

Capítulo 9

MEDICINA Y MEDICINAS: DE UNA CONCEPCION DEL CUERPO A CONCEPCIONES DEL HOMBRE

Estado de los espacios

El recurso contemporáneo a las medicinas llamadas “paralelas”¹ da cuenta de la emergencia de valores ascendentes que organizan cada vez más las formas de la vida social: primacía del individuo, preocupación por lo natural, por el cuerpo, por la forma, derecho a la salud, culto de la juventud (no tanto la edad de la juventud sino su vitalidad). Valores que estas medicinas privilegian cuando no los proclaman a viva voz.² Pero esta fidelidad supone también un desfase cada vez mayor entre las demandas sociales en materia de salud y las respuestas de las instituciones médicas. Se sabe que, en general, el fracaso de un tratamiento médico lleva a los clientes a volcarse hacia prácticas de otro orden.

Para entender a partir de qué lógicas sociales y culturales se construye en los usuarios el hecho de recurrir a las “medicinas paralelas”, hay que formularse preguntas acerca de la crisis del modelo hegemónico, el de la institución médica que, en la actualidad, deja de tener el consenso social con el que, en apariencia, se

¹ Habría que escribir una mitología, en el estilo de R. Barthes, sobre los calificativos que se adjudican estas medicinas: paralelas, diferentes, alternativas, globales, suaves, naturales, distintas, empíricas, etcétera.

² Las medicinas populares se sitúan en otro espacio: tienen una antigua legitimidad social, arraigada en las tradiciones; reciben, actualmente, cada vez mayor apoyo y respetabilidad, que modifica su base social, gracias a la brecha abierta en la institución médica.

benefició desde comienzos de siglo. Este movimiento comenzó hace unos diez años.

En realidad, debemos recordar que la medicina se impuso con oposiciones, especialmente en los sectores populares en donde combatía las tradiciones medicinales y a los curanderos. La lucha contra éstos se daba, a veces, menos en el terreno de la enfermedad que en el de los tribunales, a partir de la ley de 1892 que organizó la profesión y le aseguró el monopolio del derecho a curar.³ Lo que se impidió fue el sutil privilegio de sanar o la capacidad para imponerse socialmente, ya que la vivacidad de las medicinas populares nunca fue desmentida, a pesar de la fuerte oposición de los médicos y la vinculación sistemática que se realizó, durante muchos años, entre charlatanes y curanderos.⁴

No planteamos que la medicina no haya tenido que combatir, con total legitimidad, a muchos charlatanes durante el siglo XIX (véase J. Léonard), cuando intentaba asentar su autoridad en las poblaciones. Pero supo utilizar a los charlatanes y a sus irrisorias pretensiones para llevar adelante su causa y extender, hábilmente, las acusaciones a todos los curanderos tradicionales que no pertenecían, por formación y legitimidad, al sistema de referencias de la medicina. El charlatán es el que no es médico. Como si la habilidad para aliviar el sufrimiento o para curar fuese una naturaleza, de pronto, concedida por un diploma que pondría, de una vez y para siempre, al médico fuera de toda sospecha.⁵ Históricamente, los que eran tachados de charlatanes por los médicos, eran, en principio, vendedores ambulantes que iban de ciudad en ciudad vendiendo pociones de eficacia desigual cuyos

³ Sobre la historia de la medicina en el siglo XIX y, especialmente, las vicisitudes con las que se topa en la búsqueda de legitimidad social, véase Jacques Léonard, *La France médicale au XIX siècle*, París, Gallimard, 1978.

⁴ Véase, por ejemplo, las dificultades que encontró la quiropraxia. Véase Pierre-Louis Gauchet, *La chiropractique, contribution à l'histoire d'une discipline marginalisée*, Le Mans, Jupilles, 1985.

⁵ Es evidente que el problema es más complejo. Si el charlatán es el que da ilusiones pero no cura, el médico está expuesto al mismo riesgo que el curandero. La relación terapéutica se construye, no está dada. Cuidar y curar no necesitan sólo de un saber, sino también y, especialmente, de un saber-hacer y de un saber-ser, es decir de la eficacia de los métodos que se usan y, también, de cualidades humanas, intuición, etc. Las medicinas tradicionales, especialmente las que conocemos en Francia o en Europa, demuestran, en este sentido, que su eficacia está basada en otra definición del hombre. Sobre la charlatanería de los médicos y la mala reputación que tenían en los medios populares, véase la colección de proverbios de Françoise Loux y Philippe Richard, *Sagesse du corps. La santé et les maladies dans les proverbes français*, París, Maisonneuve & Larose, 1978, p. 159 y ss.

méritos sabían propagandizar. Los curanderos populares no pertenecen a este registro: hipnotizadores, ensalmadores, , manasantas, tiradores de suerte, etcétera. Estos son terapeutas fuertemente insertos en un campo social y cultural, a menudo curanderos ocasionales a los que el vecindario les otorga una reputación favorable luego de haber demostrado eficacia para curar más de una vez. Se trata del boca en boca, es decir, de la verificación popular, el consenso que brindan los interesados, el que basa la legitimidad de los curanderos, no el carácter científico de su accionar, que se establece sobre la base de un consenso de otro orden.

La acusación de charlatanería va más allá del simple vendedor ambulante y alcanza también al curandero rural, con lo que se pone en evidencia una lucha de precedencia, por medio de la cual la cultura erudita se arroga el derecho de juzgar, de manera absoluta, otros sistemas culturales y, fuera de toda comprensión antropológica acerca de su eficacia, ahogar costumbres y creencias imposibles de pensar a partir de sus categorías mentales. El conflicto entre médicos y curanderos es, en primer término, un conflicto de legitimidad, que opone el saber elaborado por la "cultura erudita", encarnado en las instancias universitarias y académicas, a los conocimientos de los curanderos tradicionales, menos formalizables, provenientes del saber popular y de la experiencia particular del practicante. Se trata de visiones del mundo, de enfoques opuestos sobre el cuerpo y la enfermedad, en fin, de dos concepciones del hombre. La medicina, en su diversidad, y el curanderismo, en la suya, representan dos polos del saber y de la acción. Sus modos de validación son contradictorios. Lo que no significa que uno u otro sea falso. La pertinencia de un acto terapéutico no significa que otro sea erróneo, pueden diferir en la modalidad de aplicación y, sin embargo, lograr los mismos resultados positivos. Esto es lo que, actualmente, muestra el campo diversificado de los recursos terapéuticos en la modernidad y su eficacia bien repartida.

