

**APROXIMACIÓN A LA MEDICINA MODERNA COMO UN
PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**

ENSAYO

LUIS ALEJANDRO PAZ MEDINA

TUTOR

SANTIAGO GALVIS V.

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DEL BOSQUE

JULIO 2018

INTRODUCCIÓN

En este ensayo formulo una mirada crítica a la medicina moderna, pues argumento que aunque esta es una institución encargada de resolver problemas de salud y enfermedad de la gente, a nivel individual y colectivo, algunas veces las soluciones que propone, pueden considerarse paradójicamente problemas para la salud pública, no solo porque no siempre resuelven problemas de salud, si no porque pueden generar lecturas desafortunadas de la realidad; con mapas modernos, mecanicistas, unicausales y lineales para una realidad en muchos casos compleja; más aún, y este es un punto importante, si se tiene en cuenta que la medicina moderna es el sistema médico oficial, facultativo y hegemónico en los sistemas de salud de varios países, incluyendo Colombia.

Algunas características o facetas de la medicina moderna son percibidas, tanto por pacientes como por profesionales de la salud, como perjudiciales, o se han asociado con eventos de morbilidad y de mortalidad de manera significativa^{1 2}. Paralelamente han surgido críticas al modelo médico moderno y también, nuevas propuestas o la búsqueda recursiva de sistemas tradicionales de salud, en parte como respuesta a lo anterior.

Hago la salvedad que considero que solo algunos de sus aspectos (de la medicina moderna) son desafortunados, más no todos; y que por otra parte no es el único sistema médico que puede considerarse como problemático para la salud pública. Los sistemas médicos tradicionales, los

¹ ICMJE | Home [Internet]. Icmje.org. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.icmje.org>

² Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016;;i2139.

complementarios y alternativos y los sistemas populares tienen también aspectos problemáticos. Dicho de una manera simplista, considero que tampoco la medicina tradicional, ni la medicina complementaria/alternativa, son la panacea para todos los enfermos ni para todas las enfermedades, más allá de los diferentes contextos en los que son definidas estas, y más allá de las fronteras hermenéuticas que podrían encontrarse en las interpretaciones que cada uno de los sistemas médicos hace de los demás, en relación con lo que consideran es salud o enfermedad.

Realizaré una descripción de algunas de las características que ilustran otras formas de pensar la salud y la enfermedad, desde la medicina tradicional y la medicina popular, de tal manera que se comprenda un poco mejor la crítica expuesta a la medicina moderna. Las descripciones de estos dos sistemas médicos están basadas ampliamente en los excelentes trabajos del doctor Germán Zuluaga³, médico investigador en medicina tradicional Colombiana.

Aunque en términos generales, en una comunidad son menos las personas que en un momento dado están asistiendo a un sistema de salud a resolver sus problemas, y son más los que no lo hacen, o no necesitan hacerlo, por los motivos que sea, cuando se busca un sistema médico para resolver asuntos de enfermedad un gran número de personas acude a la medicina moderna; es en

³ Desde mediados de los años 80 el doctor Germán Zuluaga, médico colombiano, ha trabajado en investigaciones profundas que buscan dar cuenta desde las ciencias de la salud, de las características, significados y repercusiones que estos sistemas tradicionales tienen, desde una perspectiva científica, pero también social y cultural, dada su repercusión final en la salud en general. Ha sido un pionero en este proceso de integración de conocimientos y sistemas, ciencia y tradición. Puede consultar su hoja de vida en:

este sentido que los problemas que acarrea la medicina moderna son problemas de interés de la salud pública.

Desarrollo este ensayo, por una parte, contrastando algunos fundamentos y acciones de la medicina moderna frente a otras formas de pensar y dar respuesta a lo culturalmente definido como problemas de la salud y la enfermedad, esas otras formas son la medicina tradicional y la medicina popular; y por otra parte contrastando su realidad frente a algunas ideas desarrolladas en las ciencias de la complejidad, como parte de su aproximación a la realidad y su crítica a la modernidad.

La escogencia de estos contrastes ha sido completamente deliberada y personal, no lo propongo porque corresponda necesariamente a estos choques el mejor escenario para realizar una crítica con miras a una medicina más humana en la aproximación a lo colectivo, es decir a la salud pública. Lo deliberado parte principalmente de mi experiencia como estudiante constante de medicina, con tendencias a la búsqueda más de los territorios que de los mapas, aunque sin poder dejar de lado el sesgo moderno que caracteriza a los que hemos sido formados en la medicina moderna como forma de pensar y resolver los problemas de la vida.

Este texto no pasa de ser solo una aproximación a un proceso de crítica completo, que quizás así, completo, imagino que por ahora en nuestro pequeño espacio de tiempo no se llegue a comprender. Los sinsentidos para la medicina moderna quizás tengan un sentido a largo plazo más allá de la “visión antrópica” y “la escala microscópica de la realidad”, en un futuro de

“comprensión más biocéntrica y/o ecocéntrica”, ideas propuestas por Carlos Maldonado⁴ desde sus estudios de las ciencias de la complejidad.

En mi formación profesional como médico, desde estudiante de pregrado fui consciente que la enseñanza de la medicina no abarcaba la compleja y amplia realidad de la vida, pero quizás por falta de herramientas, en mi, para pensar los problemas desde otras perspectivas sociales y biológicas, junto con una tendencia cerrada a otras disciplinas por parte de la ciencia médica moderna, fui llegando, como otros muchos estudiantes, a la idea que la medicina facultativa era la única medicina y que esta se encontraba bastante cerca de entender la vida, pues la salud se podía explicar fácilmente como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad ya había sido analizada, comprendida y de alguna manera aparente, dominada en gran medida por esta ciencia.

Antes que pudiera cerrarse mi capacidad de entender lógicas diferentes a las propuestas por la ciencia médica moderna, se abrió en mi cerco de conocimientos una fisura por la que comencé a ver otras formas de explicar la enfermedad, posteriormente la salud y también la vida.

Lo que parecía un proceso dirigido a consolidar mi conocimiento como médico, se convirtió en un generador de una amorfa masa de saberes y dudas que no podía fraguar, y que hasta ahora no ha podido concluir. Asunto este a tener en cuenta como parte del contexto en el que esta crítica es escrita y planteada.

Aún hoy, los estudiantes de medicina se siguen encontrando, como lo han hecho en los últimos 70 a 80 años, con una estructura más o menos rígida, propuesta como guía indispensable y completa para conocer lo que esta misma medicina considera es lo más recóndito de la vida del ser humano, lo más cercano a los límites del nacimiento y de la muerte, los códigos más

⁴ MALDONADO, CARLOS, *Significado e Impacto Social de las Ciencias de la Complejidad*, Ediciones Desde Abajo, Bogotá, 2013, pp. 47 – 49.

profundos de la naturaleza, de nuestro cuerpo y de nuestra mente, así, parcializados desde el principio.

Haciendo referencia al estudio de la medicina, el profesor José Perea Sasiaín⁵, apunta que en 1934 en Colombia se uniformiza el Plan de Estudios de las Facultades de Medicina y que en años siguientes se dieron otros varios cambios como el plan de estudios de 1960 (PE 60), que según su opinión:

Se implementó con la pretensión de acercar la enseñanza de la Medicina en Colombia a los sistemas corrientes en USA, porque se decía mucho que anteriormente la Facultad seguía la “Escuela Francesa”, y que convenía cambiar tal enfoque.⁶

El profesor Ernesto Valderrama⁷, a propósito de la rígida estructura de los estudios de medicina, escribe que en los años 40 y 50 algunos profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional llamaron la atención sobre la importancia del Informe Flexner⁸ e hicieron sugerencias consecuentes con este enfoque para un redireccionamiento de los planes de estudios planteados. Anota que los procesos de reforma que se iniciaron en 1948 fueron inducidos por dos Misiones Médicas de Estados Unidos, recopialadas en los informes de las Misiones Humphreys y Laphan, esta última presidida por el entonces Decano de la Universidad de Tulane, Dr. Maxwell Laphan.

⁵ Peréa J. Veintiseis años despues: el plan de estudios, 1960. Rev. Fac. Med. 1986;40(2)165-176

⁶ *Ibíd.*, p. 171.

