizadas. Algunos de estos casos fueron reintegrados dentro del *corpus*, más o menos rápido, con una voluntad más o menos afirmada, pero como si aquél los hubiese generado.

Sin embargo, nunca hubo una exclusión tan brutal, tan injusta y fuera de toda razón como la referida al descubrimiento de las reglas de la asepsia. Ignaz Semmelweis publicó su trabajo fundamental en 1847 generando los anatemas de la Universidad. Sólo sus dos maestros, Skoda y Hebre, lo defendieron; a pesar de su fama y pertenencia al *corpus* universitario, no pudieron evitar que Semmelweis fuese obligado a huir de Viena a Budapest. Catorce años después, publicó su obra *La etiología, la patología y la profilaxia de la fiebre puerperal*, aún más argumentado y metódico, pero esto no cambió nada. Al contrario, la polémica surgió más violenta que nunca y lo obligó a renunciar a sus funciones. Murió solo en 1865, abandonado, probablemente después de una picadura anatómica. Dos años después, Joseph Lister publicó su obra sobre la cirugía antiséptica, inspirado en los trabajos de Semmelweiz. A pesar del apoyo de Louis Pasteur y de algunos cirujanos, no obtuvo ninguna repercusión práctica. Ningún cirujano de los ejércitos implicados en el conflicto franco-prusiano de 1870 practicará la antisepsia. Hoy en día, nadie la puede poner en duda. Es sorprendente constatar que Lister es considerado

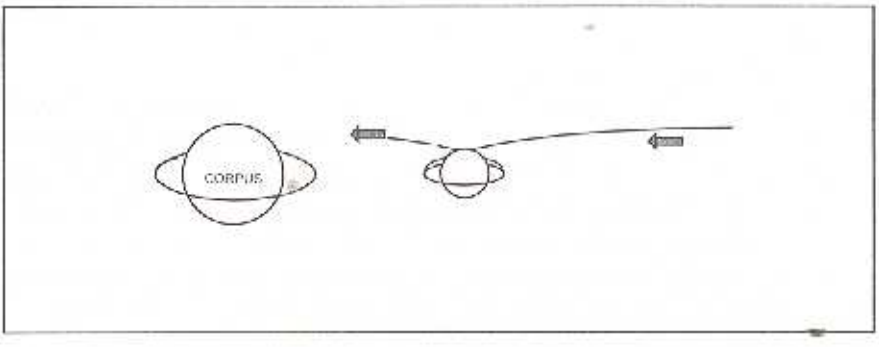
el padre de la cirugía antiséptica, mientras Semmelweiz es casi desconocido, excepto por los que leyeron la tesis de medicina de Louis Ferdinand Céline.[13]

En numerosos casos, la exclusión no se acompañó de la reintegración, incluso póstuma, de esos mártires de la mística del cuerpo de la medicina. Cabe mencionar, para concluir, a François Magendie, que creó la farmacología experimental después de renunciar como profesor de fisiología, cansado de los ataques permanentes de sus colegas que negaban su concepto de una enseñanza que excluyera toda forma de dogmatismo en beneficio de la observación. La universidad jamás lo reintegró aunque tuvo una brillante carrera como profesor en el *Collège de France*.

El esquema de radiación-exclusión persiste a través de los siglos, la constante también. Es casi imposible poder publicar en una revista profesional un artículo para describir una nueva teoría, argumentada, estructurada, coherente, innovadora, sin el apoyo de un miembro importante del *corpus*. Hay tantos riesgos de verse excluido si no se integra a él.

Gráfica 3

Atracción-integración



Esta tercera estructura constante y atemporal, globalmente representa el pedículo que permite al *corpus* médico darse la ilusión de ser una ciencia por la adopción de una de sus hijas naturales: la tecnología.

[13] Louis Ferdinand Celine, "La vie et l'oeuvre de Pierre Ignace Semmelweiss". Tesis de Doctorado en Medicina, París, 1924.

Numerosos avances de la medicina, presentados como propios, son en realidad adquisiciones nacidas en sectores con frecuencia muy alejados del *corpus*. Este último tiene una extraordinaria capacidad para adquirirlos, apropiárselos y desviarlos para sus propios beneficios. La revolución pasteuriana representa probablemente uno de estos casos más interesantes.

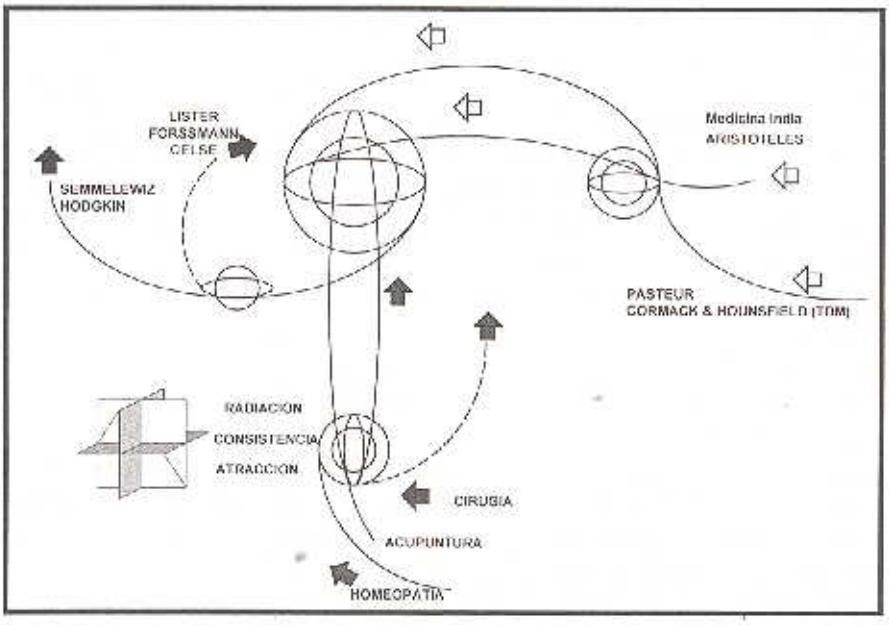
Decir que hubo una medicina antes de Pasteur y otra después no es exagerado. Cada médico venera su imagen como si este hombre excepcional hubiera sido miembro de la familia de los médicos. Pero ¿cuántos saben que realmente fue químico?, y que sus ideas y resultados experimentales necesitaron muchos años antes de ser aceptados por la profesión médica, después de ataques de las autoridades universitarias (disputa con Pouchet sobre la generación espontánea). Algunos de sus trabajos aún no son integrados, como los efectos diferentes de las moléculas quirales, imágenes idénticas en un espejo pero no superpuestas. El drama de muchos niños con los miembros deformados y atrofiados por la talidomida, medicina contra las náuseas ingerida por sus madres durante el embarazo, pudo ser evitado si la importancia terapéutica de sus trabajos sobre la esteroquímica hubiese sido entendida y asimilada por el *corpus*.

