



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La influencia de la Cultura en la historia de las doctrinas médicas¹

P. Pietro Magliozzi (Médico camiliano)
Prof. Auxiliar Asociado
Programa de Estudios Médicos Humanísticos
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Cuando la medicina se estudia desde un punto de vista histórico, crítico y sintético o desde una perspectiva antropológica cultural y filosófica, aparecen aspectos de ella que generalmente están escondidos e implícitos; por ejemplo, aparece el vínculo estrecho (o a veces la dependencia) entre quehaceres médicos, conceptos de salud, enfermedad, diagnóstico y terapia, por un lado, y paradigmas culturales del tiempo, eventos sociales y económicos, epistemologías, por el otro. El artículo presenta este vínculo en teoría y con ejemplos prácticos. Se destacan nueve doctrinas médicas de los últimos tres siglos en EE.UU., las distintas ideas claves (de salud, de fin terapéutico y fin preventivo) desde el siglo IV d.C. hasta hoy, comentando lo que cambia (el objeto de estudio, la dieta, la manera de prevenir enfermedades) y por qué cambia. Por fin, se presenta el vínculo entre algunas enfermedades del pasado (sobre todo las epidémicas y carenciales) y los eventos sociales contemporáneos. En conclusión, se puede decir que *el saber médico que prevalece en un período es, simplemente, el más adecuado para aquel contexto cultural y uno de los medios para alcanzar los fines de aquella cultura. Cuando cambia la cultura, cambia también la medicina asociada con ella*

palabras clave: medicina; historia; cultura; antropología; enfermedades.

¹ El artículo es en parte y libremente tomado desde un capítulo del texto: Magliozzi, P. (2006), *De la salud biológica a la salud biográfica, humanización y salud* Ed. Universidad Católica de Chile, Santiago.

THE INFLUENCE OF CULTURE IN THE HISTORY OF MEDICAL DOCTRINES

When medicine is studied from a historic, critic and synthetic point of view or from cultural anthropologic and philosophical perspective, aspects that are generally hidden and implicit appear; for instance, the close link (or sometimes dependence) between medical tasks, health concepts, disease, diagnosis and therapy on one side, and cultural paradigms of the times, social and economic events, and epistemologies on the other. The article presents this link in theory and with practical examples. Nine medical doctrines of the last three centuries in U. S. A. can be highlighted, the different keys (of health, therapeutics and preventive) from century IV A. D. up to this date, commenting the changes (object of study, diet, the way of preventing illnesses) and why they occur. Finally the link between some illnesses of the past (mainly the epidemic and nutritional deficiency ones) and the social contemporary events is presented. In conclusion, it can be said that the *Medical doctrine that prevails in one period is simply the most adequate for that*

cultural context and one of the means to reach the objectives of that culture When culture changes, medicine associated with it also changes

Key words: medicine; history; culture; anthropology; diseases.

Introducción

El presente artículo quiere mostrar cómo la medicina ha sido, desde su comienzo hasta nuestros días, un fenómeno biocultural², en el cual factores antropológico-culturales (urbanización, ideologías, ciencia, progreso tecnológico, etc.) o acontecimientos históricos (guerras, epidemias, luchas de clase, etc.) fueron determinantes en elegir la manera de cuidar a los enfermos, más que la eficacia del tipo de tratamiento. Conocer o estar conscientes de estos factores histórico-culturales puede ser, por lo tanto, muy útil para plantear en el futuro un cuidado más humano, o sea, más relacionado con la verdad del hombre, un cuidado que sane a la persona³ y evite en medicina lógicas de poder que dañan su salud a largo plazo o, peor, humillan su proyecto vital y no le permiten alcanzar su fin “humano”.

La cultura puede ayudarnos a entender por qué en Occidente se ha desarrollado una medicina orgánica de la enfermedad aguda (con fármacos bioquímicos y cirugía) y en Oriente más una medicina funcional (de las

² Cf. Romanucci L., Moerman D.E., Tancredi L.R. (1991) *The anthropology of medicine, from culture to method*, Bergin & Garvey, New York.

³ Enfocar la atención de cura sobre su relacionalidad, unicidad, integralidad, dinamismo biográfico (RUID). Cf. Magliozzi P., *De la salud biológica*, óp. cit., pág. 24.

fases premórbidas) con terapias energéticas y gran importancia dada a la dieta, por qué en Occidente no encuentra éxito la medicina preventiva, en cambio, en las medicinas no convencionales, esta dimensión florece. Siempre el paradigma cultural consumista y materialista ayuda a explicar por qué la investigación biomédica prefiere algunos objetos de investigación y no otros, algunas enfermedades y no otras, por qué no se invierte en la medicina paliativa o psicosomática o salutogenética o antropológica y, en cambio, se invierte muchísimo en el diagnóstico por imágenes, en la farmacoterapia, en todo lo que es tecnológico, etc.

La historia de las medicinas (de las doctrinas o modelos de la medicina), como descripción ANALÍTICA de hechos o acontecimientos pasados (registro de nombres, fechas, títulos, descubrimientos) vistos a la luz de la medicina científica de hoy, aparece únicamente como curiosidad o prácticas anticuadas⁴, ayuda a conocer el “¿qué?” pero no el “¿por y para qué?” de un saber médico.

La historia de las doctrinas médicas es más útil, en cambio, si se ve SINTÉTICA Y CRÍTICAMENTE, o bien, si:

Se buscan las causas y los vínculos entre los acontecimientos pasados, las regularidades en medicina, lo que se ha repetido como tendencia,

o en síntesis, si se busca conocer el *desarrollo del espíritu humano*, cómo el pasado ha abierto gradualmente la vía al presente;

—

Se busca entender las ideas filosóficas que subyacen a las *teorías*, las doctrinas y las ciencias aplicadas;

—

Se enseña a *criticar*⁵ las opiniones, las doctrinas médicas, penetrar en profundidad los diferentes intentos históricos de encontrar diagnósticos y terapias.