⁷ Valderrama E. Evolucion histórica de la educación médica en Colombia. Rev. Fac. Med. 1986;40(2) 189-93

⁸ FLEXNER ABRAHAM, *Medical Education in the United States and Canada.*: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, NY, 1910.

Estas reformas se dieron también en otras Facultades de Medicina, además de la de la Universidad Nacional de Colombia.

Es reconocida la importancia del Informe Flexner en el cambio de rumbo que toma la enseñanza de la medicina en la primera mitad del siglo XX, en norteamérica inicialmente, y luego en muchos otros países. Andrew H. Beck⁹ en un artículo de *JAMA* sobre la estandarización de la educación médica en Estados Unidos y su relación con el Informe Flexner anota que esta estandarización sacó de los estudios de medicina lo relacionado con osteopatía, homeopatía, quiropraxis, botánica y las llamadas medicinas Thompsoniana y Ecléctica, dos corrientes de medicina botánica del siglo XIX en Estados Unidos; así como los tratamientos médicos con sangrías y purgantes, entre otros. Señala que Flexner le dio preponderancia a lo que llamaba medicina científica basada en las prácticas racionales modernas. Beck anota además que:

*To the present day, all accredited US medical schools strive to apply Flexner's "uniformly arduous and expensive" brand of medical education, though the rising costs of health care have forced many schools to make curricular compromises and to form corporate alliances as they attempt to balance academic ideals with economic and social responsibilities.*¹⁰

⁹ Beck, A. The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. *JAMA*. 2004;291(17) 2139-2140

¹⁰ *Ibíd.*, p. 2140.

Daniel Fox¹¹ resalta la relación directa del Informe Flexner con grandes intereses económicos de Estados Unidos, anotando que Abraham Flexner, su autor, era empleado de los llamados filántropos Carnegie, inicialmente, y luego de Rockefeller, quienes aportaron cuantiosos recursos para direccionar la educación médica. María Restrepo, profesora de la Universidad Del Rosario, resalta la importancia de los sucesos de la postguerra en el desarrollo de políticas de educación médica, anotando que:

Los sucesos descritos contribuyeron a la adopción del modelo flexneriano en Colombia, cuyos precursores fueron la Universidad del Valle en 1950 patrocinado inicialmente por la Fundación Kelloggs, con la colaboración del entonces director de la División Latinoamericana de la Fundación Kelloggs, Benjamin Horning y luego por la Fundación Rockefeller y la Universidad Nacional que realizó la transición en 1955, después del primer seminario de educación médica que se realizó en Cali en el que se reafirmó la necesidad de implementar las estrategias recomendadas por las Misiones norteamericanas en Colombia.¹²

Esta es entonces una importante parte del contexto general en el que se desarrolla la enseñanza de la medicina moderna, un tejido en el que la estandarización juega un papel importante, así como los intereses y prejuicios que la han motivado. De todas maneras se debe resaltar que esta estandarización ha jugado un papel importante en el desarrollo de técnicas de intervención más eficientes en los problemas que se resuelven con propuestas mecánicas y puntuales; y al

¹¹ Fox, D. Abraham Flexner's unpublished report: foundations and medical education, 1909-1928. *Bulletin of the History of Medicine*. 1980;54(4) 475 - 496

¹² Restrepo, M., et al. Educación médica colombiana en la segunda mitad del siglo XX: entre el modelo Flexneriano y la Medicina Social Latinoamericana. *Nova et Vetera*. 2017;3(26)

desarrollo de instrumentos de diagnósticos más precisos, más rápidos y menos invasivos en estos mismos casos.

LA MEDICINA MODERNA

La medicina moderna es el contexto actual, facultativo, del desarrollo de las ciencias de la salud y de los sistemas de salud de varios países. Es un sistema médico con una amplia participación en diversos aspectos de nuestra sociedad; aunque no es el único sistema vigente. Germán Zuluaga¹³ considera que la realidad de la medicina se puede dividir en cuatro sistemas que coexisten hoy en día: “medicina moderna, occidental o facultativa; medicina tradicional, medicina complementaria /alternativa y medicina popular”; cada uno con sus definiciones particulares y en algunos casos diferentes comprensiones de lo que es la enfermedad; pero que a su vez, como sistemas médicos culturales comparten la transmisión de algunos de sus elementos fundamentales “el concepto salud – enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y la modalidad de praxis” como unidades de información cultural, en la interpretación de la realidad y en el actuar para transformarla.

En países como Colombia la medicina moderna abarca un contexto amplio desde el punto de vista cultural, pues participa desde las instituciones educativas hasta los sistemas de salud públicos y privados, sus modelos de financiación y control, pasando por la industria farmacéutica y las demás empresas de insumos médicos.

¹³ ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002, pp.23 - 52.

Personalmente considero que a pesar de las propuestas desarrolladas desde mediados de los años 70 de un modelo biopsicosocial, como lo propuesto por Engel¹⁴, y su implementación en diversas universidades, por ejemplo la Universidad El Bosque¹⁵; como contraposición a un modelo biomédico desarrollado desde el siglo XIX, esta implementación no ha logrado cambiar de manera relevante las acciones que la institución de educación médica desarrolla.

La enseñanza y más aún la realidad de la práctica de la medicina moderna siguen teniendo un énfasis patologista (con una primacía en el estudio de la enfermedad y un reconocimiento de la salud como ausencia de enfermedad), curativo (con algunas excepciones, pero sobre todo actúa cuando ya está la enfermedad, buscando su curación), especializado (la profundización en el estudio y en la atención a las enfermedades más complicadas se hace por especialidades y subespecialidades), mecanicista (con grandes y profundas explicaciones simplistas de los mecanismos como se enferma una persona) y dualista (con una constante separación entre mente y cuerpo).

La enseñanza sigue teniendo un énfasis importante en cómo es el cuerpo, cómo se enferma el cuerpo, y cómo se cura el cuerpo enfermo con una preponderancia de los métodos basados en medicamentos de la industria farmacéutica y métodos quirúrgicos; y una participación menor de las llamadas terapias (fisioterapia, terapia ocupacional, terapias psicológicas y psiquiátricas y terapias de lenguaje, entre otras).

¹⁴ Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1977;196 (4286):129-136.

¹⁵ CÁRDENAS, HUGO, (Comp.), *El enfoque biopsicosocial y cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque. Procedencias, despliegues y desafíos*, Universidad El Bosque, Bogotá, 2016.

El estudio de la medicina moderna está marcado por la introducción del alumno en un nuevo lenguaje, el médico, de una forma específica de pensar la salud y la enfermedad, y de un sistema en el que, de manera claramente definida, el conocimiento más valioso, el importante, viene de arriba, en una construcción jerárquica mediada en gran parte por títulos académicos, publicaciones científicas y pertenencia a instituciones universitarias, en la que en su cima está el súper especialista, y en la parte inferior de la profesión médica, el alumno que comienza su programa de entrenamiento, o el médico general sin especialización como tal, o muchos de los otros profesionales de la salud que se han asumido culturalmente como bajo el mandato médico, como se ilustra en la siguiente cita sobre la realidad de la práctica de la enfermería en España:

La enfermería es una profesión que ha sufrido del estereotipo público durante mucho tiempo, estando sujeta a ser vista como una profesión predominantemente femenina, bajo el mandato médico y sin un campo competencial propio. Asimismo, es una profesión poco visible ya que la sociedad todavía no la reconoce plenamente con un campo competencial propio. Con respecto a la autonomía e independencia de las enfermeras, se constata que hay una tendencia a verla como una profesión inferior a la medicina. Se percibe como una profesión estrechamente relacionada con «tarear» y se confía en ella para las actividades que le han sido asociadas tradicionalmente.¹⁶

Estas características de la enseñanza de la medicina hacen parte de una estructura más o menos bien definida, común a las sociedades en las que su práctica es oficial.