Se pueden deducir las mismas conclusiones de la mayoría de las técnicas de iconografía médica presentadas como avances de la medicina. Para hablar clara y llanamente, ¿qué deben estas técnicas a la medicina? Nada. La radiología convencional de rayos X es un producto de la física, así como el escaner combinado es un progreso de la informática. Las imágenes por resonancia magnética son avances de la física de las partículas, así como los nuevos sistemas de radiología que utilizan las cámaras de detección multihilos de Georges Charpack, premio Nobel de física 1992. La ultrasonografía se debe a la acústica y la física; la inmunología a la química, y la radioinmunología a la física de las partículas. El triplete del DNA y de los aminoácidos es un progreso de la química, mientras que la endoscopia, de la óptica. Los avances de la medicina griega estuvieron en gran medida relacionados con los de la filosofía, así como con la integración de la medicina de la India. Ambas medicinas, la griega y la hindú, aparecen construidas a partir de una constante de escala cultural, que constituye la marca, la guía atemporal de todo lo que resume el plan atemporal descrito en el esquema siguiente (gráfica 4).

La noción de empirismo ha sido usada por el *corpus* para denigrar ciertas observaciones o prácticas médicas. En primer lugar, en esas críticas se encuentran todos los datos acerca de las relaciones entre el ser humano, su fisiología y sus patologías. Sin embargo, donde el sentido común de nuestros propios padres o abuelos había identificado relaciones difusas, por cierto,

pero objetivables, la medicina ha contestado frecuentemente con desprecio en nombre de una realidad de los hechos que sus sistemas de análisis estadísticos y su metodología no tenían la oportunidad de revelar. No obstante, empiezan a individualizarse algunos nexos entre nuestro cuerpo y sus afecciones, el clima, las fases del día y la noche, la posición de los planetas, lo que ha hecho necesario un análisis de las relaciones entre medicina, tiempo cronológico y tiempo climático.

Gráfica 4



Hemos designado las estructuras a título indicativo, sin embargo, el lector tiene la libertad de llamar con otros nombres las estructuras de su elección; cabe mencionar que algunas disciplinas, como la acupuntura, o algunos apellidos pueden localizarse en la intersección de dos evoluciones posibles.

TIEMPO Y TIEMPOS

La enseñanza de la medicina en la universidad considera exclusivamente al hombre y sus patologías sin tomar en cuenta las interacciones que él genera o sufre debido al medio ambiente, lejano o cercano. Estas interferencias

fueron observadas desde el comienzo de los tiempos y aplicadas a la práctica de ciertas medicinas, a veces como rituales mágicos, incantaciones o súplicas. Pero estas medicinas no fueron las únicas en notar la resonancia que los organismos vivos, vegetales o animales, mantienen con el cosmos. Numerosas son las acciones efectuadas por el hombre pescador, agricultor o criador, integradas y sincronizadas armónicamente con los ritmos de la naturaleza, las fases de la Luna o los ciclos de lluvia. Desde siempre, el hombre ha observado las mareas, sus ciclos sincronizados con las fases de la Luna, la atracción del agua influida por el astro, y aun así, el *Homo medicus*, constituido por más de 80 % de agua, no considera que pueda sufrir las influencias a las que están sometidas todos los océanos. El sentido común popular no necesitó la absolución de la universidad para nominar a las personas lunáticas, y el campesino supo desde hace mucho tiempo cuándo debía evitarse cortar la rama del árbol para no hacer brotar su savia.

Esta conciencia del tiempo, de su influencia sobre la salud del hombre y sus comportamientos, de su principio regulador, inductor o atractivo alrededor de puntos sincronizadores, ha sido abandonada por el *corpus*, en nombre de un racionalismo cuya validez necesita más pruebas, y ha recibido como novedades sorprendentes los recientes descubrimientos o redescubrimientos de la cronobiología.

Los ciclos menstruales de la mujer, pulsaciones que ritman la regeneración por el nacimiento y presentan una periodicidad media a 28 días, cercana a la Luna, deben ser considerados constantes biológicas, inscritas en lo más profundo de nuestro cuerpo y alrededor de las cuales oscila la vida. El desarrollo de las estructuras sociales y el crecimiento demográfico multiplicaron el número de individuos que funcionan según el mismo metrónomo, diluyendo así la marca de esta sincronización.

Las relaciones entre el tiempo y la vida son actualmente mejor percibidas, aunque sean ajenas a la práctica y la enseñanza proporcionadas por el *corpus*. La epífisis representa al fin una estructura cuyo estudio y entendimiento hubieran debido contribuir a la integración del tiempo del pensamiento médico, porque la metodología y los medios de estudio utilizados para la exploración de sus funciones son precisamente los que usa la medicina. Desafortunadamente, no hay nada de eso.

Este órgano, brote cerebral protegido por la bóveda craneana, es un órgano "visual" presente en los peces, pájaros, anfibios y reptiles, pero que no continúa involucrado en la visión, al menos para los mamíferos. Conocido desde la antigüedad, numerosas funciones le fueron asignadas, hasta que

Descartes[14] la describió como el centro donde el alma ejerce su control sobre el cuerpo, y ajustan la circulación de los instintos animales que llegan a, o provienen del cerebro. El descubrimiento de Lerner de la melatonina[15] en 1959, hormona derivada de la serotonina, producida por esta glándula, fue capital para comprender el funcionamiento de la epífisis. Su síntesis cotidiana es rítmica: la luz y la oscuridad juegan alternativamente una función inhibidora o excitadora, directa para algunos peces, donde la glándula aflora a la superficie de un cráneo transparente, o indirecta por medio de conexiones complejas con el sistema visual.

Esta glándula proporciona al organismo una información temporal no sólo sobre la duración de la noche, sino también en cuanto al periodo del año. En numerosos animales una de esas consecuencias es el cambio de color de la piel, lo que les hace menos visibles para sus depredadores. Esta glándula es también un dosímetro de radiaciones, determina las duraciones de insolación e intervienen así en la conservación de la termorregulación corporal, en la iniciación, duración y término del estado letárgico y del proceso de hibernación. Más aún, su función se despliega como sincronizadora de la reproducción en relación con el ciclo anual del medio ambiente.

En el hombre, como en el animal, hemos identificado una ritmicidad de secreción endógena sincronizada con la duración y la intensidad de los periodos luz-penumbra, así como variaciones de sensibilidad a la intensidad luminosa en pacientes con psicosis maníaco-depresiva (secreción alta); por otro lado, conocemos bien el aumento de los casos de depresión en otoño (secreción baja).[16] El hombre presenta un desfase adelantado en su pico de secreción de melatonina entre invierno y verano, parecido a lo que acabamos de describir referido a los animales. Este oscilador "vibra" en forma diferente en el niño, el adulto y el anciano, así como entre el hombre y la mujer, según los periodos de ciclo menstrual. La única aplicación que la medicina parece haber encontrado para estos prodigiosos comportamientos radica en la rápida resincronización para mitigar las diferencias horarias transmeridianas (*jet-lag*), para lo cual se recomienda dormir con la luz encendida.