Dicho de otra forma, la manera “sintética” de ver la historia de la medicina significa verla como un dibujo único, con un recorrido, fuerzas externas

⁴ La historia sería como un inventario divertido de las singularidades del pasado, de los detalles escabrosos y curiosidades prohibidas al profano.

⁵ **Criticar** no es en el sentido de juzgar el pasado, sino de descubrir el sentido escondido de la historia, el orden que vincula los acontecimientos, la dirección de la evolución, en una palabra, ver también la historia de la medicina como una expresión de la sabiduría divina, como decía e internas que la impulsan para avanzar o cambiar de dirección; sobre todo esta manera más filosófica de estudiar la historia muestra la evolución de las ideas (de salud, enfermedad, terapia, diagnóstico, relación con el paciente, etc.) más que los hechos o quehaceres pasados.

La epistemología⁶ dirige la ciencia (crea las ideas, las teorías científicas); la ciencia realiza la historia. Por lo tanto, el que entiende la historia de la medicina es el que sabe remontar, a través de la ciencia a la epistemología, y ver cómo las ideas culturales, sociales, económicas y biológicas del pasado han influido sobre los hechos de la medicina: los propiamente médicos (descubrimientos médicos) y los sociales (realidades de los enfermos).

Hoy la visión de la ciencia y de la tecnología está tan dirigida al futuro, a las novedades, que parece inútil considerar la historia. En cambio, si se quieren entender y dirigir las ideas biomédicas de la actualidad, su sentido, su desarrollo, los métodos de progreso y los problemas médicos, se necesita mirar este flujo histórico. En caso contrario, ciencia y tecnología serán arrastradas por lógicas de poder, modas engañosas, ideologías interesadas que nadie desenmascarará y serán causas siempre de más iatrogenia.

Cómo la epistemología clasifica los tipos de doctrinas médicas

Los problemas filosóficos siempre han reflejado e influenciado la cultura de una época y sus expresiones, entre las cuales está la medicina. De hecho, junto a una filosofía griega enfocada al “principio” unificador de la realidad, existe una medicina que en el siglo IV a.C. busca también

el principio para explicar salud y enfermedad (encefalocentrismo de Alcmeón, cardiocentrismo de Aristóteles, hemocentrismo de Empédocles, estructuralismo de Herófilo, modelo hidráulico de Erasístrato).

Desde el Medioevo, el problema filosófico principal es la disputa entre universal y particular, universalismo y particularismo⁷. Era el tiempo de la

⁶ **Epistemología**: disciplina filosófica que estudia la teoría del conocimiento científico e investiga el objeto, métodos y procedimientos de cada ciencia o del pensamiento científico en general (en Larousse Gran Diccionario usual de la lengua española, Barcelona 2004).

⁷ Cf. Voltaggio F. (1992). *L'arte della guarigione nelle culture umane* Bollati Boringhieri. Torino, pág. 528-535.

transustanciación, de la “substantia” (la esencia de la cosa), de la relación entre las cosas (mundo) y Dios, de lo que se puede conocer y lo que no se puede (dilemas epistemológicos). Filosóficamente, se crearon escuelas más ontológicas y escuelas más empiristas.

Para las ONTOLÓGICAS existe antes la idea y después la cosa; existe algo que es otro del yo, fuera de su alcance, el conocimiento de la cosa pertenece a algo que no depende de mí. Se trata de escuelas más **racionalistas**, donde se procede por **deducción**: el principio racional (dogma) explica la realidad y sus fenómenos; se trata, en síntesis, de escuelas donde las verdades son **cuantitativas** y metafísicas, buscando la esencia de la realidad, el principio, la lógica, lo que es la realidad en sí misma.

Para las escuelas EMPÍRICAS, existe antes la cosa y después la idea de ella; existe solo lo que está vinculado al yo sensible, a lo que el yo puede conocer sensiblemente; el conocimiento es un producto humano y transitorio. Se trata de escuelas **empiristas**⁸ fundadas sobre la sensibilidad, buscando los hechos mensurables (predecir, averiguar, describir), donde se procede por **inducción**: de la experiencia y los hechos se deduce la ley y el principio general; las verdades son **cuantitativas** procuradas con sentidos e instrumentos que miden hechos con números.

De las escuelas *ontológicas* derivan dos líneas de pensamiento médico:

RACIONALISMO: al centro está el principio, la síntesis de una enfermedad. La enfermedad es “nosos”, entidad clínica, clasificable, “disease”: tener algo alterado “dis”, un trastorno, un desequilibrio. **NOMINALISMO** o **ANTIRREALISMO** u **ONTOLOGISMO AGNÓSTICO**: al centro está el enfermo sujeto. La enfermedad no es una entidad real, sino solo un nombre, no se puede generalizar lo que se descubre en un solo individuo; la enfermedad es como un proceso dinámico que crea la lucha entre el médico y la muerte. En cada enfermo hay algo distinto, propio, personalísimo.

⁸ La diferencia entre “empírica” y “empirista” es que la segunda absolutiza el principio de la verdad sensible, mientras que la primera solo la considera como parte de la realidad.

De las escuelas *empíricas* derivan otras dos líneas de pensamiento médico:

EMPIRISMO: al centro está la evidencia, la enfermedad como objeto para estudiar experimentalmente. El médico busca reconducir el caso individual a una entidad objetiva (patología). La enfermedad es “sickness”: su parte somática, objetiva; es “ser enfermo”, es la enfermedad anatómica (de órganos y aparatos) o fisiopatológica (datos de laboratorio).

REALISMO o EMPIRISMO PRIMITIVO: al centro está la finalidad del enfermo. El médico busca solo un nombre y una causa (social, religiosa, natural) de la enfermedad; el enfermo tiene prioridad sobre la enfermedad.

La enfermedad es el opuesto del orden divino; es “feeling”: sentirse enfermo, es “illness”: estar enfermo es experiencia subjetiva, vivencia de la enfermedad, añadidura o pérdida de componentes materiales o inmateriales, está vinculada a destrucción o alteración de relaciones; la enfermedad es, pues, o natural o moral o mágica.