El centralismo de la medicina no dejó de ser cuestionado por los disidentes que surgieron de ella misma (homeopatía, quiropraxia, etc.) y por las medicinas tradicionales. La pluralidad de medicinas que se practican actualmente apenas deslucen a las que se practicaban en épocas precedentes. Hoy, por supuesto, hay un florecimiento de las "nuevas" medicinas, pero la institución médica nunca conoció, en los hechos, el monopolio que la ley le concedía. El cambio que se produce hoy es el del paso de la clandestinidad de una cantidad de prácticas a una especie de oficialización

relativa que puede verse en las obras de divulgación, en revistas (*L'impatient, Médecine douce*, etc.), en títulos que aparecen con frecuencia en revistas de gran difusión, en la creación de asociaciones, en la publicación de guías con direcciones, en publicidades o en avisos clasificados en los diarios para dar a conocer a los que las practican,⁶ la organización de debates en la radio o en la televisión. Este hormiguo de las medicinas, aunque las facultades no las hayan oficializado, o aunque la Seguridad Social no reembolse su costo, le restituye al usuario la posibilidad de una elección a partir, únicamente, de la información que él mismo se ha procurado. Es posible ver en esto una especie de revancha tardía de los sujetos en contra de la reivindicación monopólica de la medicina y, al mismo tiempo, la victoria de la ideología médica que ve en todo hombre un enfermo al que hay que prevenir o curar: "Un hombre sano es un enfermo que se ignora" decía el Dr. Knock. La preocupación por la salud y por la forma son las claves de los valores de la modernidad.

Crisis de la institución médica

La medicina quiere situarse fuera del marco social y cultural al detentar la palabra verdadera, la única "científica" y por lo tanto, intocable. Remite al conjunto de las otras medicinas, occidentales o no, a la duda acerca de la validez. Todo sucede como si la medicina occidental fuese la vara con la que se midiesen todas las otras posibilidades de acercamiento a la enfermedad. Para medir la crisis de la institución médica, y entender los socio-lógicos que

⁶ El modo de encontrar clientes a partir de los avisos clasificados es una marca, por otra parte, de la deriva de las medicinas populares en la sociedad moderna. Expone a un descrédito a los que recurren a ellos puesto que la cura tradicional está basada en lo que se dice de boca en boca, que es una especie de garantía. En este análisis dejamos de lado a los "curanderos" que cuentan sólo con su propia propaganda y que, con frecuencia, no disponen de ninguna cualidad terapéutica en especial, salvo la que les otorga la eventual confianza de los pacientes. En las ciudades, especialmente, se plantea una cuestión sociológica a partir de la cantidad de "curanderos" cuya seriedad es, muchas veces, difícil de evaluar, puesto que funcionan fuera de los marcos tradicionales, utilizando el modelo de las profesiones liberales. En cuanto a la eficacia terapéutica, es más difícil aun de apreciar por el hecho de que no se trata de otra "naturaleza" del curandero, sino, en principio, de una modalidad de acción que se construye dentro de una relación y que no puede reproducirse, obligatoriamente, cada vez.

ampanan la eclosión de las medicinas "paralelas", hay que reflexionar sobre esto. Interrogar a la medicina como institución social, especialmente a través de la visión del hombre que defiende y de la representación del cuerpo en que se basa.

Hoy, la institución médica está desbordada en su interior por las exigencias de muchos médicos que se reconocen con dificultades dentro del marco clásico y, a menudo, optan por estas "nuevas" medicinas (homeopatía, acupuntura, auriculoterapia, quiropraxia, osteopatía, etc.) o bien intentan tomar más en cuenta la personalidad del enfermo en el contexto familiar y entonces son, como médicos clínicos tanto como especialistas, lo que antes era el "médico de familia", tradición que se ha perdido. También está desbordada externamente, por la emergencia de nuevos terapeutas (osteópatas, quiroprácticos, sofrólogos, etc.) que se levantan en contra del monopolio del derecho a la cura de los médicos y que intentan imponerse en el mercado de la salud. Finalmente, se encuentra desbordada por el resurgimiento de las medicinas populares (hipnotismo, videntes, radiestesia, etc.) cuyos procedimientos (especialmente las técnicas corporales) son utilizados fuera del contexto rural y tradicional por sujetos de clase media y que viven en las ciudades. Finalmente, hay que subrayar que los recursos no constituyen compartimentos estancos. Los usuarios, en general, van, simultáneamente, al médico y al curandero,⁷ recurren a la medicación homeopática y a la medicación clásica, etc. También conocemos curanderos (hipnotizadores) que a veces envían a un paciente al médico o a un practicante de medicinas suaves; médicos que envían a ciertos pacientes a curanderos; o curanderos que intervienen, a veces de manera clandestina, a veces no, en los servicios hospitalarios, para aliviar a los enfermos y, a veces, curarlos. No sólo manos santas para las quemaduras, zonas, etc., sino también hipnotizadores que pueden intervenir en patologías más complejas.

Para delimitar mejor los motivos de la crisis de la institución médica, es interesante construir, aceptando los límites de esta esquematización, una especie de tipo ideal (en el sentido de la sociología comprensiva de Max Weber) de la práctica y de la visión del cuerpo en que se basa, poniendo el acento no en los logros sino en lo que puede aparecer como sus carencias antropológicas, en lo que hoy se le critica, en las fuentes de la fuerza y de la legitimidad, frente a los usuarios, de las medicinas "paralelas".