Nos es forzoso reconocer que la medicina ha integrado muy poco estas determinantes temporales en su práctica. La actividad circadiana del organismo, resultado de la acción sincrónica o el desfase de numerosos oscilado-

[14] René Descartes, *L'homme-Traité de la formation du foetus*, 1664.
[15] A. B. Lerner, *American of Journal Chemistry Society*, 80, 2587, 1958 y 81, 6084, 1959.
[16] S. Binkley, *The pineal: endocrin and non endocrin functions*, Prentice Hall, 1988.

res, donde la epífisis parece constituir uno de los sincronizadores, no es bien entendida e integrada en nuestra práctica. La permanencia de prescripciones de medicamentos en horarios regulares, cualquiera que sea la edad, el sexo o la condición física del paciente, es una prueba de ello. El ciclo de síntesis del cortisol humano es conocido desde hace mucho tiempo, sin embargo, ¿cuántos médicos saben que prescribir estas moléculas en la tarde es peligroso, porque puede bloquear, a veces definitivamente, la síntesis de corticosteroides endógenos y propiciar en el paciente una insuficiencia suprarrenal?[17]

Los cambios entre los horarios de verano e invierno, mal evaluados a pesar de los síndromes depresivos estacionales, también demuestran la atemporalidad física de la medicina. El ser humano cree poder forzar sus osciladores, cuya existencia siempre le es desconocida, porque el *Homo sapiens* piensa escaparse de sus coacciones biológicas. Forcemos el regulador epifisario que nos pone al tanto sobre la intensidad de las radiaciones solares por una exposición excesiva con motivos estéticos o sociales y nuestros futuros melánomas nos dirán, un poco tarde, los riesgos que hubiéramos podido evitar siguiendo las informaciones proporcionadas por nuestro cuerpo. Forcemos nuestro regulador vegetativo, este prodigioso sistema que detecta, integra y adapta nuestro organismo a los niveles de coacción y de amenazas que está sufriendo y no quedemos sorprendidos de padecer las consecuencias físicas de la activación injustificada o permanente de nuestro sistema de adaptación a las tensiones.

No es la tensión la que debemos curar, porque no hay vida sin estrés: avanzamos y existimos debido a las coacciones. Las enfermedades del estrés, incorrectamente llamadas así, pues son originadas por la inadaptación al estrés, demuestran cómo el hombre es incapaz de adaptarse a los cambios de su medio ambiente físico, cultural o social que él mismo generó. El uso de terapéuticas prospectivas, sin medicamentos, realmente adaptadas a las causas del fenómeno, tomando en cuenta la dinámica del proceso y sus relaciones con el tiempo, es la esperanza para todos, más que las máscaras farmacológicas retrospectivas que proporciona la medicina, ocultando las consecuencias de sus acciones.

Con todo, hay que decir que la medicina no es la única disciplina que no ha entendido las relaciones entre el tiempo y los ritmos evolutivos de los seres vivos.

[17] T. R. Harrisson, *Principles of internal medecine*, Nueva York, MacGraw Hill, 1988, pp. 1769-1772.

Ritmos, ciclos, frecuencias, sincronizaciones, desfases, ahí se perfila un tercer apartado en donde el tiempo juega consigo mismo, donde intervienen tiempos diferentes, historias que funcionan a escalas diversas; donde coexisten transcursos que llegan a su fin y procesos que nacen, donde la vida y sus patologías fluyen, turbulentas y dinámicas, y de las cuales la medicina parece singularmente ausente.

TIEMPO-DINÁMICA Y FLUJOS

Parece, entonces, que las relaciones sostenidas entre el tiempo y la medicina son marcadas por una sorprendente fijeza que contrasta con el extremo movimiento y la fluidez dinámica de la vida y los procesos biológicos. La introducción de la dinámica, de esta ciencia del desorden en la medicina, constituirá, por cierto, el primer evento tangible que permitirá que ésta transite a una verdadera era científica con el apoyo de una potente estructura teórica, adaptada a las realidades cambiantes, que evoluciona sin cesar, y cuyas patologías y padecimientos de los enfermos sólo son un elemento. Para poder hacer esto, para hacerse por fin ciencia, la medicina deberá cortar sus vínculos con el pasado y aniquilar el orden rígido atemporal, pilar de su existencia.

Inconscientemente, el médico enfrenta un escollo fundamental de su práctica cotidiana, representado por la ausencia de estimación de la dinámica del proceso patológico. Encargarse de un paciente es como subir a un tren en marcha. Los parámetros biológicos, clínicos, bioquímicos e iconográficos que manejamos en un momento dado, sólo representan instantes de un estado clínico determinado, cuando se efectúan ciertos exámenes. Por así decirlo, representan la velocidad del proceso. Desafortunadamente, este mismo proceso tiene su dinámica interna con sus fases de aceleración y desaceleración, que vuelven obsoletos los resultados antes obtenidos.

En efecto, el tiempo necesario para hacer estas pruebas y transmitir sus resultados hace que no representen al médico la situación real al momento de su lectura, sino como era cuando fueron tomadas las muestras. De entrada se genera una ruptura entre la dinámica de la enfermedad y la terapéutica instituida para frenarla o controlarla. Cada intervalo de tiempo amplifica el desfase entre las necesidades terapéuticas del momento y la actitud implantada, lo que contribuye a desincronizar rápidamente el tratamiento y volverlo a veces peligroso. No se considera la cronobiología, es decir, los ritmos de los

pacientes, los ciclos de funcionamiento de sus órganos y los horarios de toma de los medicamentos.

La ausencia de integración de estos tiempos diferentes, aplicados a estructuras diversas, interactuando entre ellas, amplifica una cascada de reacciones organizadas alrededor de un polo *atractor*, que obedece a fuerzas complejas y orienta invariablemente estos sistemas complejos a zonas de equilibrio más o menos estable. En definitiva, la resistencia de los pacientes representa una manifestación de fenómenos autoorganizados que se producen en torno al equilibrio.