¹⁶ Errasti-Ibarondo, B. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2012;35(2):269 – 283

Esta es además una estructura afianzada en una forma de pensar y entender la vida que destaca de manera indirecta el rol económico en muchos de sus aspectos, por lo tanto, ya en la práctica, las ideas de economía de mercado son planteadas, introducidas y afianzadas constantemente, de tal manera que se vuelven un espacio común e ineludible para el ejercicio de la medicina, convirtiéndose esta entonces en una <<medicina de mercado>>, quizás por encima de lo que antes he descrito como medicina patologista, curativa, especializada, y dualista.¹⁷

La medicina queda así, muchas veces, subordinada a la lógica de mercado, a la lógica de la competencia, en la que los médicos se convierten en los clientes de las empresas farmacéuticas y de insumos médicos; los enfermos se convierten para los médicos en los medios para competir por más ingresos económicos; los no enfermos en clientes de empresas de seguros, a quienes se les ha generado incertidumbre y miedo en razones de <<sálvese quien pueda>>; las aseguradoras en competidores por los dineros públicos, y los servicios de salud en promesas de campañas electorales.

Los estudiantes de medicina son empujados a procesos de aprendizaje basados en la importancia de la imitación, son expuestos constantemente a ideas y a ideales de cómo ser un profesional exitoso, sus mentes son preparadas para la reproducción de contenidos, para caminar un camino ya establecido en el que la cima es un lugar privilegiado para algunos con mucho conocimiento de temas muy específicos.

Es así como en la enseñanza de la medicina moderna se afianza la permanencia de sus propios <<memes>>, definidos por Dawkins en Susan Blackmore¹⁸, como ideas o entidades capaces de

¹⁷ Ver página anterior.

¹⁸ SUSAN BLACKMORE, *La Máquina de los Memes*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2000, p. 34.

ser transmitidas de un cerebro a otro, más que el aprender a desarrollar procesos de información para reducir la incertidumbre entre el enfermo y el médico en ambos sentidos; procesos de comunicación para el desarrollo de acciones en común; y procesos de aprendizaje para la adaptación a la realidad cambiante (con una recurrencia a modelos de relaciones médico – paciente y guías de práctica médica). Los conocimientos y prácticas de la medicina moderna, como <<memes>>, son transmitidos de un cerebro a otro, con un interés de permanencia de los paradigmas y sus juegos de competencia, pues como lo enfatiza Robert Aunger¹⁹, “Después de todo, “fidelidad, fecundidad y longevidad” es el tema de los memes”.

No se fomentan en estos procesos muchos espacios para pensar en la vida, desde la observación y el análisis a partir de las ciencias de la complejidad, y si se alientan los ejercicios de aprendizaje de lo ya establecido, en muchos casos, desde la modernidad. Esto no es necesariamente desafortunado, pues como afirma Maldonado²⁰ “las ciencias de la complejidad no son ciencias de todo: esto es, no todas las cosas y fenómenos son complejos”, haciendo referencia a aquellos asuntos que califica como triviales.

Pero siendo consecuentes con la realidad, muchos problemas en medicina no son triviales, genéricamente definidos estos por Maldonado²¹ como aquellos que no se resuelven con “herramientas de uso habitual”, que no caben dentro de las afirmaciones universales de “todo o

¹⁹ ROBERT AUNGER, *El Meme Eléctrico*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2004, p. 236.

²⁰ MALDONADO, CARLOS, *Significado e Impacto Social de las Ciencias de la Complejidad*, Ediciones Desde Abajo, Bogotá, 2013, p. 9.

²¹ *Ibíd.*, pp. 10 – 11.

todos, nunca, ninguno o nadie”, que no se explican con el empleo de inferencias o implicaciones directas y que al ser parte de la ciencia, tienen un “significado e impacto social y/o político”.

Algunas de las ideas de la medicina moderna se mueven también entre luchas utópicas contra la muerte, entre hedonismos en los que el sufrimiento es patológico y sin sentido, aún si estos provienen de respuestas biológicas de procesos de autocuración (por ejemplo la fiebre), entre catalogar como enfermedades algunos de los cambios de la vida y sus respectivas crisis (por ejemplo la adolescencia), en ideas de visiones positivistas y modernistas de la vida; de medicina como guerra con su arsenal terapéutico, de sus luchas contra la enfermedad, entre otras.

He pensado que la medicina moderna es compleja y rara. Es compleja, entre otras razones, porque sus efectos, consecuencias y decisiones van más allá del campo reconocido tradicionalmente como médico y es rara porque en su esencia pareciera no entender la complejidad de la realidad de la vida, con una imperiosa necesidad de interdisciplinariedad y transdisciplinariedad. Dice Maldonado²²:

La ciencia de punta contemporánea se caracteriza porque no tiene objetos: por el contrario, se define a partir de problemas. Más exactamente, la ciencia de punta actual se define a partir de problemas de frontera. Por este se entiende aquel que, de un lado, para comprenderlo, y de otra parte, para resolverlo, una sola ciencia o disciplina es insuficiente, pues se requiere del aporte de otras tradiciones científicas y de investigación.

La medicina moderna es para algunos su trabajo, la fuente de sus ingresos, su posibilidad de subsistencia o de crecimiento cultural o social; para otros, es la posibilidad de estar vivo o de estar alentado dentro de ciertos parámetros cultural y científicamente establecidos. Unos viven de

²² Ibíd., p. 19.

la medicina y otros viven gracias a la medicina. Claro que también están los que viven por y para la medicina y los que no viven o están enfermos como consecuencia de la medicina.

En algunos casos los que viven de la medicina crean o apoyan estrategias de mercado que les permitan incrementar notablemente sus ingresos económicos o su reconocimiento social; apartándose entonces del trabajo científico que busca acercarse a la verdad dejando de lado lo que pruebe ser falso.

En nuestra cultura se puede estudiar medicina para vivir de la medicina, lo que de hecho se hace habitualmente en casi todas las ramas del estudio. El aprender va ligado de un poder vivir más adelante de eso que se aprendió, considerándose frecuentemente desde una perspectiva económica y no desde otras que también son fundamentales para la vida como el poderse conocer a sí mismo, curarse a sí mismo y cuidarse a sí mismo, entre otras.

La medicina moderna como institución genera un conocimiento que en muchas circunstancias favorece la industria farmacéutica; pero, me pregunto, ¿la industria farmacéutica genera un conocimiento equivalente que favorezca la medicina? Algunas observaciones críticas han surgido al respecto, como lo expuesto en los artículos *Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy*²³ y *The illness industry*²⁴ con sus propuestas de enfermedades inventadas relacionadas al crecimiento de la industria farmacéutica y la lógica de mercado asociada a la misma.

²³ Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. BMJ. 2012;344(may28 4):e3502-e3502.

²⁴ Blech J. The illness industry. New Scientist. 2006;191(2561):24.

En contraposición a esta lógica de mercado, con los médicos como clientes de las farmacéuticas, han surgido iniciativas en varios países que vale la pena tener en cuenta al estudiar la medicina moderna y sus vínculos con la farmacología y con la industria farmacéutica. Por una parte sacan a la luz prácticas nocivas para la salud pública, y por otra parte alientan propuestas éticas relacionadas con la ciencia que busca una independencia del mercado, situación complicada en nuestros días. *Médicos Sin Marca Colombia* y las iniciativas similares en Chile, Estados Unidos, Italia, Reino Unido, España, India y Alemania han trabajado por estos objetivos.²⁵

¿Para qué le sirve la medicina moderna al que no está enfermo? Una respuesta lógica diría que le sirve al que no está enfermo para evitar que se enferme; pero la clasificación entre quien es sano y quien es enfermo también está intervenida por la medicina. La medicina moderna, como institución estandarizadora, es una de las que reconocemos desde más temprana edad, y una de las que contactamos con mayor frecuencia, pues entre otros asuntos, está en contacto directo con algunos momentos muy especiales de la vida. Medicalizado (y estandarizado) está el embarazo, el parto, la muerte, el dolor, la comida, la tristeza, la divergencia, la diferencia.