El realismo o empirismo primitivo ha guiado la medicina antes de Hipócrates, y a menudo está presente hoy en países del Tercer Mundo, pueblos indígenas y en contextos rurales o poco alfabetizados, o también en pacientes culturalizados cuando no ven más soluciones al problema enfermedad.

El **RACIONALISMO** ha guiado la medicina desde Hipócrates hasta el Medioevo, es la medicina dogmática, de las autoridades médicas (sobre todo Galeno).

El **EMPIRISMO** ha guiado la medicina de Salerno (siglos IX al X) y sobre todo se ha apoderado de la medicina desde la Ilustración hasta hoy.

El **NOMINALISMO** es la epistemología de los modelos médicos biográficos, psicosomáticos en este último siglo.

Franco Voltaggio, filósofo e historiador de la medicina, añade el **IMANENTISMO**, es la medicina de Hipócrates y de todos los médicos constitucionales, la investigación sobre cada individuo es vista a la luz de grupos (temperamentos humorales). El médico busca la relación entre enfermo y grupo de pertenencia, es estadístico.

En los últimos siglos se ha creado una medicina que integra las tradiciones susodichas.

primer ejemplo: nueve modelos de medicina alternados en los últimos tres siglos en Estados Unidos 9

Un ejemplo de lectura sociológica y epistemológica de la historia de la medicina es la historia sociosanitaria de los últimos tres siglos en los EE.UU.

Medicina y cultura se cruzan formando fenómenos bioculturales que mutan continuamente; numerosos sistemas de doctrinas médicas se han sucedido en EE.UU. como un proceso dialéctico entre dos paradigmas: el **profesional**, del reduccionismo, en el cual el poder es todo del *médico* (línea de abajo en el siguiente gráfico) y el otro **holístico**, en el que le es dado más poder al *enfermo* (línea de arriba). Para el médico (paradigma profesional) la enfermedad es un daño objetivo que hay que reparar o eliminar. Para el enfermo-paciente (paradigma holístico o

biográfico) la enfermedad o el sufrimiento es un problema existencial que pertenece no a una parte, sino a toda la persona, a toda la vida (¿por qué a mí?, ¿por qué ahora?); se trata de una perspectiva subjetiva totalmente distinta de la objetiva médica.

Cada sistema de doctrina médica (o perspectiva médica o paradigma institucionalizado) parece engendrar, primero, las semillas del propio éxito y luego las de la propia autodestrucción. Se han alternado, por tanto, en los EE.UU. en tres siglos nueve distintos *tipos de doctrina médica*, cada una integrada y dependiente del sistema cultural, social y epistemológico vigente.

⁹ Cf. Magliozzi P. *De la salud biológica*, óp. cit., pág. 107-111. Cf. Cant S., Sharma

U. (Editors) (1996), *Complementary and alternative medicines Knowledge in practice*, Free Association Books, London (UK)-New York. Cf. Cohen M.H. (1998), *Complementary and alternative medicine: legal boundaries and regulatory perspectives*, John Hopkins University Press, Baltimore. Cf. Galeazzi O. (Editor) (1986), *Medicina e storia L'antimedica e la diagnostica strumentale nella storia del pensiero medico*, vol. 1 (actos del XXXI Congreso nacional de historia de la medicina, Ancona y Senigallia 22-25 sept. 1983), Il Lavoro Editoriale, Ancona-Bologna. Cf. Lyng S. (1990), *Holistic health and biomedical medicine: a countersystem analysis*, State University of New York Press, Albany.

Doméstica Thomsoniana Homeo-De la salud integrada



Fin 1700 1815 pática pública desde desde 1850 1960-80 2000

heroica alopática 1800 desde 1848

científica empresarial desde desde 19451980

A MEDICINA DOMÉSTICA (siglo XVIII)

Es el tiempo que precede a la urbanización y a la Revolución industrial; la mayoría de la población es rural. La visión del mundo es aquella del “vivir con y en la naturaleza”. Salud y enfermedad son vistas como algo natural; el campesino se deja sanar por la naturaleza, asistiéndola y removiendo las causas de la afección con remedios tradicionales, aprendidos por los padres y abuelos. Hay una actitud de desconfianza hacia los médicos llamados cuando es demasiado tarde, cuya presencia es asociada a menudo con la experiencia de la muerte de un familiar → se destaca en este contexto rural del siglo XVIII la autosuficiencia del paciente al administrar su salud → y crece el mercado de autosanación (manuales de difusión de medicina, normas prácticas de prevención: dieta, limpieza, ejercicio).

En la ciudad se reconoce un rol a la acción colectiva sobre la salud pública y a las influencias de los factores psicológicos sobre la propia salud.

límite: ante enfermedades agudas o graves la población no se encuentra preparada, faltando los instrumentos teórico-prácticos para enfrentarlas.

B MEDICINA HEROICA (comienzos del siglo XIX)

Es el período que sigue a la Revolución francesa, tiempo de desorden. Empieza la época industrial. Nueva mentalidad y paradigma cultural: la ciencia con sus máquinas puede dominar la naturaleza y guiarla hacia sus fines. En medicina, por consecuencia, se convence al público de que, siendo el cuerpo una máquina, no puede sanar sin una intervención decidida y radical. Medicina “heroica”, por lo tanto, porque el hombre tiene el poder de guiar la naturaleza imponiéndose a ella; al centro está la figura del médico profesional, el poder pasa del paciente al médico, del sujeto y sus relaciones al objeto-síntoma o enfermedad; se pasa, en otros términos, de la atención al interior a la del exterior.

Principios de base:

- Eliminar el síntoma significa actuar sobre la enfermedad, eliminar el problema objetivo, externo.
- Los medios son “heroicos”: sangrías frecuentes, diuréticos, purgas, eméticos, cirugía, todo efectuado con modalidad mecánica invasora

o farmacológica radical.

límite: es una medicina cruel en los procedimientos terapéuticos: se efectúan intervenciones invasoras y cruentas que no gustan a los pacientes.