Ningún proceso natural se traduce por una disminución espontánea de su entropía. Debemos aceptar el hecho de que no existen procedimientos terapéuticos que generen una curación, en el sentido de recuperación de un estado de salud anterior. Tal vez creando perturbaciones controladas o no, conscientes o no, iatrogénicas o no, gracias a la implantación de técnicas terapéuticas, el médico ayude a generar una autoorganización de carácter más o menos estable dentro del proceso dinámico del paciente, pero muy alejada de lo que consideramos, no sin razón, el equilibrio que acepta el sentido común y una cierta tradición "científica" de salud. *En consecuencia, aceptar este hecho es aceptar la idea de que la medicina jamás cura. Estabiliza, desplaza, reorganiza, resincroniza, a pesar suyo, o perturba, pero de ninguna manera cura, en el sentido de que jamás restablece una situación previa, lo que es imposible, dado el proceso dinámico y de evolución perpetua.*

La aceleración del proceso patológico, su dinámica intrínseca, es más evidente si se considera a un paciente que excepcionalmente va a consulta desde que aparece el primer síntoma, que ya presenta un desfase temporal con el inicio real de la patología que motiva la consulta médica. Además, excepto las patologías traumáticas con un inicio brutal y una cinética veloz, cuya afección es casi simultánea a la primera consulta, es evidente que tenemos síntomas poco explícitos cuando el lapso entre el inicio de la enfermedad y la primera consulta es muy corto. En este caso, lo adecuado sería esperar más, debido a los pocos síntomas clínicos, y observar lo que concurre al incrementar el desfase entre la dinámica del proceso patológico y la institución de la terapéutica adecuada. Es evidente que debemos volver a considerar los procesos patológicos y los procedimientos terapéuticos relacionados en términos dinámicos, entre ellos el parámetro tiempo y el corolario cinético en el mecanismo de aprehensión y de entendimiento del paciente y su patología.

El binomio enfermedad-paciente funciona en desfase con múltiples intervalos de fase, donde el proceso aparece como una onda. Sin embargo,

cuando estudiamos muy cerca la forma general de este proceso, podemos identificar numerosas "armonías fundamentales" sobrepuestas dentro de esta "función de onda". Cada una de ellas representa un aspecto específico de los diferentes efectos implicados en el proceso de curación. Parece que la medicina mesopotámica había integrado este dato, porque en el análisis cronológico de la enfermedad sobresalía su topografía y ontología. Desafortunadamente esto se perdió.

La armonía relacionada con la patología involucrada presenta sus propias características según sea una afección viral, bacteriana, parasitológica, aterosclerótica, endocriniana u otra. Podemos mencionar, entre muchas otras, su velocidad de evolución, duración de incubación, aceleración intrínseca de su instalación y del desarrollo del proceso patológico manifiesto por cambio de frecuencia, el aumento —amplitud— de los síntomas según el tiempo, etcétera.

La armonía relacionada con el paciente, con su modo de percibir la enfermedad, con su tipo de personalidad —que determina el intervalo de tiempo, separando la percepción propia que tiene de la presencia de una afección, orgánica o no—, la evolución de esta percepción en el transcurso del tiempo según los resultados positivos o negativos de las terapéuticas instituidas, representan algunos factores inherentes a cada paciente según su personalidad, su cultura, su propia historia personal y social. Se deben también tomar en cuenta los cambios de esta misma personalidad y sus sistemas de percepción en el transcurso del proceso patológico y de las respuestas a los tratamientos instituidos por la profesión médica. Además, la armonía relacionada con el enfermo se integra a la velocidad de modificación de esta percepción.

Paradójicamente, dentro de la psiquiatría se desarrolla una conciencia real de la dinámica del proceso patológico y de su fluidez. Es, entonces, dentro de esta especialidad que la profesión médica considera como la menos "científica" que se encuentran los fermentos de esta revolución necesaria, solicitada inconscientemente por los pacientes y rechazada, de la misma forma inconsciente, por los médicos. Desde sus orígenes, la psiquiatría ha tenido problemas para caracterizar y clasificar los trastornos mentales, por lo que nadie sabe realmente lo que es la salud y menos la mental. Estamos volviendo a las fuentes de nuestra reflexión en cuanto a los límites de las transgresiones culturalmente toleradas.

Desde la creación del mundo descrita en la Biblia, se evoca el primer desorden biológico que precede la aparición de la vida y de toda organización. Sobre esta confusión se trasplantó el orden, forma de principio creador,

bastante impreciso, representando a la vez la vida, el soplo y el espíritu, y juntándose con las antiguas tradiciones védicas sobre los vientos y los soplos orgánicos descritas en la tradición de Atreya[18] y encontradas en el tratado *De los vientos* de la colección hipocrática, el cual presenta una explicación general del universo y de las enfermedades.

Así, de entrada, la creación consiste en poner orden al desorden. La vida, es decir, la progresión en el tiempo, permite escapar a la fijeza del orden de la creación y genera un equilibrio estable, que fluctúa a merced de las turbulencias de la existencia. Turbulencias, orden, desorden, flujos, movimientos, dinámica, todo está dicho.

Podemos describir la salud, en particular la mental, como "la capacidad para llegar hasta un equilibrio dinámico, integrando el desorden venido del exterior, y permitiendo al mismo tiempo la conservación de una organización biológica y afectiva original y personal".[19] Una personalidad "ordenada" permitirá la conservación de una identidad en torno a un punto de equilibrio dinámico. El orden operativo, en el sentido biológico, es un orden en marcha.

Esta noción varía según el referente considerado: un escritorio atestado de hojas, libros y cartas puede parecer totalmente en desorden para un visitante, mientras que su propietario encontrará sin problema el documento buscado. Al contrario, el orden obsesional de una neurosis compulsiva expresa sólo una fijación, una visión yerta de la abundancia de la vida, difícilmente compatible con la fluidez permanente del mundo de los hombres y las ideas. Desde el punto de vista físico, el desorden está emparentado con la entropía que, mientras crece, disminuye la calidad de la información, lo que hoy sucede con la red internet.

Algunos psiquiatras consideran el inconsciente como un proceso autoorganizador dualista que genera una organización almacenando información. Con este punto de vista, el deseo inconsciente es considerado un fenómeno primo que caracteriza nuestra organización funcional y estructural.[20] Entendemos por deseo inconsciente una suma de mecanismos por los cuales reaccionamos a los estímulos aleatorios. Según esta visión extremadamente dinámica de los procesos mentales, el aprendizaje también es una adquisición de orden y organización. Adquiriendo las informaciones que él ordena, el

[18] J. Filliozat, *La doctrine classique de la médecine indienne*, Paris, Maisonneuve, 1949.

[19] M. Lejoyeux *et al.*, "A spin label study of the membrane effect of various psychoactive drugs in human erythrocytes", *Life Sciences*, vol. 52, 1993, pp. 7-11.

[20] M. Petit y N. Petit, "A la recherche d'attracteurs étrangers dans les maladies mentales", *Ann. Med. Psychol*, 151, 10, 1993, pp. 701-705.

individuo disminuye su entropía y pierde así una parte de su maleabilidad y adaptabilidad, pasando de ésta a la adaptación.