⁷ Véanse ejemplos sobre este recurso doble en Françoise Leroux, *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Flammarion, 1978.

Saber sobre el hombre, saber sobre el organismo

Históricamente, a partir de la *Fabrica* de Vesalio, la invención del cuerpo en el pensamiento occidental responde a una triple sustracción: el hombre es separado de él mismo (distinción entre hombre y cuerpo, alma y cuerpo, espíritu y cuerpo, etc.); separado de los otros (paso de una estructura social de tipo comunitario a una estructura de tipo individualista); separado del universo (los saberes de la carne no provienen de una homología entre el hombre y el cosmos, sino que son singulares, le pertenecen sólo a la definición intrínseca del cuerpo). Es probable, en efecto, que las teorías del cuerpo que buscan en su propia materialidad sus principios de análisis, sin recurrir a significaciones con una existencia autónoma y externa, estén vinculadas con sociedades que perdieron el arraigo holista a favor de una división individualista. El cuerpo, en efecto, funciona como un "principio de individualización" (Durkheim), es una especie de mojón fronterizo que encierra la realidad del sujeto y lo diferencia de los demás. A partir de los primeros anatomistas, y especialmente de Vesalio, la representación del cuerpo deja de ser solidaria con una visión holista de la persona; deja de ir más allá del cuerpo para buscar, por ejemplo, en un universo humanizado, el principio de su visión del mundo. Los anatomistas distinguen al hombre del cuerpo, desarmen cadáveres y se inclinan sobre el "hermoso ejemplo de la máquina humana" (Marguerite Yourcenar) cuya identidad es indiferente. El punto de partida epistemológico de la medicina está basado en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo separado del hombre, valorizado, percibido como el receptáculo de la enfermedad. Con Vesalio, se instaura un dualismo metodológico que nutre, aún en nuestros días, las prácticas y las investigaciones de la institución médica. El saber anatómico y fisiológico en que se basa la medicina consagra la autonomía del cuerpo y la indiferencia hacia el sujeto al que encarna. Hace del hombre un propietario más o menos feliz de un cuerpo que sigue designios biológicos propios.

Una antropología residual

Para comprender mejor, el médico despersonaliza la enfermedad. No se la ve como la herencia de la aventura individual de un hombre en un espacio y en un tiempo, sino como la falla anónima de una función o de un órgano. El hombre es alcanzado de rebote por una alteración que sólo le concierne al organismo. La enfermedad está planteada como si fuese una intrusa que surge a partir de una serie de causalidades mecánicas. En la elaboración gradual de su saber, de su saber-hacer, la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, al sentido de la enfermedad, para considerar solamente al "mecanismo corporal". La medicina apuesta al cuerpo, está basada en una antropología residual. No es un saber sobre el hombre, sino un saber anatómico y fisiológico, que hoy llega a su grado extremo de refinamiento. La hiperespecialización de la medicina actual en torno de ciertas funciones u órganos, la utilización de nuevas tecnologías de diagnóstico por imágenes, el recurso terapéutico a medios cada vez más dependientes de la técnica, especialmente a sistemas informatizados de diagnóstico, son lógicas médicas, entre otras, que llegan a un desenlace. El cuerpo ya estaba diferenciado del hombre, pero hoy se encuentra fraccionado en extremo. Al hombre se lo concibe *in abstracto*, como el fantasma que reina en un archipiélago de órganos, aislados, metodológicamente, unos de otros.

El fundamento de la medicina es, esencialmente, una física del hombre que compara los movimientos fisiológicos y su arraigo anatómico y funcional con una máquina sofisticada. Basta con conocer el proceso *nosológico* y las reacciones del cuerpo respecto del mismo, para delimitar la enfermedad, entendida como extranjera.⁸ El estilo de cada médico permite atenuar esta percepción mecanicista. También la existencia del médico de familia (hoy el médico clínico) que conocía muy bien la familia y la historia del paciente y que hacía intervenir, intuitivamente, otras variables en la apreciación de la enfermedad y de los medios para curarla. En esta relación más personalizada, el médico es algo diferente de un técnico en el cuerpo humano. Puede, si es competente y sensible, llegar al enfermo más allá de la pantalla del síntoma.

⁸ Para un enfoque comparado de la medicina occidental y de la medicina oriental, léase el hermoso artículo de Margaret M. Lock, "L'homme-machine et l'homme microcosme, l'approche occidentale et l'approche japonaise des soins médicaux". *Annales ESC*. 35. n° 2. 1980.

En la búsqueda de una eficacia propia, la medicina construyó una representación del cuerpo que coloca al sujeto en una especie de posición dual respecto de sí mismo. El enfermo es sólo el epifenómeno de un acontecimiento fisiológico (la enfermedad) que sucede en el cuerpo. El lenguaje de los enfermos (“el corazón empieza a gastarse”, “es el colesterol”, etc.) o el de la rutina de algunos servicios hospitalarios (“el pulmón de la 12”, “la escara de la 34”...) registran correctamente este dualismo que diferencia entre hombre y cuerpo, y a partir del cual la medicina estableció sus procedimientos y su búsqueda de eficacia, al mismo tiempo que sus límites. Esta apoyó, paralelamente, una visión instrumental del cuerpo, tal como puede verse en estos ejemplos: “reparar el cuerpo”, “colocar las ideas en su lugar”, etc. El hombre, con una identidad propia, ocupa un lugar anónimo en este edificio de conocimiento y de acción.

Esta visión de la enfermedad sólo puede llevar a que el enfermo se abandone, pasivamente, en las manos del médico y espere que el tratamiento haga efecto. La enfermedad es algo distinto de él: el esfuerzo que pueda hacer para curarse, la colaboración activa no se consideran elementos esenciales. El paciente no es llevado a preguntarse sobre el sentido íntimo del mal que lo aqueja, ni a hacerse cargo de él. Lo que se le pide, justamente, es que sea paciente, tome los remedios y espere los efectos.