C MEDICINA THOMSONIANA (primera mitad del siglo XIX)

Políticamente, es el período en que han empezado las luchas por la democracia y hay un intento social y político de hacer volver el poder a manos del pueblo; así también la medicina vuelve a manos del paciente. Hay, por lo tanto, un regreso al holismo. Samuel Thomson es un agricultor de New Hampshire; escribe un manual de herbolaria (botánica aplicada a la medicina) y funda un sistema que cobra notable éxito en el sur y en el oeste de los Estados Unidos de América (accesible a todos para el autocuidado). La medicina pasa nuevamente a las manos de la población.

límite: falta una identidad precisa; tal medicina es solo una moda, un fenómeno de masas fundado sobre la publicidad. La identidad está basada en el conflicto con el sistema anterior. Cuando los thomsonianos empiezan el estudio de la anatomía y de la fisiología, se destruye esta medicina y se pasa nuevamente al reduccionismo de un saber a las manos de profesionales.

D MEDICINA ALOPÁTICA (mediados del siglo XIX)

El período sociocultural alrededor de 1848 estuvo caracterizado por las guerras de independencia, luchas por el feminismo y reivindicaciones de los sindicatos de obreros. La palabra que prevalece en la cultura es: conflicto anti-..., contra un enemigo.

También la medicina es contagiada por este clima violento, nace la burocracia en el sistema sanitario, la educación médica formal (títulos de estudio, especializaciones, etc.), el estudio positivista de las enfermedades para eliminarlas como enemigos. Objetivo: eliminar el síntoma, pero en modo menos cruento que en la *medicina heroica*. De aquí los remedios sintomáticos y los “anti-...” (antipirético, antimalárico, antiepiléptico, antidiarreico, antiácido, etc.). Esta sintonía con la cultura favorece la acogida de este tipo de medicina, además, buena parte de la población, ahora en la ciudad, trabaja fuera de casa –también las mujeres–, el enfermo es llevado y cuidado en el hospital cada vez con más facilidad.

Se trata de una medicina preponderantemente sintomática, que tiende a la eliminación del síntoma: el paradigma es materialista (positivismo) a manos a los profesionales de la salud.

límite: reduccionismo antropológico; las terapéuticas farmacológicas son todavía agresivas, sintomáticas y anónimas. El enfermo no se siente respetado y cuidado como persona.

E MEDICINA HOMEOPÁTICA (segunda mitad del siglo XIX)

Llegando de Alemania, se desarrolla en los EE.UU. durante las revoluciones liberales, cuando se afirman los derechos del individuo y se refuerza la clase burguesa después la mitad del 1800; la homeopatía se insertó bien en este contexto sociocultural porque se suponía una terapéutica fundada sobre la persona. Es una medicina integral (del cuerpo y de la mente) y se funda sobre remedios personalizados (en el centro está el paciente y no sus síntomas o enfermedades). Dirigida prioritariamente a las clases más altas y más cultas, fue apoyada por estas. Fundada también sobre el contraste semántico con la alopatía, tendrá que defenderse de los ataques de charlatanería y esto la reforzará, dándole unidad a lo interno.

límite: al final del siglo XIX se entra en el período positivista y tecnológico donde los principios vitalistas no son ya reconocidos; aparecen sistemas alopáticos cada vez más potentes; además intervienen motivos sociales: aumento de los conflictos internos (distintas escuelas homeopáticas, confusión en cuanto a la identidad de la homeopatía), disminución de los conflictos exteriores, la entrega a los homeópatas (de parte de algún médico alópata) de los casos más difíciles no sanables y entrada en la práctica homeopática de muchos charlatanes. Pero la verdadera causa de su decaimiento en EE.UU. al comienzo del siglo XX fue debida a leyes estatales en contra de la homeopatía empujadas por la AMA (*American Medical Association*), institución nacida en el 1846.

F MEDICINA CIENTÍFICA (mitad del siglo XX)

Es el período que va después de las dos guerras mundiales. El hombre pierde confianza en el hombre. La tecnología avanza como siempre después de una guerra, la economía crece en importancia. Aumenta la tendencia al individualismo; disminuyen las relaciones primarias (yo-tú) y se incrementan aquellas secundarias (yo-ello). La relación entre agente sanitario-paciente se

hace rápida, funcional, especializada, interesada económicamente, y privada de implicación emotiva.

Esta medicina reduccionista es favorecida además por el ambiente universitario cada vez más analítico, concentrado sobre el “particular”: se crean las especializaciones; aumentan los cursos y las áreas de investigación. Se comienza a perder de vista la totalidad de la persona, enfocando en las partes de los fenómenos. Las ventajas son múltiples, tanto económica como políticamente.

límite: trato humanamente frío; en mucha patología crónica, psicósomática, tumoral y degenerativa los tratamientos quirúrgicos y farmacológicos se revelan ineficaces; los efectos colaterales de los remedios y la iatrogenia hacen su aparición.

G MEDICINA DE LA SALUD PÚBLICA (máximo desarrollo:1960-1980)

Se sitúa en el período de ataque-industrial, en el *boom* económico, en el “estado de bienestar” social que se funda en satisfacer todas las necesidades de la población.

Se delinea la figura del médico que conoce al paciente y a su familia, y se comienza a disponer de remedios eficaces, fundamentalmente los antibióticos. Este periodo pudo integrar los dos aspectos de la medicina (holístico y biomédico). El Estado ayudó a los enfermos, subvencionando tratamientos: la salud se transforma en derecho.

límite: este modelo cuesta demasiado, no es aceptado por los grupos de poder político-económico, por lo tanto, no cuenta con su apoyo; no hace ganar a las multinacionales; además, llama la atención sobre las causas sociales y morales de la enfermedad (pobreza, polución, desocupación, consumismo,.. etc.) y esto no conviene al poder económico de las multinacionales. Por esto, este modelo médico ha tenido vida breve y ha sido suplantado por otro más rentable: la medicina empresarial.