Aquí encontramos de nuevo, a un nivel diferente, pero según la misma constante atemporal, la forma de autoorganización del *corpus*, que genera en su seno segmentaciones rígidas que separan las especialidades como otras tantas células de convección suprimen la apertura al exterior y aniquilan todo funcionamiento cognitivo. Que un cierto orden facilite la vida cotidiana es una evidencia, porque una situación de desorden permanente no es viable. Lo que paraliza el *corpus* no es su orden interno, porque no es obsesional como tal, es el hecho de que éste no sea funcional. Es la afición patológica del orden la que generó las ceremonias ritualizadas, los arreglos jerarquizados y una sobreprotección incompatible con la fluidez del mundo.

El consenso del que tanto se precia la medicina es tal vez uno de los peores avatares de su larga existencia. Maurice Barrès lo definió muy bien: "Debemos mantenernos muy reacios en cuanto a la búsqueda absoluta de un consenso, porque no hay nada tan malo como una aprobación unánime en cuanto a las cuestiones esenciales, es prohibir los mejoramientos, es arruinar el porvenir". Por lo tanto, negando totalmente el polimorfismo de la vida, definiendo metodologías diagnósticas o terapéuticas estandarizadas, desarrolladas no por la búsqueda del interés del paciente, sino para obedecer a puros criterios económicos, la medicina llegó a este resultado que paraliza su propia vida.

Las relaciones del tiempo dinámico en la medicina son muy pertinentes, aún más en el campo de la psicofarmacología por la estimulación y orientación de las investigaciones que permiten el desarrollo de conceptos de la biología teórica aplicables a la farmacología y a la clínica. Debemos considerar que los modelos etiopatogénicos de hoy en día son reductores. Nacidos de la ciencia del siglo XIX que utilizan como referente, son establecidos a partir de un determinismo lineal. La psiquiatría siempre ha tenido reparos frente a los modelos y los pocos sistemas explicativos sistematizados que está utilizando, en particular para la enfermedad de Parkinson y la esquizofrenia aparecieron importantes diferencias entre la realidad y sus predicciones.

Los principales límites de estos modelos están contenidos, más o menos directamente, en sus relaciones con el tiempo, porque atañen a la linealidad y a la reversibilidad. En un esfuerzo por hacer coincidirlos más escrupulosamente con la realidad, lo que no es el objetivo de un modelo teórico, se deben introducir nuevos parámetros, nuevos datos, desorden. En pocas palabras, nos alejamos de la linealidad supuesta por la dinámica del sistema. Ahora bien, los sistemas biológicos son sistemas abiertos incapaces de suscribir

integralmente las teorías termodinámicas que debemos sobrepasar. Salvando este límite, perdemos, en gran parte, la idea de reversibilidad y predicción; entramos en un ámbito desconocido del cual el *corpus* siempre se alejó.

La integración de la dinámica, del flujo y del tiempo a la práctica médica, muda a la medicina de un mundo donde reina la certidumbre a otro desconocido, regido por un principio de incertidumbre. Sin embargo, esta incertidumbre no necesita modelos complicados para generar complejidad. Su finalidad no es decir lo que va a ocurrir o hasta qué situación reversible se orientará la enfermedad, sino determinar lo que no puede ocurrir o hasta qué situación el paciente no va evolucionar. Es un cambio radical en nuestra forma de pensamiento médico y pocos pueden aceptarlo, no sólo los médicos.

Una afección en medicina es la consecuencia de múltiples factores, algunos desconocidos, cuya sincronización genera la enfermedad. La sutil variación de uno de estos parámetros o la aparición, aparentemente anodina, de otro elemento, pueden desatar el proceso patológico, sea por estimulación, por generación de un orden u otros mecanismos. Aún no lo sabemos y por eso podemos describir sintomatologías en forma consistente, pero fluctuante y no reproducible. Esta no reproducibilidad torna obsoletos todos los debates sobre la ciencia médica, pues así la medicina escapa a todo protocolo experimental sin tener una visión reduccionista, eligiendo con toda conciencia la restricción de los límites del estudio. Desafortunadamente, no se pueden generalizar los resultados de estos tipos de investigaciones demasiado restrictivas.

No podemos seguir asimilando la salud a un estado de equilibrio ordenado y unívoco, donde las fluctuaciones o las desviaciones van a regresar necesariamente en nombre de la homeostasis. Al contrario, podemos caracterizar un sistema vivo así: "Son regímenes bifurcantes donde los posibles se actualizan, coexisten e interfieren, donde ninguna estabilidad confirma la pertinencia de una descripción microscópica. El sistema es al mismo tiempo todo lo que puede ser".[21] La toma de conciencia de la dinámica de los procesos del vivo y de la patología invalidó la ecuación salud=orden, desorden=enfermedad.

Por el contrario, podemos invertir el modo de pensamiento y demostrar que la salud está relacionada con un estado de desorden que, cuando se organiza en orden, se paraliza y vuelve el organismo o la función poco adaptables a los cambios del medio ambiente, lo que genera la enfermedad.

[21] I. Prigogine y I. Stengers, *Entre le temps et l'éternité*, París, Champs Flammarion, 1992, p. 35.

Sin negar la existencia de casos sencillos donde es legítimo considerar el funcionamiento como globalmente lineal, es claro que las investigaciones y la reflexión deben desarrollar exploraciones y modelizaciones de los estados estacionarios cercanos al equilibrio. Trabajos recientes de un pequeño grupo de investigadores, médicos y cirujanos,[22] referidos a este aspecto de la dinámica de los procesos biológicos, demostraron que, al contrario de lo que enseñamos y practicamos, con el objetivo de reducir los niveles de desorden por medio de nuestros tratamientos, es la frondosidad de las actividades biológicas la que representa la situación más propicia para que las patologías no se desarrollen. En biología el equilibrio es la muerte.

La actividad cerebral refleja una notable plasticidad funcional, los picos de su actividad saltan por todos lados, aparentemente desorganizados pero profundamente estructurados. Frente a la casi infinidad de las estimulaciones proporcionadas por el medio ambiente y su impredecible ocurrencia, el reflejo de una actividad permanente es una necesidad adaptativa. Por supuesto, una actividad desorganizada desvía el cerebro de su objeto, pero, al contrario, una sincronización excesiva es también perjudicial porque no permite una respuesta permanente, sino una alternancia de fases de respuestas y de periodos de no detección según las fluctuaciones rítmicas hipersincronizadas. El cerebro pierde así su conexión con lo real. Volver a leer los trazos en el electroencefalograma permitió la visualización de estructuras dinámicas dentro del funcionamiento cerebral, los *atractores* extraños. La dimensión de éstos disminuye con las patologías y el sueño, lo que traduce una reducción de la plasticidad cerebral y los grados de libertad de la dinámica cerebral.