Este es el escollo de una medicina que no es la del sujeto: se recurre a un saber sobre el cuerpo que no incluye al hombre. Las razones de su eficacia son las mismas que las de sus errores. La elección de una mirada, de una moral, ilumina ciertos hechos y deja a otros en la sombra. La medicina considera sus logros superiores a sus errores. Pero de esta manera da pie a un debate público. La medicina, con frecuencia, cura una enfermedad, pero no a un enfermo, es decir, a un hombre inscripto en una trayectoria social e individual. Los problemas éticos que surgen actualmente por las investigaciones en biotecnología, por la terapéutica encarnizada o la eutanasia, son las muestras más sobresalientes de esta apuesta médica al cuerpo y no al sujeto.

En estas condiciones, muchos médicos no consideran esencial la relación que se establece con los pacientes (y, paradójicamente, esto sucede también en la psiquiatría), la consulta o la visita a la casa del enfermo se reduce sólo a recoger la información necesaria para realizar el diagnóstico.⁹ En la medicina liberal, a menudo a

⁹ En la senda abierta por los trabajos de M. Balint, que justamente investigó el valor de las caricias en la relación terapéutica, muchos médicos encuentran hoy la importancia del diálogo con el enfermo, la necesidad del contacto. Se dan

causa de la necesidad de rentabilidad, muy poco terapéutica para el paciente; en la medicina hospitalaria el aspecto de las relaciones se traslada a las enfermeras o ayudantes. El médico valora más el aspecto técnico de la profesión. Un ejemplo claro: el movimiento que existe actualmente a favor de acompañar a los moribundos (a veces, simplemente, a favor de acompañar a los enfermos), toma nota de la negligencia respecto de la gente que está al final de la vida, del abandono del que, a menudo, son víctimas en los hospitales, en nombre del famoso “fracaso” del médico (más elegantemente se habla del “fracaso de la medicina”). No se trata de soledad o abandono técnico, sino humano. El moribundo provoca el vacío a su alrededor. René Schaerer, que luchó mucho por la humanización del hospital, habla, significativamente, de la “parte militante de su trabajo” cuando recuerda, como médico cristiano (o, simplemente, responsable), el acompañamiento de los enfermos terminales en un servicio de oncología en el hospital de Grenoble.

La eficacia simbólica

El malestar actual de la medicina, y más aún el de la psiquiatría, y el flujo de enfermos derivado hacia los curanderos y los que ejercen las llamadas medicinas paralelas, muestran la fosa cavada entre el médico y el enfermo. La medicina está pagando por su desconocimiento de datos antropológicos elementales. Olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y que el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar.¹⁰

cuenta, cada vez más, de que el enfermo es, en primer término, alguien que sufre en la vida antes de sufrir en la carne. De esto se dieron muy bien cuenta las medicinas “paralelas”.

¹⁰ Por supuesto que no hay una sola medicina. Es muy difícil escribir sobre este tema a causa de las diferentes prácticas que se nutren de la medicina. Es esencial la responsabilidad del médico. Sabemos que en los hospitales la calidad de la presencia frente a los enfermos no es la misma de un servicio a otro. Hay servicios que gozan de una excelente reputación por como reciben a los enfermos, porque hay un clima de confianza, porque se preocupan por articular las especialidades, en tanto que otros funcionan autoritariamente, cada especialidad actúa por su cuenta, en detrimento de los cuidados que se les brindan a los pacientes. Los servicios hospitalarios están atravesados por las mismas tensiones que todos los grupos. La actitud del jefe de servicio es, la mayoría de las veces, la fuente del clima institucional nocivo o favorable. La eficacia terapéutica no puede dejar de verse afectada por estos datos.

Hay una pluralidad de los cuerpos del mismo modo que hay una pluralidad de las culturas. Sin embargo, estructuras antropológicas comunes se dejan adivinar bajo el cambiante semblante de las cosas. El cuerpo es una construcción social y cultural y su "realidad última" no está dada. El cuerpo mezcla, desordenadamente, sus acciones y sus constituyentes con la simbólica social, y sólo puede comprendérselo en relación con una representación que nunca se confunde con lo real pero sin la cual lo real no existiría. El simbolismo social es la meditación por medio de la que el mundo se humaniza, se nutre de sentido y de valores y se vuelve accesible a la acción colectiva. El ser metáfora, ficción operante, pertenece a la naturaleza del cuerpo. Freud, en sus *Estudios sobre la histeria* (1895), escritos en colaboración con J. Breuer, abrió la primer brecha en este modelo. El cuerpo que el psicoanálisis explora revela una "anatomía fantástica", invisible a la mirada, que supera a las representaciones médicas y muestra sus lagunas en el plano antropológico. La carne es transparente a las representaciones del inconsciente. Las venas de Eros irrigan los órganos o las funciones del organismo. A la representación del cuerpo de la medicina, impersonal y fuera del tiempo, mecanicista, Freud le opone un enfoque biográfico, vivo y singular. Deja que hable "el poema del cuerpo" como dice Pierre Fédida, quien agrega que "las partes del cuerpo, los órganos, así como las posiciones y las actitudes, están primitivamente comprometidos en la escena imaginaria de las fantasías más arcaicas. Así como el psicólogo designa su síntesis en la imagen (extendida como imagen del cuerpo), ¿el cuerpo no es el efecto de una elaboración secundaria? En cuyo caso el psicoanálisis puede ocuparse de él sin tratarlo como el contenido manifiesto de un sueño".¹¹

Sueño de un individuo singular de acuerdo con su historia personal, pero también, y en primer término, sueño de una comunidad humana en un determinado momento de su historia. La segunda brecha abierta en el modelo de la medicina es la de la antropología. Como todo lo que constituye sentido, el cuerpo es una ficción muy real que recoge el crédito de una sociedad dada, una representación unánime o diferencialmente compartida, pero cuya extensión más allá del grupo plantea dificultades. No puede existir conocimiento radical y definitivo del cuerpo cuando las definiciones y acciones obedecen a modelos contradictorios de un área social y cultural. Y estas representaciones, estas creencias, no son fantasías, suplementos sin incidencia en la naturaleza de

las cosas, sino que a partir de ellas los hombres actúan sobre el mundo y el mundo sobre el hombre.