¿Quién hace parte de la medicina moderna? ¿Hacen parte los enfermos, o tan solo los que investigan y tiene los conocimientos científicos? De todas maneras, el enfermo sabe algo muy importante de su enfermedad, pues es él quien la que siente y vive gran parte de la dolencia; aún así algunos médicos que saben de medicina únicamente por haber aprendido de libros o de experiencias ajenas, llegan a pensar que saben y comprenden mucho más de los complejos procesos y significados de la enfermedad particular de una persona, que lo que sabe el que la

²⁵ Iniciativas Similares – MedicosSinMarcaColombia [Internet]. Medicossinmarca.co. 2018 [cited 9 June 2018]. Available from: https://medicossinmarca.co/iniciativas_similares/

padece. En las grandes decisiones médicas, algunas veces pareciera que los enfermos no arbitran mucho. Una buena parte de las intervenciones directas de los enfermos o de los potenciales enfermos se hace por medio de una racionalidad económica en relación con el sistema de seguridad vigente, es decir que según las posibilidades financieras se logra una mayor libertad en la toma de decisiones, a más dinero, más opciones para decidir sobre mis vínculos con los servicios de salud. A más posibilidades financieras menos dependo de las decisiones de otros sobre el manejo de mis enfermedades.

La enfermedad afecta la producción estandarizada, la enfermedad afecta los ingresos estandarizados y esperados por una persona y su familia. Y entonces, la medicina moderna también está allí para establecer si es justificable esa alteración para la cadena productiva, para medirla, para enderezarla.

El estudio de la medicina moderna parte de un programa en el que se pretende enseñar cómo está hecho el cuerpo y cómo se enferma; es decir, cómo son los procesos de desarrollo de una enfermedad, cómo se clasifican y nombran las enfermedades, para finalmente aprender cómo se tratan las enfermedades. Todo esto en un marco conceptual en el que muchas veces la faceta biológica es considerada por encima de la social y también de otras perspectivas en las que se pueden incluir las facetas psicológica, espiritual, histórica y filosófica del asunto complejo de la vida.

El estudio de la medicina moderna dentro del mismo campo de la biología es además organicista, y muy organicista. La anatomía describe brillantemente la realidad estructural de cuerpo y la medicina moderna asume que esos límites físicos son también límites funcionales a la hora de enseñar sobre la curación de determinada enfermedad. Por fisiología sabemos que en el cuerpo se

da un fenómeno de altísima codependencia, pero a la hora de enfermarnos pareciera como si el tratamiento se olvidara de ese fenómeno y pudiéramos tratar por aparte el órgano afectado sin pensar en los demás en muchos casos.

También la medicina moderna o facultativa es enormemente especializada, en muchos casos, en los diferentes órganos que componen el cuerpo humano. En otros, la especialización se centra en funciones aisladas, como si la realidad de la vida se pudiera fragmentar de esta manera sin afectar la comprensión del fenómeno completo. Los estudiantes de medicina se especializan, por ejemplo, en lo relacionado con los órganos encargados de la digestión de los alimentos que consumimos, o en los que estando dentro del tórax se encargan de la función de respirar, o en las afecciones muchas veces mecánicas de los huesos y músculos del sistema locomotor, en los ojos, o en la piel; dejando algunos abordajes que parecen están más cercanos a la complejidad de la vida como “el pensamiento sistémico” asociado por Capra²⁶ a una manera de pensar en términos de “conectividad, relaciones y contexto”.

Algunos aspectos de la medicina moderna siguen entendiéndose desde el mecanicismo del cuerpo como una máquina, con la fragmentación de su complejidad y el estudio aislado de sus partes. Dice además Capra²⁷:

Consecuentemente, el mecanicismo cartesiano quedó expresado como dogma en el concepto de que, en última instancia, las leyes de la biología pueden ser reducidas a las de la física y la química

²⁶ CAPRA, FRITJOF, *El Punto Crucial*, Editorial Troquel S.A., Buenos Aires, 1992, p. 48.

²⁷ *Ibíd.*, p. 40.

Varios otros investigadores, además de los referidos anteriormente, han trabajado estos temas con gran profundidad, lo cual permite al recién llegado a estos difíciles espacios de reflexión, descubrir unos caminos ya andados que permiten dar guía a una investigación menos ardua, en el desarrollo de una crítica constructiva a la medicina moderna o facultativa en los aspectos cuya intervención debe ir más allá de lo mecanicista, unicausal o lineal.

LA MEDICINA MODERNA FRENTE A LA MEDICINA TRADICIONAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁸ con una definición sencilla, propone que medicina tradicional es “todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales” y que uso tradicional de medicamentos herbarios es “un empleo prolongado a lo largo de la historia”. Además, que “su uso está bien establecido y ampliamente reconocido como inocuo y eficaz y puede ser aceptado por las autoridades nacionales”.

Trabajos más completos de la OMS amplían un poco la definición que se hace, pero continúan siendo definiciones frágiles en su contenido y de características más descriptivas que teóricas. En el texto *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005*²⁹ se define como “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades”

Estas definiciones, aunque denotan algunas de las características de lo que se quiere hablar cuando se menciona <<medicina tradicional>>, dejan muchos vacíos y dudas sobre su alcance.

²⁸ OMS | Medicina tradicional: definiciones [Internet]. Who.int. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

²⁹ OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002, p. 7.

Para una comprensión más precisa de la medicina tradicional se debe entender que esta implica, al igual que otros sistemas médicos, conocimientos, prácticas, teorías, y experiencias; y también que su alcance se extiende, obviamente, a los campos de la prevención, el diagnóstico y la curación o tratamiento de enfermedades.³⁰

Otro tipo de propuestas para su definición son las desarrolladas desde las ciencias sociales, en las que el asunto de precisar la medicina tradicional se ha encontrado con dificultades, y su abordaje se ha dado principalmente desde la complejidad y la semántica. De todas maneras el asunto se ha centrado en tratar de definir sus características desde aspectos culturales, sin un análisis a fondo desde las ciencias de la salud, obviamente como corresponde a su campo de estudio.

En la obra *Medicina tradicional de Colombia*, Virginia Gutiérrez de Pineda³¹ hace un análisis antropológico de la medicina tradicional desde la interacción primordialmente de las culturas nativas americanas, el legado africano y la cultura española, reconociendo los complejos procesos de interculturación que se dieron. Presenta una rica descripción y análisis cultural de la medicina tradicional, con un trabajo del que partieron muchos de los conceptos que sobre el tema han abordado las ciencias sociales en Latinoamérica.

³⁰ ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002, pp.23 – 56.

³¹ GUTIERREZ, VIRGINIA, *Medicina tradicional de Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1985.

Eduardo Menéndez³², antropólogo argentino con un amplio trabajo en México, realiza una interesante aproximación a la definición, o las definiciones implicadas en el término medicina tradicional. Considera que ante la existencia en todas las sociedades de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y solucionar los daños en la salud, algunos de estos procesos por razones económicas, políticas, técnicas y científicas se constituyeron en sistemas hegemónicos, pero no siempre condujeron a la extinción de otros procesos.

Menciona además que estos procesos, los hegemónicos y los subordinados, se sociologizan y culturalizan, es decir que no quedan establecidos tan solo como procesos técnicos, si no que tienen significados subjetivos y culturales dentro de una sociedad determinada, y que por lo tanto muchas de sus actividades no son solo hechos técnicos sino también hechos sociales. En este contexto, y en la búsqueda de una definición de la medicina tradicional, aborda su análisis desde diversas perspectivas, exhortando al investigador a definir su aproximación precisa, pues lo tradicional puede tener diferentes significados, y la realidad puede ser bastante compleja, como para tener una única definición.

Examina lo tradicional desde lo cultural en contraposición a lo moderno, relacionado íntimamente, y sin mayor análisis, con grupos sociales que han sido definidos como tradicionales, como los grupos étnicos amerindios, grupos campesinos, grupos criollos, grupos *folk* y algunos marginales urbanos. De todas maneras sugiere que al hablar de medicina tradicional desde una simple deducción como la medicina de los grupos sociales conocidos como tradicionales, se debe tener en cuenta que dados diversos los grados de interculturalidad existentes, se podría hablar de ser unos grupos más y otros menos tradicionales. Menciona, por ejemplo, el uso de categorías de

³² [Internet]. Redalyc.org. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

medicina tradicional aplicadas a medicamentos de síntesis química, o el uso de antibióticos de farmacia (medicamentos de síntesis química de la medicina moderna) dentro de sus prácticas.