H MEDICINA EMPRESARIAL (fines del siglo XX)

Se expande la cultura del consumismo. El poder sobre la enfermedad ya no lo tiene ni el médico (con su paradigma reparador, objetivo) ni el enfermo (con su paradigma existencial, subjetivo), sino las multinacionales (con su paradigma de productividad, económico comercial); nace también en sanidad el sector “profit”, la “calidad del producto salud”, la competencia entre empresas sanitarias internacionales y locales. El paciente se vuelve “cliente

o usuario”, sus necesidades se vuelven “deseos” y la medicina se vuelve “medicina de los deseos” (¿de quien puede permitírselos, pagándolos!). Se habla de “medicalización de la existencia”, o sea, tratar cada incomodidad de la vida como enfermedad, pedir a la medicina belleza, elegancia, fuerza, virilidad, atractivo personal, confort, paz interior, memoria, energía mental para enfrentar cada estrés, felicidad¹⁰. Aumentan, pues, las expectativas y pretensiones de los pacientes, aumentan las posibilidades tecnológicas de diagnóstico y terapias. En consecuencia, aumentan los gastos sanitarios y las responsabilidades de los agentes de salud. Las demandas judiciales de los pacientes a los agentes de salud son más frecuentes y se crea la “medicina defensiva” (con seguros que defienden a los médicos) y aumentan más aun los precios

para curarse¹¹. Una característica de la medicina empresarial o tecnocrática –escribe Laín Entralgo– es la despersonalización de la relación médico-paciente con relación funcional en la cual prevalece el “cálculo” del paradigma comercial¹².

¹⁰ Russo M.T. (2006). *La ferita di Chirone Itinerari di antropologia ed etica in medicina* Vita e Pensiero. Milano, pág. 167-8.

¹¹ *Ibíd.*, pág. 231.

¹² *Ibíd.*, pág. 232.

La salud se transforma en una mercancía y el paciente, en un cliente. Por tanto, se busca una continua mejoría de la calidad de los servicios, con el fin de satisfacer al cliente y aumentar el número y la ganancia.

límite: es una medicina discriminadora, ya que apunta a captar al enfermo pudiente, que puede pagar y usufructuar de las mejores prestaciones, y penaliza al paciente que no produce dinero (pobre, anciano, enfermo mental o crónico).

*I MEDICINA INTEGRADA (comienzo siglo XXI)*¹³

El paradigma cultural es el posmoderno: Laín Entralgo lo define como “la rebeldía del sujeto” que no quiere ser tratado como objeto, se apunta a la autonomía, a los derechos del enfermo, al individualismo. Tal paradigma se traduce en una medicina más personalizada, hace florecer la integración (por esto: integrada, o “integral medicine”) entre la medicina oficial (biomedicina) y las medicinas alternativas o complementarias, en una visión más personalizada y holística del paciente y de la enfermedad.

La enfermedad es un perder el propio bienestar (estar bien subjetivo). Mucho en esta medicina integrada depende del mundo de la información y la propaganda a través de los medios de comunicación. Ellos derraman una idea de salud que puede ser alcanzada de mil formas. Como consecuencia, se crea una preocupación-obsesión por la propia salud (un tema constante de diálogo hoy); se crea sospecha y desconfianza hacia el médico cada vez que no sabe curar totalmente y al instante; la desconfianza pasa a incluir la misma biomedicina cuando no sabe ni establecer relaciones humanas, ni curar. El individuo pretende de la medicina ser “satisfecho o devuelto su dinero”, quiere tener el derecho a nacer completamente sano, a sanar totalmente de sus enfermedades, a no sufrir (mejor morir, caso Welby), a no morir (la muerte vista como culpa de alguien), en una palabra, exige a la medicina la “salvación”, un horizonte de felicidad plena¹⁴.

¹³ *Ibíd.*, pág. 140. 230-1. ¹⁴ *Ibíd.*, pág. 244-5.

Conclusión

Lo que se ha observado sintéticamente en los últimos tres siglos de la vida sanitaria de los Estados Unidos de América repite, brevemente, lo que ha pasado a lo largo de los 25 siglos de la historia sanitaria de Occidente¹⁵. La medicina no es una, sino que son muchas doctrinas médicas

distintas. Cada doctrina médica –siendo uno de los elementos de la cultura– refleja su paradigma, su lógica global y es, por lo tanto, una disciplina biocultural, tiene que ser estudiada junto a la cultura y a la historia.

Por fin, cada límite o elemento deshumanizante de la cultura siempre se refleja en la correspondiente doctrina médica:

–

Un *paternalismo* griego se transforma en una medicina, de un lado, más atenta a la beneficiabilidad del paciente, pero, del otro, distinta para los hombres libres y los esclavos (muy clasista).

–

Un *espiritualismo* del Medioevo se transforma en una medicina con una nueva relación de cura (de caridad), de un lado; pero del otro, poco atenta a dimensiones físicas de la enfermedad y del enfermo y a la terapia.

–

El *contractualismo* y *democracia* de la edad moderna desplaza la atención del enfermo a la enfermedad con una medicina más eficiente en la terapia, que apunta más al principio de autonomía, pero completamente despersonalizada y dualista (el paciente es un “yo”, que, por contrato, pone su “cuerpo” a disposición de los médicos para ser tratado objetivamente).

–

El paradigma *fenomenológico* del siglo XIX introduce la búsqueda del significado en la “enfermedad en un enfermo” (medicina antropológica de Heidelberg). De un lado, entra la biografía del sujeto en el diagnóstico, del otro, no se ven consecuencias prácticas para la terapia.

–

El paradigma *posmoderno* del final del siglo XX y comienzo siglo XXI introduce la exasperación de la importancia del sujeto en medicina (medicina de los deseos, medicina defensiva, medicina comercial...),

¹⁵ Cf. Magliozzi P. (2006). *De la salud biológica*, óp. cit., pág. 112-132.

la medicina aumenta de importancia de un lado, pero pierde su identidad y entra en crisis, del otro.