M. Mauss estudió la fuerza de estas representaciones a partir de "idea de muerte sugerida por la colectividad"¹² respecto de un individuo que, por alguna razón (infracción de un tabú, magia, etc.) es aislado de la trama religiosa que lo sostenía en su relación con el mundo. Como consecuencia de haber cometido una negligencia o una ofensa, el sujeto se vive a sí mismo como desligado de toda protección social y religiosa, interioriza la idea de que la muerte lo persigue y, en efecto, muere algunos días después. Este es el efecto de la palabra colectiva que muestra, maravillosamente, la porosidad del cuerpo respecto de la acción del símbolo. Los constituyentes de la persona no son extraños a la palabra colectiva que presagia la muerte o incita a la vida. La eficacia simbólica que analizó C. Lévi-Strauss no provee solo la mayor energía que permite curar sino que, en ciertas condiciones, le abre el camino a la muerte o a la desgracia. La brujería funciona, por supuesto, de acuerdo con una lógica social de este orden. Si la palabra o el rito pueden terminar con un síntoma o provocar la muerte, es porque encuentran, desde el comienzo, eco en el cuerpo, resonancia en la carne. La palabra, el rito o el cuerpo tienen, aquí, la misma fuente. La materia prima es común: la trama simbólica. Sólo difieren en los puntos de ataque. Si el símbolo (el rito, la súplica, la palabra, el gesto...), en ciertas condiciones, actúa con eficacia, en tanto que en primera instancia parece que el objeto sobre el que se aplica tiene naturaleza diferente (el cuerpo, la desgracia, etc.) es porque se mezcla, como el agua con el agua, al espesor de un cuerpo o de una vida que, ellos mismos, constituyen tejidos simbólicos. No hay contradicción entre los dos términos de la intervención que mediatiza el operador (chamán, tirador de suerte, médico, psicoanalista...). Este completa un desgarramiento en el tejido del sentido (el sinsentido del sufrimiento, de la enfermedad, de la desgracia), combate la estática del símbolo, por medio de otras formas simbólicas. Sus actos contribuyen a una humanización, a una socialización del trastorno.

¹² Marcel Mauss, "Effet physique chez l'individu de l'idée de la mort suggérée para la collectivité (Australie, Nouvelle-Zélande)", en *Sociologie et anthropologie* Paris PUF. 1950.

La eficacia médica

La medicina, en la búsqueda de la mejor objetivación, plantea la separación absoluta entre el sujeto y el objeto de conocimiento, se separa del enfermo y de la enfermedad para que ésta sea la base del saber. Los médicos denominados "blandos" toman un camino diferente: en principio no dejan de lado lo que sucede entre el enfermo y el médico y se esfuerzan por vincular el mal con el sujeto. Este camino fue llevado aún más adelante por las medicinas populares, especialmente por los hipnotizadores cuyo saber sobre la enfermedad no proviene de un aprendizaje aislado sino de una experiencia vívida de la enfermedad, prueba superada, que un aprendizaje posterior prolonga. El curandero le anuncia al enfermo la "fuerza" que éste poseía sin saberlo. Esto es lo que, en general, muestran las historias de vida de los curanderos. Las medicinas populares están basadas en un conocimiento (en el sentido de co-nacer:¹³ nacer con el otro) más que de un saber (universitario), su fundamento proviene más de lo existencial que de lo científico. La ciencia marca la repetición de un saber probado, pero separado del objeto al que apunta. El médico no está habilitado para curar por haber estado enfermo, sino porque posee un saber profundo, acreditado por un diploma. En cambio, el hipnotizador¹⁴ estuvo enfermo y entra en contacto con otro curandero que reconoce sus cualidades, luego llegará un día a curar. Si se plantea que la eficacia simbólica es un proceso antropológico que se establece entre el curandero y el enfermo, la concepción médica que distingue absolutamente ambos términos tiene, en este sentido una carencia, que el saber de otro orden no puede siempre llenar. La medicina se aleja, entonces, de un recurso, el de lo simbólico que, sin embargo, podría potenciar sus efectos. No es que la dimensión simbólica esté ausente de la relación médico-paciente, siempre está ahí, tanto más si el médico cuenta con la confianza del paciente, pero la instauración de esta eficacia está limitada por la posición cultural y social del médico, por el carácter en general técnico de las terapias que éste recomienda. En la relación médico-paciente (y *a fortiori* en el campo psiquiátrico,

¹³ En francés *connaître* es conocer; *co-naître* sería co-nacer (N. de la T.).

¹⁴ Este camino tiene gran universalidad: la experiencia de la enfermedad como vía para entrar en los procedimientos de curación de los otros. Véase, por ejemplo, Mircea Eliade, *Le chamanisme et l'expérience archaïque de l'extase*, París, Payot, 1968; Marcelle Bouteiller, *Médecine populaire d'hier à aujourd'hui*, Maisonneuve & Larose, 1966.

aún más significativo), los elementos que hacen más dinámica la eficacia del símbolo sólo se encuentran de manera residual: la pertenencia a un mismo tejido de sentido, la dimensión comunitaria y el consenso social que lo rodea. Ahora bien, la medicina moderna nunca dispuso de una unanimidad total, nació al mismo tiempo que el individualismo occidental. Su propio recorrido implica el aislamiento del enfermo y la división de las tareas. Además, la distancia social y cultural a veces es grande entre el médico, hombre importante, poseedor de un saber esotérico que raramente intenta compartir y el paciente, que no posee ningún saber sobre sí mismo, que ignora las significaciones que lo atraviesan y que está destinado a no comprenderlas.