Otra mirada que propone es la comparación con la denominada medicina científica, colocando a la tradicional como no científica, con dos significados, Uno de ciencia como tal, es decir, con un juicio de verdad o mentira; y otro de un juicio con una importante dimensión cultural, que recuerda los planteamientos de la ciencia también como forma cultural de entender la vida.

También propone que la medicina tradicional puede ser pensada por algunas personas como una institución que históricamente ha tenido pocas modificaciones o ninguna modificación, y concluye que cualquiera de estas formas de definición de la medicina tradicional desconoce aspectos vitales y únicos en cada uno de los grupos sociales, que podrían explicar de una mejor manera las dinámicas, los procesos, los conocimientos, los significados y los elementos terapéuticos empleados en cada grupo.

Destaca la medicina tradicional o medicina popular como una institución con un importante significado cultural, que podría tener un substancial valor al relacionarse con su cultura, pero sin un impacto relevante en la salud en general, independiente del contexto cultural. No ofrece, obviamente, un análisis crítico desde la medicina, o desde la salud y la enfermedad con sus principios o propuestas, pues es una mirada desde las ciencias sociales; así como tampoco hace un análisis de la relevancia de la medicina moderna como construcción cultural. Finalmente destaca, como dato para reflexionar, que paradójicamente la salud de las comunidades en las que el conocimiento popular está más arraigado, sus indicadores de salud no son buenos.

Esta observación debe ser analizada cuidadosamente en un contexto de crítica a la medicina moderna, con una necesidad vital de saber, desde la medicina qué es lo que realmente ocurre. ¿Si

los indicadores de salud no son buenos en comunidades de mayor arraigo cultural de la medicina tradicional, significa esto entonces que la mejor opción, desde la perspectiva de la salud, es la generación de un cambio que lleve a dejar de lado la medicina tradicional y se adopten las prácticas y principios de otro sistema médico?

El análisis de esta situación resultaría complejo, de ser demostrada como real. Aunque no es el propósito de este ensayo establecer la verdad sobre este asunto, si vale la pena tenerlo muy en cuenta y abrir la puerta a dos presupuestos. Uno, que la medicina tradicional quizás no es la panacea para enfermos y enfermedades, y por otra parte, que la medicina no es el único determinante de la salud ni individual ni colectiva.

Zuluaga³³ también hace un profundo análisis de la definición de medicina tradicional, por una parte contrastándola con los otros 3 sistemas médicos descritos (medicina moderna o facultativa, medicina complementaria/alternativa y medicina popular) y por otra analizando sus definiciones. Llama la atención sobre lo que denomina medicina tradicional latinoamericana, con trabajos como el trabajo de Burgos³⁴, quien destaca que existe un cuerpo coherente y homogéneo de creencias y prácticas en los principios básicos de las conductas médicas en las sociedades campesinas y urbanas de Colombia, México, Brasil y Perú.

Propone Zuluaga que no hay consenso sobre la definición y significado de la medicina tradicional, y el análisis de este término es realizado desde perspectivas históricas, desde el

³³ ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002, pp.13 – 22.

³⁴ BURGOS, HUGO, *Medicina campesina en transición*, Editorial Abya Yala, Quito, 1992.

contraste con otros sistemas médicos y desde pesquisas realizadas por investigadores sociales como Grebe³⁵, y Sánchez y colaboradores.³⁶

El análisis de lo que es medicina tradicional revela una complejidad interesante y necesaria de tener en cuenta en el momento de buscar, con miras a una integración, diálogos suyos con la medicina facultativa, o medicina oficial hegemónica, en los sistemas de salud de la mayoría de los países y en las universidades que imparten el conocimiento de las ciencias de la salud, en un contexto científico.

El análisis de sus significados tiene un inmenso componente cultural, cuya interpretación no trasciende suficientemente a las ciencias de la salud, con muy pocas aseveraciones de su validez como realidad biológica en los procesos de salud y enfermedad, como si lo hace la medicina facultativa con sus fundamentos, a los que obviamente no cataloga como culturales, si no como verdades.

Se podría resumir que desde la antropología la medicina tradicional es la medicina propia de una cultura tradicional, con todos los matices culturales y complejidades que esto significa, y que lo importante de este asunto es su significado para la cultura implícita y particular que la ha gestado, y también con un reconocimiento de la importancia de los significados culturales que tiene la medicina moderna como construcción cultural; en contraste con la medicina facultativa, que considera que ella misma si puede ser una medicina global, aplicable de manera real a grupos tradicionales, modernos o contemporáneos, dejando de lado su definición como obra cultural. En

³⁵ GREBE, MARÍA, La medicina tradicional: una perspectiva antropológica, *Enfoques en atención primaria*, Volumen 3, Santiago de Chile, 1988.

³⁶ SÁNCHEZ E., PARDO M., FLORES M., FERREIRA P., *Protección del conocimiento tradicional: elementos conceptuales para una propuesta de reglamentación*, Instituto de Investigaciones Biológicas Alexander Von Humboldt, Bogotá, 2001.

contraposición a esta propuesta, y a pesar de la sencillez y poca profundidad de la definición de la OMS, esta no circunscribe la validez o utilidad de lo tradicional a una cultura, y permite, de manera implícita, su aplicación general a comunidades tradicionales o no tradicionales.

Por ejemplo, así como poco o nada se habla de las implicaciones culturales de la amigdalectomía (cirugía de las amígdalas), poco se habla en las ciencias de la salud modernas de las implicaciones biomédicas de la medicina tradicional. Esta situación invita a generar espacios de diálogo, que considero deben ser generadores de conocimiento que busquen llenar vacíos biomédicos, pues los conocimientos culturales pareciera estar ya bastante estudiados desde hace una o dos décadas.

Para ilustrar un elemento catalogado como médico cultural, pero que desde el análisis ontológico de la medicina puede ser un fundamento de la salud y la enfermedad, se puede mencionar que para Grebe³⁷ una de las características de las medicinas tradicionales es que el concepto de enfermedad se puede basar, entre otros aspectos, en “los contrastes entre frío y calor (patología humoral)”. También en este sentido Zuluaga³⁸ propone que dentro de los elementos para examinar un sistema médico está el diagnóstico, y hace mención que para el caso de las medicinas tradicionales, en algunos casos, se establecen categorías de enfermedades por frío o por calor, en un sentido distinto al que la medicina moderna le da a la interpretación de la fiebre.

³⁷ GREBE, MARÍA, La medicina tradicional: una perspectiva antropológica, *Enfoques en atención primaria*, Volumen 3, Santiago de Chile, 1988.

³⁸ ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002, pp.13 – 22.

Eduardo Menéndez³⁹, quien utiliza el término saber popular como el saber tradicional, también hace mención a “frio/caliente” como uno de sus principios; y que en todos los sectores sociales es posible observar usos del saber popular, que es desarrollado, mantenido y transformado.

Es decir, entendiendo esta propuesta, no solo son susceptibles de enfermarse por frio y calor los que están en una cultura que cree tradicionalmente que existen enfermedades por frio o calor, si no que todos somos susceptibles de enfermarnos así; de la misma manera que un cáncer, como enfermedad asociada a proliferación indiscriminada de células desde la descripción biomédica, no solo afecta a quienes creen en la medicina moderna de su existencia como afección biológica, sino también a quienes están inmersos en una cultura tradicional.

Zuluaga⁴⁰, en el libro *El Yoco (Paullinia yoco) la savia de la selva*, menciona que el sabor de las plantas medicinales, en el contexto de la medicina tradicional, es una importante cualidad terapéutica “plantas dulces o aromáticas son en general calmantes (analgésicas, antiespasmódicas, tranquilizantes); plantas ácidas son en general refrescantes, limpiadoras y antisépticas; plantas frescas o mucilaginosas son en general refrescantes y emolientes; y finalmente, en pequeñas dosis las plantas amargas son consideradas como tónicas y estimulantes, y en grandes dosis como limpiadoras y purgantes fuertes”.

Destaca las formas como las plantas actúan desde el conocimiento tradicional que se tiene de estas. Hace énfasis en los efectos de limpieza, purificación, purga y sus reacciones de vómito,

³⁹ [Internet]. Redalyc.org. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

⁴⁰ ZULUAGA GERMÁN, *El Yoco (Paullinia yoco) la savia de la selva*, Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, 2004, p. 84.

diarrea, sudoración, diuresis aumentada y expectoración. Siendo este otro ejemplo de aquello definido como esencialmente cultural, pero con implicaciones biomédicas.