Los trazos electrocardiográficos también son analizados con el mismo tipo de visión y dejan ver estructuras emparentadas, torsiones en un espacio multidimensional.[23] El interés mayor de estos trazos y de su conocimiento es doble: nos permiten evaluar la dinámica real del ritmo cardíaco y también saber si un paciente presentará o no el riesgo de un paro. No podemos decir cuándo ocurrirá, pero sí que ocurrirá, y esto es un avance considerable. Lo que sabemos es que la aparición del riesgo coincide con el arreglo ordenado de la actividad cardíaca dinámica. Su contenido informativo, su capacidad de

[22] Xavier Bruneau, "Interêt de la mise en place d'un système universel de codification anatomique informatisé. Implications pratiques et théoriques au niveau de la morphogénèse et des structures anatomiques. Le corps humain, l'embryogenèse et les pathologies sont des structures non linéaires". Tesis de Doctorado en Medicina, París, 1990.

[23] Léon Glass y M. Mackay, "Oscillations and chaos in physiological control systems". *Science*, núm. 197, 1977, p. 287.

adaptación disminuye cuando su espectro de actividad se restringe. En medicina, funcionar según el principio de incertidumbre nos hace decir: "No sé lo que va a ocurrir, pero estoy seguro de lo que no va a producirse".

La integración del tiempo en cuanto a la dinámica de los procesos del individuo vivo, representa una verdadera revolución conceptual que la medicina no podrá evitar. Los métodos que enseñamos —probablemente por muchos años más— son lineales y reduccionistas, adaptados a una suma de procesos dinámicos e inestables, fluctuando a varias escalas. Los psiquiatras ya hablan de algunos medicamentos como agentes probifurcantes, que generan una ruptura del orden patológico preexistente hasta un nuevo nivel de orden, más durable, que modifica la dimensión del atractor cerebral considerado. El tiempo y la dinámica son el centro del esquema clínico y terapéutico, alejado a años luz de las frías y estériles investigaciones de los marcadores biológicos aislados.

Hoy en día es imposible representarse el mundo y más aún al hombre como una estructura estática. La vida extrae el orden del océano del desorden. Sólo una visión ingenua puede calificar ahora nuestra relación con la patología como una relación sin dinámica. Con todo, la medicina piensa así y usa modelos estereotipados que justifican su validez por su propia existencia: inductivismo ingenuo que no puede abandonar debido a la ausencia de una teoría que fundamente los nuevos cimientos de pensamiento. Percibido inconscientemente por los pacientes, sospechado por los médicos, el cambio de paradigma se vuelve indispensable, siempre tomando conciencia de nuestra relación con el tiempo.

TIEMPO Y PARADIGMA HISTÓRICO

Lo antes descrito, referido a las complejas relaciones entre el tiempo y la medicina, causa la impresión de que existe un tiempo suspendido mientras el mundo, arrastrado por fuerzas centrífugas que ningún dogma puede domar, vuelve a ser una caótica torre de Babel. En este sentido, se revela la necesidad de tomar conciencia de los niveles donde la relación de los médicos con el tiempo médico está ausente o no es percibida. La dinámica no lineal de los procesos biológicos contiene el germen de las desesperanzas futuras de los hombres ávidos de certidumbres. Nuestro transcurso dinámico empieza a un tiempo preciso en el momento en que nacemos. Para ser justos, nuestra existencia empezó nueve meses antes y estuvo sometida a las incertidumbres de un cuerpo receptor sobre el cual ejercimos un control indirecto relativo,

excepto cuando desencadenamos nuestro propio alumbramiento. El instante de la concepción biológica, fusión aleatoria, está sometido a las influencias de una multitud ambiental impresionante (parámetros físicos y químicos, posición de la Luna, intensidad de la radiación cósmica, etcétera) que no se puede cuantificar, aunque la fecha y la hora precisa fuesen conocidas.

Las patologías que desarrollaremos durante nuestra vida —ya sean escritas dentro de nuestro patrimonio genético, ya sea que se manifiesten libremente o aleatoriamente, por la acción de un inductor o un represor, ya sean el resultado de la conjunción sincrónica de múltiples factores— evolucionaron con su propia dinámica intrínseca. Acercarse a la comprensión de todo con el fin de entenderlo y controlarlo, necesitará la conjunción máxima de elementos. Sin embargo, nunca tendremos la oportunidad de acercarnos totalmente a las condiciones iniciales que definen a cada ser humano. Esta sensibilidad a las condiciones iniciales que definen los sistemas no lineales, hace que —tal Sísifo moderno— sólo nos aproximemos a una realidad clínica que jamás controlaremos plenamente, aunque sí tendremos un mejor entendimiento de su dinámica para actuar con ella.

La idea de nunca haber tenido completo ascendiente sobre la enfermedad es la antítesis absoluta de toda la historia de la medicina, que busca el control, el dominio y el poder sobre la enfermedad, en nombre de la razón y la ciencia. A pesar de ello, esta medicina erizada de certidumbres está fundada sobre un contrasentido histórico que evoca a Descartes, sacraliza la razón y rompe con una parte de la escolástica. La verdadera revolución cartesiana no es científica sino en su modo de expresión de los resultados que desacreditan su génesis.

> El inventa así un nuevo tipo de sabio, quien, pudiendo ser ignorante de la historia de su ciencia, puede practicarla como un juego lógico cuyas piezas están producidas por la naturaleza, arregladas por la razón. Este nuevo hombre vuelto más arrogante e ignorante que sabio, esclavo de su práctica hasta poner su nombre, es el científico.[24]

Y de allí surge el drama que siempre vivimos. Del círculo mágico de la ciencia trazado por Descartes son definitivamente excluidos el mundo y la historia. La medicina, esperando con desesperación adquirir el estatuto tan deseado de ciencia, no podía dejar escapar la oportunidad.

[24] Michel Serres, *Eléments d'Histoire des Sciences*, París, Bordas, 1994.

La pérdida de una cierta relación con el tiempo, vuelto monodrómico, con el cristianismo judeo-griego que impuso el tiempo lineal de la historia santa, se acompañó de un frenesí de colecciones, de nomenclaturas y clasificaciones, dedicadas a acumular hechos con los cuales se intentaron construir teorías. Pero la historia de las ciencias muestra que la teoría siempre precedió los hechos. La medicina se engaña cuando presenta a los enfermos como adquisiciones de la ciencia médica, aunque éstos sólo representen una simple acumulación de datos obtenidos por medio de nuevos instrumentos técnicos proporcionados por la química y la física. El estancamiento de la genética actual ahí está para demostrarlo. No hay una semana sin efecto de noticia en cuanto al descubrimiento o identificación del gene de tal o cual enfermedad, sin la concomitante revelación por medio de secretos en voz alta. Pero ¿dónde están los adelantos?, ¿dónde están los mejoramientos terapéuticos para los enfermos?, ¿dónde están los nuevos tratamientos? En ninguna parte, porque todos estos datos son informaciones vacías sin estructura teórica subyacente.