El efecto placebo

Las condiciones de eficacia de la medicina son también, frecuentemente, las razones de sus fracasos o de sus dificultades. El hecho de haber apostado a la eficiencia técnica le impide asociarla a una eficiencia de otro orden. Numerosas investigaciones sobre el placebo llevadas a cabo en el campo médico mostraron, sin embargo, la importancia de la manera en que los medicamentos y cuidados son administrados a los enfermos. Fue posible medir la fuerza del imaginario, es decir las significaciones que el enfermo asocia a los medios curativos que se utilizan con él, a través de procedimientos experimentales comunes. Habría un estudio apasionante para hacer sobre el uso del término placebo en la literatura médica como analizador de la capacidad del médico para tomar en cuenta los datos antropológicos de la relación terapéutica. La noción de "efecto placebo" es la reformulación médica del vector simbólico vinculado con las curas, implica que la manera de dar cuenta tanto como la naturaleza del producto que se da y como el acto de dar. Muestra que el terapeuta, sea quien sea, cura tanto con lo que es como con lo que hace. El saber-ser se muestra, a veces, como más eficaz que el saber-hacer, al punto de invertir los datos farmacológicos. También en este caso el cuerpo muestra su naturaleza simbólica y el carácter relativo del modelo fisiológico. "El efecto placebo" apunta también a las proyecciones del enfermo, al trabajo del imaginario que agrega al acto médico un suplemento decisivo. Subraya los límites de la relación terapéutica, cuando se la encara de una manera demasiado "técnica".

Pero el discurso médico a menudo imputa la mayor eficacia a la credibilidad del paciente, a su ignorancia, y el desafío al entendimiento es desarticulado por medio de una actitud más o menos bromista respecto del paciente.

Traducción de la antropología residual que se dibuja sobre el saber médico. En las conclusiones de investigaciones experimentales sobre el *placebo*, se habla, eventualmente, no sin reticencias, de las “necesidades” psicológicas del enfermo, otra manera de reducir la complejidad de las cosas y de mantener intacto el dualismo hombre-cuerpo. Se supone que el remedio, el tratamiento o la operación quirúrgica, por ejemplo, actúan por la objetividad de sus características, de manera directa sobre el cuerpo. El suplemento que puede encontrarse en el efecto *placebo* no es un asunto de la medicina.

Aun cuando algunos médicos dicen que la cura de sus enfermos “se dio en la cabeza” o “porque creían en ella”, aun cuando el remedio se revele como un *placebo*, en lugar de provocar indulgencia e incluso desprecio, estos hechos deben provocar un cuestionamiento sobre el sentido de esta eficacia. En la cura de estos enfermos hay algo que escapa, de lejos, a estas frases hechas y que va más allá del caso personal. La eficacia simbólica es una noción extraña al saber médico.

La actitud coherente en este caso es la del médico que con comprensión toma en cuenta estos datos en la administración de remedios y en la calidad de su presencia frente al enfermo.

Así sucede, por ejemplo, con ese profesional lleno de paciencia y de tacto ante un enfermo africano que se niega a tomar, simultáneamente, varios remedios. Le pregunta al hombre si el padre, cuando iba al monte a cazar una fiera grande llevaba una sola flecha. A la respuesta negativa del enfermo, el médico le dice que él tampoco puede “matar” la enfermedad sin recurrir a varios remedios a la vez, como el padre no podía con la fiera sin varias flechas.

Al encontrar el “contacto” y el símbolo (que van juntos) el médico provoca la adhesión del paciente al tratamiento terapéutico. Este puede, entonces, darle un sentido pleno a la medicación. El juego de la estima y de la confianza puede instaurarse y alimentar la relación terapéutica (si el médico está “presente” en lo que dice, por supuesto. No se trata de una fórmula, ni de una receta, sino de la constitución de un intercambio). El médico, a través del reconocimiento del paciente, le agregó a la eficacia farmacológica la eficacia simbólica. Y es posible pensar que la eficacia de la primera no será total salvo que esté asociada a la segunda. La acción

simbólica potencializa los efectos fisiológicos que el acto médico induce.

Otros estudios muestran, por otra parte, que las plantas o las drogas tienen una acción farmacológica más o menos común sobre el conjunto de los hombres, pero que sus efectos se modifican de acuerdo con los contextos culturales¹⁵ en que se utilizan. No hay una objetividad estricta de la acción de los principios activos, la cultura (o la creencia personal del sujeto, como en el efecto *placebo*, o las del grupo que rodea al enfermo y que ocupa el lugar de la cultura) o el campo social multiplican, anulan o desvían los efectos químicos.

Otras medicinas, otras antropologías

A la inversa, la ironía sobre el *placebo*, la superstición o la ignorancia, son tanto juicios de valor como desconocimiento y estigmatizan diferentes visiones del mundo pero, especialmente, cortan el contacto con el enfermo que no se siente ni respetado ni reconocido. El médico interrumpe la circulación del símbolo y se priva de un recurso esencial. Aunque la medicina no deja de tropezarse con la irreductibilidad del símbolo, nunca reveló el desafío en tanto disciplina; ésta es, según nosotros, la principal causa de su fracaso en imponerse de manera total a partir de que la ley de 1892 le dejara el campo libre. Sometida a la prueba de los hechos, nunca logró convencer a los diferentes componentes sociales del buen fundamento de este monopolio. La presunción de ignorancia que se aplica al enfermo (o a las medicinas que no controla), que le asegura a la institución médica la certeza y la superioridad de su saber, alimenta también la desconfianza y las deserciones de una clientela que busca en otra parte una mejor comprensión. Esta es, para nosotros, la falla más arraigada y la más decisiva de la institución médica, la que caracterizó su actitud a fines del siglo XIX y durante éste, frente a las medicinas populares y, hoy, frente a las medicinas “blandas”. También la encontramos en los denominados países del “tercer mundo” en los