Zuluaga⁴¹, en su libro *La Botella Curada*, hace una extensa y profunda revisión de los sistemas tradicionales de salud en las comunidades afrocolombianas del Chocó Biogeográfico. Menciona dentro de lo que llama “Las enfermedades culturales más frecuentes” diferentes diagnósticos, destacándose en varios de ellos las referencias a mal aire, aireada, frío, problemas de frío, enfriamiento, las fiebres y los hígados. También hace referencia a plantas frescas, plantas calientes, plantas amargas, baños de plantas asoleadas, y los purgantes. Destaca que “el término universal de plantas frías o frescas y plantas cálidas o calientes, es el concepto que sobrevive en casi todas las culturas tradicionales del mundo entero, pero que no ha sido examinado o comprendido por la ciencia moderna”⁴² y que “en la aparente simplicidad del concepto frío-caliente se esconde toda una dinámica del uso de plantas y una forma adecuada de entender su funcionamiento”.⁴³

En este libro hace una explicación de las formas como una persona puede enfermarse por frío o por calor, de sus relaciones con la biología, con la alimentación y con los remedios de plantas medicinales y alimentación. Es una de las aproximaciones más completas, aunque breves, al tema de frío y calor en la medicina tradicional desde lo que ya Zuluaga⁴⁴ ha denominado anteriormente

⁴¹ ZULUAGA GERMÁN, *La Botella Curada*, Amazon Conservation Team, Instituto de Etnobiología, Universidad El Bosque; Bogotá, 2003, pp. 89 – 96.

⁴² *Ibíd.*, p 288.

⁴³ *Ibíd.*, p 288.

⁴⁴ ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos

como los elementos fundamentales en la práctica de cualquier sistema de salud: “a) el concepto salud-enfermedad, b) el diagnóstico, c) el tratamiento, d) la prevención, y e) la modalidad de praxis.”

En el año 2002, en la conferencia realizada en la Universidad El Bosque en el Seminario Internacional de Etnomedicina: *Elementos de medicina tradicional en la prestación de servicios de salud: experiencia clínica*, el Dr. Álvaro García⁴⁵ menciona algunos conceptos de medicina tradicional que se han incorporado a la práctica diaria dentro de sistemas formales de atención en salud en Bogotá. El concepto de “frio-calor” y el concepto de limpieza, aplicados tanto en las prácticas de ginecoobstetricia, como pediatría y geriatría, muestran algunos buenos resultados tales como eficacia objetiva buena, eficacia subjetiva muy buena, disminución sustancial del uso de fármacos, y apropiación del recurso terapéutico, entre otros. Una de sus conclusiones es que la medicina tradicional ofrece herramientas importantes para mejorar la prestación de los servicios de salud.

En el libro *Medicina popular en Colombia* de José Joaquín Montes Giraldo⁴⁶, que recopila de una manera anecdótica un saber y unas prácticas populares de medicina en varios municipios durante en la segunda mitad del siglo XX, se mencionan 194 enfermedades con sus respectivos

del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002, pp.13 – 22.

⁴⁵ ZULUAGA, GERMÁN, (Comp), *Seminario Internacional de Etnomedicina, aproximación al conocimiento de sistemas tradicionales de salud. Memorias*, Universidad El Bosque, Instituto de Etnobiología, The Amazon Conservation Team, Bogotá, 2002, pp. 136 – 140.

⁴⁶ MONTES, J, *Medicina popular en Colombia. Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*, Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, Bogotá, 1981.

tratamientos, muchos de los cuales incluyen plantas. Destaco dentro de estas enfermedades nombres como “calor-frio”, depurar la sangre, purgantes, refrescantes y yelo.

En la inauguración del II Seminario Latinoamericano sobre la Teoría y la Práctica en la Aplicación de la Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud en república Dominicana en 1992 , el Doctor Carlos Roersch⁴⁷ comentó que “existe como también todos sabemos todo un sistema paralelo de salud que podemos llamar al sistema médico tradicional dominicano”, y que este sistema real y existente debe conocerse mejor para que no quede como un refugio en tiempos de crisis, además que “hay toda una gama de enfermedades con las cuales no se acude a médicos por el simple hecho que no están reconocidas dentro de la Medicina Occidental”. Reconoce también que aunque es necesario el estudio científico de las medicinas tradicionales, hacer este estudio desde el marco de la ciencia occidental limita su abordaje.

El análisis de estos puntos específicos muestra una cierta coherencia en los planteamientos básicos de la medicina tradicional, que son compartidos por diferentes comunidades de Latinoamérica. Permite tener un punto en común sobre el cuál dialogar, sobre el cuál buscar implicaciones de salud en comunidades y no tan solo en individuos particulares, de la misma manera como lo hacen los planteamientos facultativos de la medicina que, por ejemplo, no circunscribe las implicaciones de muchas de sus definiciones de enfermedades a grupos culturales específicos. No considera la medicina moderna que un fractura de fémur sea una enfermedad cultural; es una fractura aquí y en cualquier cultura.

La racionalidad asociada a la medicina moderna, que sigue estando aún hoy en día bastante arraigada a la visión clásica de la ciencia y sus dos premisas, “el modelo newtoniano y el

⁴⁷ ROERSCH C., J. TAVÀRES, E., MENÈNDEZ, *Medicina Tradicional 500 años después. Historia y Consecuencias Actuales*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo, 1993.

dualismo cartesiano”⁴⁸, ha llevado a la exclusión de algunos conocimientos de medicina tradicional, indígena o campesina, del ámbito de estudio de la medicina científica. A pesar de reconocerse la validez bioquímica, por poner un ejemplo, de algunas propuestas terapéuticas con plantas y sus preparaciones, la mayoría de sus conceptos básicos no son aceptados, ni se les da un reconocimiento congruente con los alcances de la farmacología actual basada en fitoterapéutica tradicional.

Se podría concluir que en esta decisión los modelos formales de la racionalidad, como lo propone Herbert. Simon⁴⁹, por una parte rinden menos de lo que parece y por otra parte su limitada capacidad puede satisfacer algunas necesidades. A pesar de la amplia cobertura de la medicina moderna o facultativa, en Colombia, al igual que en otros países, un número importante de personas cuando tienen problemas de salud acuden a sistemas médicos diferentes, con resultados afortunados. Esta situación ha sido evidenciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵⁰ desde hace varias décadas. Uno de estos sistemas diferentes es la llamada medicina tradicional o conocimientos tradicionales de salud, que para el caso de Colombia tienen un importante arraigo cultural e histórico.

¿Qué puede haber llevado a una pobre o inexistente integración de los conocimientos tradicionales en el ámbito académico de la medicina moderna o en el ámbito de la atención primaria en salud en su práctica? Las respuestas que buscan simplificar las explicaciones han

⁴⁸ WALLERSTEIN, IMMANUEL, *Abrir las ciencias sociales*, Siglo XXI editores, México, 2006, p. 4.

⁴⁹ SIMON, HERBERT, *Naturaleza y límites de la razón humana*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.

⁵⁰ OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

encontrado eso, definiciones simples; pero por otro lado, las definiciones que buscan examinar la complejidad del asunto, han encontrado una intrincada red de significados que no permiten excluir muchas de las facetas relacionadas con este hecho.

Desde las propuestas de Simon⁵¹ sobre las racionalidades con las que se han tomado las decisiones que han llevado a su exclusión, se puede concluir que han sido sobretudo racionalidades conductuales, en la que los mecanismos emotivos, de exclusión de lo indígena, de lo campesino, de lo popular, han marcado lo que se ha hecho. La racionalidad subjetiva esperada ha sido aplicada principalmente a los aspectos económicos de la industria de salud que incluye los modelos de aseguramiento en salud, y las industrias farmacéuticas y de insumos hospitalarios. Poco se ha trabajado este tema desde una racionalidad intuitiva, en la que se debería tener en cuenta que las emociones de discriminación son solo aspectos culturales y que la experiencia documentada en la actualidad es suficiente para tener en cuenta su estudio científico y académico. La racionalidad de las acciones antes de la aparición de la medicina moderna estuvo ligada a un contexto en el que obviamente no se habían postulado ninguno de los principios de la química ni la física que conocemos en la actualidad. Este contexto fue fundamental en el desarrollo de lo que se han llamado medicinas tradicionales. Aún así, hoy en día, en un contexto diferente al que las originó, varias prácticas de medicina tradicional siguen vigentes, y un porcentaje importante de la humanidad recurre a estas en momentos de enfermedad o de prevención.