He aquí a continuación, siempre de forma sintética, un panorama de la historia de las doctrinas médicas occidentales, las enfermedades típicas que han caracterizado el siglo, las relaciones con las diversas ideas culturales que han guiado epistemológicamente a la medicina en el tiempo humano.

Segundo ejemplo: lectura de las ideas terapéuticas en la historia de la medicina 16

Del siglo IV al XIV – Medicina medieval – enfermedad típica (Et): lepra

Idea cultural de salud	ORDEN cósmico (cuerpo como microcosmos con referencia al macrocosmos).
Fin terapéutico de la medicina	FORTIFICAR con dietas de carne e hipercalóricas.
Fin preventivo	PURIFICAR los contactos.

Del siglo XV al XVI: humanismo y Renacimiento – Et: peste

Idea cultural de salud	ORDEN mecánico (cuerpo como alambique u orquesta).
Fin terapéutico de la medicina	ALIGERAR con dietas hipocalóricas y descargando violentamente los humores.
Fin preventivo	PURIFICAR los contactos y con dietas drásticas.

¹⁶ Cf. Vigarello G. (1996). *Il sano e il malato, storia della cura del corpo dal Medioevo ad oggi*, Marsilio, Venezia; Cf. Grmek M. (Editor) (1993), *Storia del pensiero medico occidentale*, Laterza, Roma-Bari.

Siglo XVII: transición hacia la secularización y la libertad – Et: sífilis, alcoholismo

Idea cultural de salud	ORDEN mecánico (cuerpo como reloj o fuente).
Fin terapéutico de la medicina	GRATIFICAR con dietas y aligerarlas de manera delicada.
Fin preventivo	DEPURAR, en p i e z a l a h i g i e n e de l ambiente.

Siglo XVIII: Iluminismo – Et: viruela

Idea cultural de salud	ORDEN de fibras (bien tensas).
Fin terapéutico de la medicina	REFORZAR, dar consistencia a las fibras con ejercicio.

Fin preventivo	HIGIENE del ambiente y personal.
-----------------------	----------------------------------

Siglo xIx: Revolución francesa, industrialización y romanticismo – Et: tuberculosis, cólera

Idea cultural de salud	ORDEN mecánico complejo (cuerpo como máquina de vapor).
Fin terapéutico de la medicina	DAR ENERGÍA y disfrutar el placer de forma individualista con ejercicios y alimentos.
Fin preventivo	HIGIENE como derecho social, como defensa del exterior.

Siglo xx: Consumismo y tecnología – Et: cáncer, SIDA, enfermedades cardiovasculares

Idea cultural de salud	ORDEN microscópico (cuerpo como computador, laboratorio químico, delgado, joven, depurado, a la búsqueda de sensaciones siempre diversas y más intensas).
Fin terapéutico de la medicina	BIENESTAR psicofísico (tener energía y sentir gusto), culto de la salud.
Fin preventivo	HIGIENE como prevención y como derecho, expectativas, pretensiones siempre mayores con gastos sanitarios en crecimiento exponencial.

Siglo xxI: posmoderno – Et: mentales, ancianos, discapacitados, posibles infecciones resistentes, problemas genéticos...

Comentario

El concepto de ORDEN en medicina puede ser asimilado a la imagen que se tiene de la salud en un periodo histórico. Pasar de un orden macroscópico (cósmico) a uno mecánico (alambique, luego reloj, luego máquina de vapor), a uno microscópico (bioquímico) ya muestra algo muy importante en el concepto occidental de salud: de lo macroscópico, a lo microscópico; de la relación con el todo (una salud de síntesis) a la relación con la parte más pequeña posible (una salud de análisis). Si el objetivo es una salud cósmica, la acción es sobre las fuerzas más generales de la naturaleza y de la supranaturaleza. Si, en cambio, la salud es mecánica, la acción será siempre más vinculada al tipo de fuerzas físicas consideradas¹⁷.

La acción ha sido cada vez más localista enfocada en el mecanismo causa de la enfermedad. Al final, la salud microscópica permite una acción

¹⁷ En el alambique: importante depurar humores; en la orquesta: armonizar las funciones; en el reloj: lubricar los mecanismos; en las fibras: tensarlas ni poco ni demasiado para que vibren bien; en la máquina de vapor: darle combustible y energía.

que apunta al mecanismo bioquímico o, en el futuro, a uno genético, alterado en la enfermedad específica. Un paso del macrocosmos a microcosmos ha significado para las doctrinas médicas una visión completamente distinta de la enfermedad (sus etiologías, patogénesis, pronósticos, sus sentidos y terapias), de la relación con el enfermo, de la preparación académica y del papel del médico. Un cambio tan radical de paradigma ha eliminado de la medicina todo conocimiento sobre influencias metafísicas, sociales, psicológicas sobre toda la persona para enfocarse, cada vez más, sobre las influencias materiales, en el simple órgano o molécula alterados.

En relación con esta idea de salud y cuerpo, se entiende por qué las dietas han cambiado en Occidente a lo largo de los siglos. Hipercalóricas en la medicina medieval (cuando el cuerpo es un microcosmos relacionado con el macrocosmos) e hipocalórica en el Renacimiento (cuando el cuerpo es visto como un alambique). Se enfoca la atención sobre la cantidad hasta el siglo

XVI. Desde el siglo XVII empieza en la dieta el concepto de “gratificación”, aparece en Europa el azúcar, el café, la champaña, el cigarrillo, el chocolate; la búsqueda de energía desde el siglo XIX y de bienestar psicofísico cada vez mayor desde la mitad del siglo XX. Parece que el proceso cultural de secularización y autonomía (democratización) se asocia con el “salutismo”: un culto cada vez más fuerte de salud (como sensaciones externas, más que como comportamientos sanos, prevención para la persona).