¹⁵ Véanse, por ejemplo, Peter Furst, *La chair des dieux*, París, Seuil, 1974; Howard Becker, “Les fumeurs de marijuana”, en Claudine Herzlich, *Médecine, maladie et société*, La Haya, Mouton, 1974.

que la incomprensión frente a las tradiciones y poblaciones locales generó, a menudo, errores e hizo difícil el contacto con los enfermos.¹⁶ Si no se busca un intercambio comprensivo con el enfermo, el establecimiento de una connivencia, el médico se expone a la ineficacia del tratamiento que prescribe. El ser médico tiene su origen tanto en el arte como en la ciencia; el campo de conocimientos y de acción de la medicina, si no transmuta en sensibilidad, si funciona como un repertorio de recetas indiferentes, se aísla de los datos antropológicos, se vuelve “demasiado lleno de saber” y le hace de pantalla a la pulsación íntima de las situaciones. El vector simbólico sólo funciona de modo residual (inversión en la persona del médico o en la técnica). La demanda, bien conocida, de remedios por parte de los pacientes está, con frecuencia, vinculada con una carencia de relación. El medicamento toma el lugar de la escucha o del contacto que no tiene el tiempo suficiente como para satisfacer al paciente, para reconocerlo en su sufrimiento. La dimensión simbólica se restaura, de contrabando, por medio de este recurso.

En el campo, en Francia, los saberes tradicionales sobre el hombre enfermo, especialmente los que conciernen a la cura, no han desaparecido, más allá de la oposición de la medicina. Estos siguieron su desarrollo subterráneo hasta nuestros días y basan su legitimidad en la costumbre o en el “boca en boca”. Secularmente limitados a las capas populares, la influencia que detentan no deja de crecer, de ganar otras capas sociales, especialmente como consecuencia de la crisis de confianza que afecta a la medicina desde hace una decena de años. Esta búsqueda de prácticas que hasta hace poco tiempo eran planteadas como “irracionales”, “mágicas” o dignas sólo de los charlatanes, el cambio de perspectiva que hay respecto de éstas, muestran esta sorda resistencia social que G. Balandier denominó “recurso a la contra-modernidad”. El hombre de la ciudad que va al campo y que, posiblemente, se encuentra con sus raíces, está buscando una cura posible de trastornos que la medicina no pudo curarle, pero, además, encuen-

¹⁶ No nos referimos a la medicina de los campos de refugiados o a la medicina de urgencia que trata a grupos en general mal socializados y no integrados a la cultura, sino a la ayuda médica que se aplica a países que ya disponen de medicinas locales y tradiciones. Este contacto con las poblaciones y la eficacia de la ayuda sólo pueden construirse en el diálogo entre grupos, no en la imposición unívoca de una medicina planteada como la única verdad. Véase, por ejemplo, el estudio realizado en Novo Iguaçu, en las afueras de Río, Maria-Andrea Loyola, “Les thérapeutiques populaires dans la banlieu de Rio”, *L'esprit et le corps*, París, MSH 1982

tra una nueva imagen del cuerpo, mucho más digna de interés que la que le da la anatomía o la fisiología. Más allá de una eventual cura, gana una dimensión simbólica que viste a su cuerpo y, por lo tanto, a su propia existencia de hombre, con un valor y con un imaginario que le faltaban. Enriquece su vida con un suplemento de alma, que no es otra cosa que un suplemento de símbolo. Asimismo, las medicinas “blandas” le dan al enfermo un aumento de sentido que es necesario para la seguridad ontológica. Los orígenes orientales de la acupuntura, la eficacia simple y desconcertante de la homeopatía, el llamado a la “energía”, las referencias a la “suavidad”, a la “diferencia”, a las “alternativas”... son significantes que movilizan los recursos del imaginario.

La ensoñación se junta con la comprensión y le da al enfermo una reserva de sentido en la que puede abreviar para mantener el mal a la distancia y desarticular su ansiedad. La posibilidad de recurrir al imaginario lo preserva del sentimiento de no ser comprendido por el médico y de sentirse desnudo frente a la complejidad de los trastornos. El discurso médico no permite tomar estas distancias. Al respecto, podríamos oponer el imaginario cósmico y “optimista” de las medicinas paralelas a las restricciones del imaginario de la institución médica y a la connotación más “pesimista” de sus asunciones. El calificativo de “blandas” de la mayoría de las otras medicinas, implica una respuesta directa.

En el plano social y antropológico, el médico y el curandero funcionan como sujetos de los que se supone que saben y de los que se supone que curan. La legitimidad de uno está asegurado por una larga estadía sobre los bancos de la universidad y porque se le otorga un diploma, la del otro por su arraigo en el seno de una comunidad humana y por la difusión de boca en boca que alimenta un consenso acerca de la presunción de eficacia. Oposición tradicional entre la cultura erudita y las culturas populares que no proceden de las mismas lógicas sociales. Hoy, sin embargo, este esquema se ve superado por la emergencia de nuevas prácticas cuya legitimidad terapéutica se encuentra a mitad de camino entre estos dos modos de reconocimiento social. Ejercidas, en general, por sujetos provenientes de las clases medias urbanas, utilizan tanto el “de boca en boca” (muy activo en el reclutamiento de la clientela de las medicinas denominadas “paralelas”) como la posesión de un diploma universitario (acupuntura, homeopatía...) o no universitario (osteopatía, quiropraxia, sofrología, masajes...). Las medicinas paralelas reúnen las condiciones de un consenso social y de una fuerte inversión personal de los que acuden a ellas (costo mayor no considerado por la Seguridad Social o reembolso-

do parcialmente, compromiso del enfermo con el proceso de búsqueda de la cura....). Es posible pensar que movilizan más la "voluntad de sanarse" del enfermo por el mayor esfuerzo que le exigen.