El análisis que se hace desde la medicina moderna sobre las acciones tradicionales, sitúa gran parte de su contexto en un pasado pensado como un periodo de tiempo sin ciencia, y por lo tanto le resta validez a sus propuestas, desconociendo que el contexto de la realidad biológica en el que

⁵¹ *Ibíd.*

se desarrollaron no ha cambiado sustancialmente, a diferencia de los grandes cambios culturales que han incorporado en los últimos dos siglos diferentes interpretaciones de esa realidad.

Para Giner⁵² la “racionalidad de conducta” como “cualidad situacional”, una racionalidad que depende de su contexto, aunque no reducible solo al de la medicina moderna, le resta importancia a muchas de las acciones que por 100.000 o 200.000 años realizaron nuestros ancestros *Homo sapiens*, desde la alimentación (entendiéndola como un fenómeno emergente relacionado íntimamente con la nutrición) hasta las acciones curativas y preventivas, que están llenas hoy en día de fármacos y cirugías. Pareciera, desde este enfoque, que la “lógica de la situación”⁵³, definida como la explicación causal de la acción humana mediante el análisis del proceso que se produce entre sus condiciones de vida y las intenciones racionales que la inspiran, ha cambiado sustancialmente, desconociendo que su creación cultural es bastante reciente en la historia de la humanidad.

Aunque la lógica de la situación en medicina hasta hace unos 300 años era culturalmente diferente a la actual, y tenía unas creencias propias que hoy son caracterizadas como fuera de contexto, no le resta validez a algunas características de la realidad biológica, como el tener que comer, el tener que eliminar desechos de nuestros cuerpos, o el depender de la energía lumínica del sol para que la vida de un individuo en particular, o la vida de la humanidad como colectivo continúe.

Por otra parte, la medicina moderna le resta importancia a la racionalidad de la medicina tradicional, que como causa de las acciones estaba dirigida también a la supervivencia, inmersa

⁵² CRUZ, MANUEL, Capítulo 2. Intenciones humanas, estructuras sociales: para una lógica situacional, *Acción Humana*, Ariel, Barcelona, 1997, p. 21 y ss.

⁵³ *Ibíd.*, p. 27.

en el proceso de humanización; y pone un peso importante de su análisis en los significados subjetivos, desvirtuando aún más su validez como sistema médico.

Quizás en todas estas acciones entren en juego elementos diferentes a la racionalidad, descritos por Giner⁵⁴ como las cuatro esferas de la subjetividad en la acción social: “Los ámbitos motivacionales: las creencias, las necesidades, los intereses, las intenciones.”

Está en juego el libre albedrío de los agentes que deciden sobre sus procesos individuales o colectivos de manejo de sus enfermedades, agentes que en la intimidad de la vida dejan de ser actores programados por los rótulos de la medicina moderna. El determinismo es cuestionado, y las prácticas recursivas abren espacios a otras acciones diferentes a las planteadas por la medicina moderna.

Así, muchas de las observaciones que se hacen sobre la medicina tradicional, desde las ciencias de la salud modernas, tienen un enfoque predominantemente cultural o psicológico, como aspectos que los relacionan poco con la salud y la enfermedad desde una perspectiva biomédica, corporal, organicista o fisiopatológica. En otros casos, el análisis desde la medicina moderna sobre la medicina tradicional es lineal, causal y positivista, y busca explicaciones básicamente químicas a elementos terapéuticos tradicionales o plantas medicinales.

Como lo he mencionado antes, muchas de las investigaciones realizadas sobre medicina tradicional, desde las investigaciones de las ciencias sociales, carecen de interpretaciones o lecturas válidas para las ciencias de la salud facultativas o científicas, aunque estas tratan temas específicos de salud y enfermedad. Por ejemplo, Virginia Gutiérrez⁵⁵ hace referencia a “patología humoral” con especial referencia a lo caliente y lo frío, y también “el sereno, la dieta, el pasmo”,

⁵⁴ Ibíd., pp. 43 – 46.

⁵⁵ GUTIERREZ, VIRGINIA, *Medicina tradicional de Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1985, pp. 129 – 142.

entre otros; con una interesante aproximación a su análisis biomédico desde su excelente conocimiento de las ciencias sociales; temas estos que no son estudiados, o casi que ni tenidos en cuenta, por la medicina moderna.

Aunque Zuluaga⁵⁶ en *La Botella Curada* hace mención de algunas de las “enfermedades culturales más frecuentes” en la región del río Anchicayá⁵⁷, mencionando entre otras “el mal de ojo, el espanto, el reuma, el pasmo, el pujo, los hígados, la sirca, la mano puesta, la tunda y el tundo, la madre diagua”; con una aproximación a su descripción biomédica, su análisis refleja el desconocimiento que hay desde la ciencia médica moderna sobre estas enfermedades.

No obstante algunas prácticas de la medicina tradicional son usadas en diversas comunidades, y no solo en poblaciones campesinas o indígenas, su uso es un tema poco estudiado en general por la medicina moderna o facultativa; y esto es un problema tanto para personas enfermas, pues en algunos casos se generan dudas en los beneficios de la medicina tradicional en quienes la necesitan, como para las entidades reguladoras de la salud pública, que al no contar con evidencia científica satisfactoria pueden generar directrices ineficientes. Es un problema también para las culturas conocedoras de los conocimientos tradicionales, pues ante la hegemonía de la ciencia de la medicina moderna, su saber, y la diversidad que este encierra, tiende a desaparecer.

Ante la medicina tradicional, propone la OMS⁵⁸ se pueden presentar dos tipos de situaciones problemáticas, que pueden terminar en dos hechos; o se pierde el conocimiento, o se usa mal el

⁵⁶ ZULUAGA GERMÁN, *La Botella Curada*, Amazon Conservation Team, Instituto de Etnobiología, Universidad El Bosque; Bogotá, 2003, pp. 89 – 96.

⁵⁷ Río Anchicayá [Internet]. Es.wikipedia.org. 2018 [cited 10 June 2018]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/R%C3%ADo_Anchicay%C3%A1

⁵⁸ OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002, pp. 2 – 3.

conocimiento. Estas dos situaciones son definidas como “entusiasmo no crítico” y “escepticismo no informado”, y propone que tanto pacientes como trabajadores o investigadores de la salud pueden caer en alguna de esas dos situaciones.

Con una mirada científica se debe considerar que si el uso de la medicina tradicional es amplio en muchas comunidades alrededor del mundo, si se ha demostrado que tiene respuestas adecuadas a algunas problemáticas de salud, con observaciones explícitas por parte de la OMS por lo menos desde hace 40 años, entonces su profunda marginalización, tanto de los servicios de salud como de las investigaciones académicas de las ciencias de la salud, es un problema de salud pública. La marginalización de este conocimiento puede generar su desaparición, su tergiversación, y por lo tanto, la pérdida de una importante posibilidad de intervención favorable en la salud de algunas poblaciones, una intervención en algunos casos más cercana al territorio, a la realidad biológica y cultural, que algunos de los mapas modernos de medicina facultativa.

En la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023⁵⁹ se menciona que dentro de las dificultades que afrontan los Estados miembros en lo concerniente a cuestiones normativas relacionadas con la práctica de la medicina tradicional y complementaria, faltan datos de investigación, falta de mecanismos apropiados para controlar y reglamentar productos herbarios y faltan conocimientos especializados entre las autoridades sanitarias y los organismos nacionales de control.