El paradigma subyacente del gene omnipotente queda sin cambios, estático, insuficiente, alcanzando los límites de su propio sistema explicativo, el cual funcionó bastante bien hasta ahora. No obstante, no explica todo, ni siquiera las informaciones proporcionadas por la tecnología de laboratorio. El DNA sigue sin ser concebido como un cristal aperiódico por los genetistas ortodoxos, quienes acumulan hechos como se hizo con los especímenes monstruosos para los gabinetes de anatomía: por gusto, por desafío, por hazaña, por fatuidad. Una teoría de la dinámica del gene aún no existe, o por lo menos no ha sido admitida. La integración del tiempo y la dinámica dentro de la medicina es posible y simplemente resulta en el hecho de que no se necesitan nuevos datos para trabajar, sólo se deben leer los que ya se tienen, pero de manera diferente, con ojos nuevos. Asistimos al fin del paradigma de una disciplina que esconde su ausencia de conceptos con la acumulación de datos desprovistos de sentido, vacíos de contenido y sustancia, como una ciencia "aglutinante".

En las ciencias la acumulación de conocimiento es demostrable y experimental, de otro modo se trata de creencias. En nuestros días creemos en la historia extrapolando lo que hacen las ciencias, porque existe una historia de éstas: ¿cómo la medicina puede creer en ella si no cuenta con una historia, excepto la escrita por ella misma? ¿Cómo hablar de historia de la enfermedad, si la medicina desconoce la conciencia del tiempo y de su propia historia? La medicina pensó proteger su estatuto social abordando al vuelo el tren de la ciencia, que garantiza con sus resultados, abundantemente deformados,

amplificados, magnificados o contrahechos, que hay progreso. El *corpus* médico adoptó este plan con delectación sin cambiarlo con el paso de los siglos. Dios, muerto, resucitó, la ciencia avanza y esto fundamenta la creencia en la evolución general del espíritu. Pero lo que caracteriza a una ciencia es su avance permanente.[25] Caída en sus propias redes, la medicina no puede dejar de hacer creer que avanza excluyendo a todos aquellos, médicos o no, que tratarán de matizar sus afirmaciones, reforzadas por la acción perversa y retrospectiva de la estadística que permite la construcción, con anticipación y por la selección de criterios adecuados, de programas de investigación cuyos resultados son conocidos antes que se concluyan los estudios. Heidegger lo dijo muy bien: "*Die Wissenchaft denkt nicht*":[26] la ciencia no piensa y además no es su objetivo. Fiel a sus elecciones, la medicina dejó de pensar, excepto por medio de sus propios defensores: los de la ortodoxia. Como a la Iglesia que excluía a los herejes, a la medicina "científica" no le gustan los cismas. Excluye, descarta, borra o ignora a los sediciosos, se aleja de la cama de los enfermos e involuciona sobre su propio pensamiento: siglo contra regla, sufrimiento contra poder, duda contra dogma.

El alejamiento de la cama del enfermo ya era una práctica común durante la Edad Media, los médicos no se rebajaron a tocar las llagas y las heridas, las dejaron a los cirujanos y los barberos. Esta pulsación que aleja al médico de la cama del paciente y luego lo acerca de nuevo, es una constante de la historia de la medicina. Thomas Sydenham (1624-1689) restableció la primacía de la clínica en una época marcada por una concepción teórica de la medicina inglesa , que otra vez llevó al médico hasta la cama del enfermo. Hermann Boerhavve (1668-1738) forma a los médicos en la cama del enfermo y controla retrospectivamente por autopsias todos los fallecimientos, lo que da fama a la Universidad de Leyden. Como buen protestante, no obedecía a la Iglesia romana, que dictaba curar por medio de reliquias de santos, como en la Edad Media.[27] Los pacientes agradecían con el ex voto, ofrendas de estatuas o donación de su propia persona al santo. Esta estructura de pensamiento es bastante análoga a las campañas actuales de apoyo a las ligas de investigación contra el cáncer u otras causas, cuyas sumas recaudadas son entregadas a "iglesias de medicina", con atribuciones abstractas y mal definidas. Siempre estamos en el *pattern* de la búsqueda del milagro, o de la curación por medio

[25] Thomas Kuhn, The Structure of Scientific Revolutions, Champs Flammarion, University of Chicago, 1970.

[26] Martin Heidegger, *Qu'appelle t-on penser?*, París, PUF, 1929 (Collection Quadrige).

[27] P. A. Sigal, *L'homme et le miracle dans la France médiévale XI-XIIème siècle*, París, Le Cerf, 1985.

de rituales organizados. Existe incluso una literatura medieval que alaba los méritos de tal santo o santuario y describe los milagros conseguidos, gran anticipación de nuestros modernos folletos en donde un enfermo describe cómo un hospital se hizo cargo de su afección.

Al estudiar la historia de la medicina podemos constatar que en cierto modo ya no sirve como religión. La telemedicina se hace moda y se presenta como un avance. Por cierto, sacar provecho de la opinión de los mejores especialistas mundiales en tiempo real, sin desplazar al paciente, representa una forma de avance. Los transportes no justificados, provenientes de esta nueva técnica, permitirán ahorros sustanciales para los sistemas de salud, sin exponer al precario enfermo a los riesgos de un transporte a veces inútil y peligroso. Se demostró que, en una ciudad como París, con sólo las indicaciones neuroquirúgicas, un sistema de este tipo permitirá ahorrar más de un millón de dólares anuales.[28] Sin embargo, nada se implantó, las unidades médicas prefirieron conservar el privilegio del enfermo que dar al paciente la extrema calidad del diagnóstico nacido del diálogo, sin el temor de parecer ignorante.

La práctica cotidiana de la medicina de hoy es telemática: desviste cada vez menos, casi no palpa, no escucha, no mira más. Prescribe exámenes complementarios, muestras de sangre, pruebas, radiografías, escaner, imágenes por resonancia magnética, ultrasonografías y otras técnicas. En seguida, establece su diagnóstico e instituye el tratamiento después de leer e interpretar los resultados, luego de debates escolásticos entre especialistas durante interminables consistorios a los cuales asiste toda la unidad médica, ritualmente, sin captar todas las sutilezas de estas *disputatios* de alto rango. A esta misa mayor sólo falta el paciente, el cual no es invitado a estos ejercicios orales donde participa el maestro que dirige al bachiller —el interno— que presenta y a los estudiantes que contestan. Parafraseando a Emile Mâle,[29] podemos decir, sin extremar, que la medicina está y queda en una mística, una simbología y una escritura. La cirugía ha mantenido su especificidad y sus distancias con la medicina, aunque la realidad virtual o la telecirugía parezcan amenazar una relación con el enfermo básicamente.