Otro concepto que cambia en las medicinas occidentales a través de los siglos, estrictamente vinculado a factores socioculturales, es la prevención. Se empieza con un terror hacia los contactos con personas infectadas (periodo de la lepra, peste), para pasar a una acción sobre el aire, el ambiente, el agua (higiene de la ciudad, higiene como derecho social) y terminar con la higiene personal, el gasto sobre la prevención, las expectativas cada vez mayores sobre la propia salud (presión arterial, colesterol, glicemia, etc.). Todo esto muestra un camino de atención creciente sobre la propia salud, con más gastos y tiempo en ella dedicado.

Las medicinas han trasladado las necesidades médicas al campo del consumismo y viceversa, creando necesidades cada vez más numerosas y un juego mercantil y de poder. En la base de esto, se encuentra un proceso cultural de privatización, individualismo, sensibilidad y emotividad creciente, de libertad, que está permitido por el desarrollo económico de un país.

Incluso, las enfermedades típicas de cada época son una expresión cultural y no solo el efecto de factores físicos, biológicos o químicos como se demostrará en el siguiente párrafo.

Las enfermedades y los factores históricos

Factores históricos, sociales y culturales han acompañado siempre y a veces influenciado fuertemente la aparición de las grandes enfermedades. Daremos aquí solo algunos sintéticos ejemplos¹⁸.

Fue el paso de la vida nómada y de caza (por falta de animales) a la de agricultura en el Neolítico (10.000 a.C.) que hizo surgir las epidemias, ya que, aumentando la **densidad de población**, se contaminaban aguas con heces (cólera, fiebre tifoidea, hepatitis, coqueluche, difteria) y se acumulaba basura que atraía ratas (peste) e insectos vectores. Siempre en este periodo hacen su aparición hongos donde se acumulaban cereales (micosis externas e internas).

Igualmente, por una búsqueda de comida suficiente para sobrevivir, se empezaron a criar animales (ganadería), causa de otras epidemias (tuberculosis, viruela, influenza, difteria, sarampión y peste). A pesar de esto, la producción de comida era siempre insuficiente por una población en crecimiento progresivo, y pelagra, escorbuto, enfermedades de carencia alimentaria, baja estatura, fueron constantes del periodo neolítico donde el problema principal era cómo sobrevivir, cómo hacer comer a todos durante el aumento de la población.

Otro evento histórico-cultural, fuente de difusión de enfermedades fueron el comercio, las guerras, las migraciones de pueblos, en una palabra, el **viajar** del hombre, necesario para el progreso de la civilización. Las epidemias de peste se derramaban a lo largo de vía marinas y terrestres de comercio. Mientras más el mundo se ha vinculado a través de relaciones entre estados, por motivos económicos y políticos, más las enfermedades se han difundido y transformado de locales en epidémicas y mundiales. Ejemplos tristes de esto son las enfermedades importadas a América a partir de las expediciones

¹⁸ Cf. Porter R. (2004). *Breve ma veridica storia della medicina occidentale* Carocci Ed., Roma, pág. 15-35.

de Cristóbal Colón. Así, en 1492: la influenza del cerdo; en 1518: la viruela; en 1521: 150.000 aztecas murieron de una epidemia (los incas murieron casi todos por viruela, sarampión, tifus y gripe). La principal enfermedad llevada a Europa desde América fue, en 1493, la sífilis, propagada rápidamente por causa de fenómenos sociales (guerras, costumbres sexuales desordenadas). Llevar africanos como mano de obra para trabajar en Brasil (porque la población indígena local se había extinguido a causa de epidemias) conllevó allá malaria y fiebre amarilla, antes desconocidas.

La **incapacidad de eliminar basura** provocó las epidemias de tifus que desencadenó la muerte de casi 600.000 soldados de Napoleón en Rusia. La misma causa (suciedad) provocó epidemias de cólera (sobre todo en el siglo XIX), con millones de muertos hasta el 1900, cuando se encauzó el fenómeno con medidas sanitarias (solución social y cultural).

Otra causa histórico-cultural de enfermedades fue la **Revolución industrial**; si de un lado esta permitió el aumento de la población, una mayor riqueza (y también mayores desigualdades sociales), de otro hizo aparecer nuevas enfermedades: vinculadas al trabajo (cáncer, enfisema), a la urbanización creciente (raquitismo...), al bienestar (obesidad, diabetes, cáncer, hipertensión, enfermedades cardiovasculares crónicas y degenerativas, neurosis). La tuberculosis, la

poliomielitis, la meningitis, más que vinculadas a agentes biológicos externos, han sido flagelos de la humanidad hasta cuando han actuado en contextos sociales de miseria, suciedad, desnutrición (hoy todavía presentes en el Tercer Mundo). Es interesante la comparación entre la teoría económica de Thomas Malthus (1766-1834) sobre el problema del incremento demográfico en la época industrial y la teoría de vacunar contra la viruela de Edward Jenner (1749-1823)¹⁹. Ambos en relación con la cultura del tiempo proponen reacción desde el interior al problema externo con una especie de adaptación del cuerpo social o individual. Es el mismo modelo que utilizó C. Darwin en el mismo periodo con su obra *The origin of species* (1859). Ambos ven en la miseria una causa común de problemas médicos.

Hoy, entre las últimas enfermedades vinculadas con factores sociales y culturales, podemos nombrar las cardiovasculares (vinculadas a estrés y consumismo), el SIDA, la depresión, los trastornos de personalidad (en un siglo de deshumanización), siempre más presentes en la población, las

¹⁹ Cf. Voltaggio, óp. cit., pág. 683-687.

polipatías crónicas y degenerativas (en poblaciones siempre más ancianas), las discapacidades en sujetos que, tratados y asistidos, no mueren más como antes, sin olvidar los casos de cáncer de más difícil tratamiento; sin embargo, su aumento, y en edades siempre más precoces, puede ser vinculado también a cambios culturales (contaminación ambiental, actitudes autodestructivas y violentas...). Se ha pasado, en síntesis, una vez más, por factores sociales y culturales, de enfermedades infecciosas y de un estado de alta mortalidad infantil (elevadas tasas de mortalidad) a enfermedades degenerativas y mentales en poblaciones siempre más viejas (baja mortalidad y elevada morbilidad).