El curandero y la modernidad

Sin haber elucidado totalmente las condiciones de instauración de una eficacia simbólica, las medicinas paralelas están basadas en un saber y en un saber-hacer particular, pero no traicionan la intuición de su importancia para la cura de los enfermos. El "contacto" es lo más importante, en tanto que la institución médica, al privilegiar otras herramientas, tiene tendencia a mantener la distancia cultural y social. Las consultas en los consultorios de estos practicantes (o en el domicilio del curandero) son más largas, más personalizadas, son médicos que le hacen preguntas a la existencia del sujeto. Se hacen cargo, sin detenerse en ellas, como si se tratase de una psicoterapia, de las patologías más importantes de la modernidad (stress, soledad, miedo al futuro, pérdida del sentimiento de identidad, etc.); esto tranquiliza al paciente y levanta sus defensas. El acompañamiento "psicológico" del curandero, o del que practica medicinas "blandas" (o del médico clínico que conoce bien al paciente y a la familia) se diluye en las actitudes profesionales. Las dificultades personales son tratadas como al pasar, sin detenerse en ellas, pero se dicen. Y el médico puede aportar respuestas profesionales más allá de la atención comprensiva que le presta al paciente. La suposición que los sujetos tienen acerca de la competencia del curandero o del practicante de medicinas "blandas" es probablemente mayor que la que se le otorga al médico. Ofrecen respuestas que no se detienen en el órgano o en la función enferma, sino que se dedican a restaurar equilibrios orgánicos y existenciales que se habían roto. Son, sobre todo, "médicos de la persona". Se dan tiempo para hablar y para escuchar, para realizar gestos, para el silencio y tienen que contar con una sólida capacidad para resistir a las angustias de los pacientes. Pero le restituyen al sujeto la plena responsabilidad en la asunción de sus trastornos. La fuerza de las medicinas paralelas reside en esta capacidad para movilizar una eficacia simbólica que la institución médica a menudo no tiene en cuenta.

Podríamos ilustrar estas palabras mostrando cómo, en otros contextos sociales y culturales, se recurre cada vez más a las medicinas tradicionales. En Brasil, por ejemplo, los *Terreiros* de Candomblé o de Umbanda drenan, hacia la cultura popular negra, a blancos de diferentes capas sociales urbanas en la búsqueda nocturna de otro modo de eficacia terapéutica. Instituido en base a datos diferentes, nos enfrentamos a la necesidad antropológica del suplemento de sentido y de valor. El diálogo con los *Orishas* de la noche le da al hombre de las grandes ciudades la parte de símbolo que le falta a la vida cotidiana y que, en sí misma, constituye una medicina.

Los campesinos de Senegal nos ofrecen una muestra de este recurso casi al modo de una parábola. Utilizando una actividad de desvío del rol profesional y social del médico, que lo coloca en la posición tradicional del curandero, restauran la simbólica en el centro mismo de la relación terapéutica.

Inversamente a lo que sucede en las sociedades tradicionales, en las que se recurre a los curanderos como consecuencia del fracaso de los médicos, en las sociedades del tercer mundo, es más bien la falta de éxito del curandero la que lleva al consultorio del médico. Pero esto no sucede, a veces, sin que se modifique, de manera singular, el rol del médico. En Saint-Louis, en Senegal, el Dr. Dienne atendió durante mucho tiempo a sus primeros clientes. Necesitó que la comunicación de boca en boca dijera que era eficaz. Esta es la primera anomalía, que subordina la legitimidad del ejercicio profesional a los éxitos comprobados por la colectividad más que a la posesión de un diploma. Otra anomalía: los pacientes no se conforman con pagar la consulta como está impuesto por el Estado, agregan algo más (el suplemento simbólico, suplemento de sentido y de valor) en especies (aves, platos cocidos, etc.), a veces en dinero, que duplica el precio de la consulta. La dádiva tiene como objetivo personalizar la relación con el médico y reducir, de esta manera, lo extraño que éste representa. La cultura erudita es conjurada y absorbida de otro modo por medio de la corrupción popular. Gracias a lo que se pasa de boca en boca, y a la dádiva que hace familiar el hecho de recurrir a sus servicios, el médico es considerado como el curandero, como el que posee un "secreto" y lo insólito de su saber y de sus maneras no es más que una versión entre otras de las que diferencian a todos los curanderos.¹⁷

¹⁷ Tomamos este ejemplo del hermoso libro de Catherine N'Diaye, *Gens de sable*, París, POL, 1984, p. 72.

Con el paso de la clandestinidad al reconocimiento menor de las medicinas “paralelas”, la realidad social del manejo de la enfermedad tiene hoy, una gran complejidad en las sociedades occidentales. A la sociedad dual que divide a la modernidad le responde una medicina dual, una medicina con dos velocidades, pero enriquecida entre estos dos polos por muchos matices intermedios: por un lado una medicina que apuesta a la tecnología y a las investigaciones de punta, por el otro una medicina que se apoya en las relaciones, que utiliza más la palabra y el cuerpo, que recurre a medicamentos menos “agresivos”. La preocupación por lo simbólico señala la línea de demarcación entre estos dos polos.¹⁸

¹⁸ Tenemos que agregar que, por supuesto, es inevitable recurrir a técnicas, aun cuando se trate de técnicas corporales (hipnosis, osteopatía, masajes, quiropraxia, etc.) y que no siempre se deja de lado las relaciones en la institución médica. Los médicos clínicos, en general, cumplen un papel importante al respecto. Para un análisis cercano al nuestro, leer Pierre Cornillot, “Une coupure épistémologique?”. en *Autres médecines. autres moeurs. Autrement* n° 87 1986