[28] Sylvie Normand-Bruneau, "Eléments pour une nouvelle stratégie de gestion des transports inter-hospitaliers dans le cadre de la grande garde de Neurochirurgie". Tesis de Doctorado en Medicina, París, mayo, 1992.

[29] Emile Mâle, *L'art religieux du XIII ème siècle en France*, París, 1948, p. 21 (Livre de poche, Essais, 4076).

La marcada tendencia a la esquematización de los científicos desvirtúa la historia de las ciencias y esconde los desvíos y estancamientos en la construcción del conocimiento, inventando un camino real que hace creer que se tienen buenos resultados, aunque esto sea falso. En medicina, como en toda disciplina, han habido falsas pistas y contrasentidos cuyas consecuencias han sido funestas. Numerosos han sido los avances cualitativos logrados lejos de cualquier programa de investigación definido. El descubrimiento de la penicilina fue una casualidad perfectamente utilizada por Alexander Flemming; la percusión fue resultado de una observación anodina de Leopold Auenbrugger,[30] ignorada en el momento de su publicación en 1761, cuando vio a su padre pegar con un martillo en los toneles de vino para verificar su nivel. Thomas Addisson descubrió fortuitamente la insuficiencia suprarrenal cuando estudiaba una anemia. Por el contrario, hoy sabemos que los 21 tejidos descritos por Marie François Bichat,[31] en 1800, no existían en realidad. Christian Eijkman, que descubrió la vitamina B1, se equivocó al interpretar sus resultados, publicados en 1890. La atención cuidadosa tampoco asegura resultados científicos, como lo demuestra el caso de Denis Burkitt, quien en 1957 identificará un linfoma muy extendido en Africa, al escuchar incidentalmente una observación. La destrucción progresiva del contexto histórico constituye la marca de la escritura científica, por eso podemos considerar a la medicina como una ciencia. Hoy tenemos un arsenal de técnicas y un diluvio de medicamentos. Pero, en el fondo, son puras variaciones alrededor de los tres mismos temas. Seguimos con la Santa Trinidad terapéutica inmutable, atemporal, como un credo en tres tiempos: "Yo corto, Yo quemo, Yo mato". Los progresos de la técnica permitieron mejorar los medios con los cuales el práctico facultativo ejerce su arte, pero la trama persiste sin ningún cambio. El metal con la hoja afilada sustituyó al fragmento de obsidiana. El escalpelo, guiado por la mano, fue cambiado por el bisturí eléctrico, para luego cortar con láser. En definitiva, cortamos siempre.

Al hilo se añadió la tripa de gato —el *catgut*—, luego el hilo de seda, prodigioso ejemplo de entofarmacognosia, y los hilos reabsorbibles, polímeros de azúcar. Los médicos de la India habían inventado la entomosutura, practicada hoy por ciertos pueblos somalís, por medio de cabezas de hormigas que acercan los labios de la herida con sus quelíceros, premonición de nuestras grapas quirúrgicas modernas.

[30] L. Auenbrugger, *Inventum novum*, 1761.
[31] F. Bichat, *Traité des membranes*, París, 1800.

¡Y qué decir de matar! Hablamos del dolor y de nuestras heroicas batallas perdidas. Pero a través de los siglos, el dolor sigue existiendo. Es un elemento fundamental de nuestra relación con el mundo y nuestro medio ambiente, que constituye un referente, así cómo la extensión espontánea de nuestros músculos o las oscilaciones rítmicas de nuestras regulaciones neurovegetativas. El hombre secreta espontáneamente, desde la vida intrauterina, sus propias endorfinas como un estado recluta que mantiene a sus tropas frente a la posibilidad siempre presente del ataque. Sin embargo, el hombre, como muchos otros animales, ha debido aceptar el mal necesario de los mercenarios cuando el ataque es demasiado violento, intenso y amenaza el porvenir de la estructura involucrada. La automedicación, la utilización intuitiva o razonada de la terapéutica antidolor sólo es la aceptación y uso de refuerzos. La terapéutica antálgica, mercenaria de las endorfinas, desafía al tiempo, la barrera de la especie y la falsa seguridad de los dogmas, escalpelo de la desesperanza.

Atenuar el dolor resume la historia general de un combate, una lucha que la medicina lleva a base de sustancias, de moléculas más o menos naturales contra objetivos tan diversos como las infecciones, la inflamación, la proliferación incontrolada. Su único objetivo: matar. Su diplomacia: dominar, esconder, disimular. Sus armas: las drogas. Sucesivamente hemos utilizado las plantas, sus extractos, los productos de la química mineral, los alcaloides extraídos de las plantas o de los animales gracias a la química orgánica, las moléculas semisintéticas, luego las sintéticas. Por uno de los senderos que cruzan el tiempo, empezamos de nuevo, vía la etnobotánica, a reestudiar el uso de plantas como medicinas frente a los estancamientos y los fracasos de la química aplicada a los medicamentos. Pero todavía matamos, matamos siempre.

No hemos podido añadir una cuarta alternativa terapéutica a las tres que acabamos de describir. Integrar al tiempo en nuestra práctica probablemente abriría el camino para una cuarta opción: la modulación o la estabilización en situaciones dinámicas lejanas del equilibrio. Este camino pasa por la dinámica no lineal. Hablemos de caos controlado, con pasión y prudencia, bajo cuya visión se han desarrollado la acupuntura y la reflexología endonasal, probando su eficacia, su fiabilidad, su seguridad y superioridad sobre tratamientos convencionales, con sus consabidos límites e indicaciones precisas y bien definidas, proporcionados por la medicina oficial.

Lo anterior sería un verdadero cisma para el *corpus*, como matar el padre. Sería transgredir el número tres, símbolo de la Trinidad, para andar un cuarto camino terapéutico. Cuatro, cifra de los elementos, símbolo de las cosas

materiales, del cuerpo, del mundo. Pasar de lo espiritual a lo material. Entrar en el siglo para abandonar la regla.

A pesar suyo, pues no lo realiza por falta de conciencia, la medicina deberá aceptar que su cuerpo doctrinal —atemporal— sea fecundado por la conciencia del tiempo —de tiempos diferentes—; plagados de errores que se cometieron en su nombre; de obcecaciones que la conciencia nos permitirá entender y remediar; de los límites del conocimiento y su labilidad infinita; de la existencia de ritmos, de pulsaciones sincronizadas, de una frondosidad forzada y de la maravillosa dinámica fluctuante de la vida y de los hombres, moviéndose siempre. Como decía William Osler, "el valor de la experiencia no es ver, sino saber ver".