La medicina occidental se ha formado para encauzar la incidencia de las epidemias de masa, no para curar a todos o al individuo, sino para bajar la incidencia y la letalidad de las enfermedades sobre grandes masas. Este paradigma “epidemiológico” se ha formado en base a un problema social de epidemias recurrentes, incremento demográfico no controlable. Hoy este paradigma es puesto en crisis, no es más esto el problema social. Hoy el contexto cultural tiende más a un paradigma médico de tipo individual (sanar al individuo), preventivo, salutogénico.

El futuro en medicina, sugiere F. Voltaggio²⁰, es fundar la medicina sobre una nueva anamnesis: “anamnesis exhaustiva”, “anamnesis de las relaciones patológicas de los padres”, “observación del proceso de desarrollo de la patología”, “síntesis de las patologías pasadas y relación con los eventos morbosos actuales”. La innovación metodológica de tales ideas de Freud y su escuela pasó inadvertida al mismo Freud y a la medicina clínica, pero fue recuperada en 1930 en la “medicina antropológica o biográfica” de la escuela de Heidelberg. Siempre más hoy en medicina se está pasando de investigaciones sobre patologías (morbo, síndrome, enfermedad) a investigaciones sobre “historias clínicas” (de sujetos), a descripciones clínicas de la respuesta alterada de los individuos. La estructura genética ha ayudado en este proceso de individualización (personalización) de la medicina (contra el modelo epidemiológico precedente). Esto no significa que en la medicina del futuro va a existir el enfermo y no la enfermedad, sino que cada enfermo presentará una respuesta específica e irrepetible, será protagonista de un proceso único. La enfermedad tiene algo en común entre dos enfermos

²⁰ *Ibíd.*, pág. 689-90.

de ella, pero el significado, la modalidad de expresión será distinta en los dos, y esto será importante conocer, diagnosticar, tratar en la medicina del futuro²¹. La medicina tecnológica de hoy, afirma H. Gadamer, otro filósofo de la medicina²², se ha dado cuenta de sus límites en casos fuera de su alcance (crónicos, terminales, mentales), ella debe pasar del “actuar sobre” (*act upon*) el paciente al “reaccionar a él” (*react to*), tratándolo de manera apropiada. Concluyendo, se va, en el saber médico del futuro, hacia una competencia profesional que sea integrada a la participación empática, relación interpersonal, el compartir el mundo vital del paciente a partir de una anamnesis siempre más completa: esta es la humanización de la salud.

Conclusión

El sintético viaje histórico-cultural muestra claramente que no existe “la medicina”, que ella no crece en una única vía –por acumulación de datos y conocimientos–, sino que existen “las medicinas” que se integran en las respectivas culturas históricas y con ellas nacen, se desarrollan y luego vienen a ser reemplazadas por otras formas. Esto es útil para no dar nunca un valor absoluto a un modelo de atención médica, ni tanto menos verlo dogmáticamente.

La medicina occidental ha mostrado en sus 24 siglos de historia una alternancia de posiciones extremas. Ha pasado desde el extremo *reduccionista* (ej., medicina heroica que actuaba sobre la parte enferma) al otro extremo *holista* (ej., algunas medicinas alternativas que actuaban sobre el todo). Ha cambiado dando importancia al *exterior* (ej., en el siglo XVII con la defensa del contagio de la peste) a la preponderancia dada al *interior* del cuerpo (ej., en el siglo XVIII el cuerpo de fibras, la vacuna que fortalece el terreno inmunológico individual, o en el siglo IV a.C. con el cuerpo de humores que deben ser depurados). Ha alternado el *poder del médico* con el *poder del enfermo* (autocura y autonomía). Y desde hace un siglo, el poder ha pasado *al Estado* y a las *multinacionales* a través de la empresa en salud.

²¹ *Ibíd.*, pág. 691.

²² Cf. Gadamer H.G. (1996; orig. 1993). *The enigma of health* Polity Press, Cambridge, pág. 99-101.

Otras alternancias han sido desde epistemologías *racionalistas* a *empiristas*, desde planteamientos *bioquímicos* a *energéticos*, desde posturas *preventivas* a *reparadoras*, desde posiciones *materialistas* a *espiritualistas*.

Lo que ha faltado más en esta historia ha sido la virtud del *equilibrio* y de la *interdisciplinariedad*. La realidad del hombre es compleja, la enfermedad pertenece no solo a un cuerpo biológico (*Körper*), sino a un cuerpo vivo (*Leib*) e integral con una historia (relaciones, unicidad, dinamismo). Frente a tal complejidad del hombre, se necesitan lógicas no lineales (*una causa, un efecto*), sino integraciones entre saberes distintos (interdisciplinariedad, integrar las humanidades médicas y la espiritualidad), planteamientos diversos de los diferentes problemas en la enfermedad.

Absolutizar de manera reduccionista un aspecto del asunto y luchar contra otras perspectivas, según la lógica del conflicto, ha sido una característica constante de la historia médica occidental. Hoy en día, es posible cambiar de rumbo. A través de un trabajo interdisciplinario de equipo será posible plantear diagnóstico, terapia, cuidado, acompañamiento y ayuda al hombre enfermo no más desde posiciones extremas y reduccionistas (ideológicas), sino con puntos de vista más equilibrados, más cercanos a la verdad del hombre, para construir la medicina humana del siglo XXI.

Franco Voltaggio escribe que la medicina está destinada a ser en el próximo milenio un terreno de encuentro entre culturas humanas y entre ciencia y sabiduría²³. La responsabilidad de esta disciplina del hombre es, por tanto, muy alta, de ella dependerán muchas otras realidades y elecciones de la humanidad. Necesitamos seguirla con atención y cuidarla.

²³ Cf. Voltaggio F., óp. cit., pág. 556.