Se propone también dentro del tipo de apoyo que se necesita, en relación con la medicina tradicional y complementaria que los Estados miembros desean recibir de la OMS, orientación

⁵⁹ OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2025*, Organización Mundial de la Salud, China, 2013, p. 40

técnica sobre investigación y evaluación de la seguridad, calidad y eficacia de las mismas⁶⁰. El uso de medicina tradicional y plantas medicinales asociadas a su conocimiento es amplio en el mundo. En Colombia hay pocas investigaciones científicas al respecto.

En el texto *Medicina tradicional indígena, opción saludable para la mujer*⁶¹ de la Facultad de Medicina de la Universidad El Rosario se anota lo siguiente:

Por ello, los mismos pueblos indígenas han reconocido la necesidad de abrir las puertas a la investigación que pruebe la eficacia de sus prácticas de promoción de la salud y prevención y tratamiento de enfermedades.

Los trabajos sobre medicina tradicional desarrollados en la Universidad Del Rosario evidencian esta necesidad de investigación, pues quizás algunos aspectos suyos podrían tener una utilidad práctica para un mejor entendimiento general de la vida, de las definiciones de salud y enfermedad, y de opciones terapéuticas encaminadas a una mayor armonía con la realidad biológica dentro de un contexto ecológico y menos antropocéntrico; de la mano con los desarrollos de la medicina moderna que han buscado desde su mirada cultural, un bienestar para la humanidad.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 41.

⁶¹ [Internet]. Urosario.edu.co. 2016 [cited 10 June 2018]. Available from: http://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-III-2008/PDF/2008_fasciculo15/, p. 11.

LA MEDICINA MODERNA FRENTE A LA MEDICINA POPULAR

El estudio de la vida se realiza frecuentemente con base en modelos o artefactos que alejan al aprendiz de la realidad sobre la que se supone está estudiando. La medicina popular, a pesar de su cotidianidad y de su presencia constante en la vida diaria, tampoco ha sido analizada con profundidad desde las ciencias de la salud. Su estudio tiene algunos elementos que considero son importantes para lograr una mejor comprensión de la vida.

Fuera del fenómeno de la medicina organicista, especializada, con gran énfasis en lo biológico, y fuera de la medicina tradicional, con su arraigo cultural y en el tiempo, suceden muchos otros eventos que vale la pena tener en cuenta al tratar de acercar la medicina a la ontología de la vida.

El Dr. Hugo Cárdenas⁶², actual Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque, hace referencia a tres elementos que menciona “son pauta en el actuar de nuestra medicina, la causalidad lineal, la tendencia a la comprensión mecanicista de la vida y la noción de cambio de corte neodarwinista”. Zuluaga⁶³ propone el reconocimiento de cuatro sistemas vigentes: medicina moderna, medicina tradicional, medicina complementaria / alternativa y medicina popular; de los

⁶² Cárdenas H. Medicina Comunitaria y Medicina Tradicional Indígena. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad El Bosque. 2003; 1(8)

⁶³ ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002, p. 37.

cuales la Organización Mundial de la Salud⁶⁴ ha trabajado en los últimos años especialmente el tradicional y el complementario / alternativo.

De todas maneras hay un tema relevante, tanto para el que reconoce la compleja realidad, como para el que sigue considerando que varios problemas de salud son de carácter mecánico o de causalidad lineal; pero que poco se ha revisado desde las ciencias de la salud o desde las investigaciones de carácter científico biológico o social. Es el tema de la llamada medicina popular.

Parto de la definición anotada por Zuluaga⁶⁵:

Una serie de creencias, conceptos y prácticas en torno a la salud y la enfermedad, que son construidas espontáneamente por un grupo humano a partir de referencias externas (científicas o no), sin un sistema formal de construcción de conocimiento (sea la universidad, un centro de investigación o un sistema tradicional de salud), que puede tener eficacia o no y que no presenta elementos suficientes para ser considerado como sistema médico tradicional, ya que no hay cabezas médicas reconocidas ni posee un conocimiento estructurado como modelo médico.

Menciona en su texto varios ejemplos que ayudan a entender mejor a qué se hace referencia con medicina popular: a modas en relación con algún producto terapéutico, a la popularización de medicamentos modernos y a una serie de conceptos y creencias entorno a la salud y la

⁶⁴ OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

⁶⁵ ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002, p. 44.

enfermedad. Lo que se observa es que muchas veces, detrás de una moda en relación con un producto terapéutico, hay un gran interés económico por parte de un grupo de comerciantes, que conociendo las necesidades de muchas personas, y empleando técnicas de mercadeo logran difundir un supuesto conocimiento asociado a un remedio determinado.

Zuluaga⁶⁶ cita algunos ejemplos: uno de estos es que para muchas personas los <<sueros>> o líquidos endovenosos que son administrados ampliamente en los hospitales tienen un poder especial. Por una parte al reconocerse popularmente al hospital (de la medicina moderna) como el centro máximo de solución a problemas graves de enfermedad, la colocación de los sueros adquiere una dimensión casi ritual con unos significados que popularmente van más allá de la sola idea de la medicina moderna de tener una vía venosa permeable o la administración de minerales, agua y carbohidratos de la mejor forma en un determinado caso. La idea que a todo enfermo en el hospital le ponen un suero (que en realidad no es a todos, pero si a muchos) trae posteriormente la reflexión que el suero es muy importante, que el suero es la medicina básica de toda atención hospitalaria, que el suero facilita la recuperación de los enfermos. Pienso que quizás la dificultad de auto administrarse un suero endovenoso hace que este tenga un carácter más especial; pues se requiere de la participación de otro, de otro que sepa, de otro que tenga experiencia, usualmente hospitalaria, en el manejo de las agujas de venopunción, y de los insumos médicos necesarios. Aquí también la noción popular de hospital va implícita con todos los elementos que le son comunes, y el suero endovenoso es uno más. El misterio del hospital, la ciencia del hospital, la vida y la muerte en el hospital, el olor a remedio químico del hospital, todo esto se puede reunir en una bolsa o en una botella de suero endovenoso.

⁶⁶ Ibíd., pp. 44 - 47.

Personalmente he sabido de la reverencia y el respeto a los sueros, llamados así popularmente los líquidos endovenosos. Muchos pacientes hospitalizados han pensado que, quizás si se le termina el líquido de la botella, puede entrar aire al torrente sanguíneo y ocasionar la muerte. He visto como la colocación de la aguja es un momento de dolor, pero también de silencio y de inmovilización. Los pacientes deambulan por los pasillos de los hospitales con un atril y una bolsa de suero. Los enfermos crónicos permanecen hospitalizados en su gran mayoría atados a la realidad de pacientes por medio de un suero.

Otro de los ejemplos que cita Zuluaga⁶⁷ es el de la creencia en la mayor efectividad de los medicamentos inyectados en relación con los medicamentos administrados por vía oral; algo que también frecuentemente se ve. Un número importante de personas considera que se alivia de dolores más eficazmente si el analgésico es inyectado; y comentan en las consultas médicas que el alivio de la molestia se extiende por un tiempo mayor al que hace referencia al laboratorio farmacéutico como duración del efecto analgésico. Dicen algunos pacientes, ante enfermedades con síntomas bastante fuertes, que prefieren se les formule una inyección en vez de un jarabe o una pastilla. Desde la ciencia que desarrolla los medicamentos (medicina moderna) se sabe que la escogencia de vía de administración no corresponde siempre a un mayor efecto, ni a una mayor potencia. Esta depende de la posibilidad que tenga el medicamento para absorberse por el tracto gastrointestinal o su administración de la imposibilidad que tenga el paciente para deglutir en un momento dado.

⁶⁷ Ibíd.

La popularización del modelo profesional y la medicalización de los modelos tradicional y popular son otros de los ejemplos mencionados por Zuluaga⁶⁸. Se observa frecuentemente cómo el vendedor de la droguería se convierte en una especie de médico, con sus poses, con su indumentaria, con su bata blanca, y con el aire de sabiduría y certeza que muchos médicos tienen en el momento de atender a sus pacientes. El enfermo va a la droguería del barrio a buscar un primer remedio para muchos de sus males; le confiesa al droguista sus más íntimas dolencias, y este como por arte de magia da el remedio preciso; no tiene ni que examinar al enfermo, no tiene que saber el diagnóstico científico pues él no es médico aunque juegue el papel popular de gran sanador o conocedor de la naturaleza de la enfermedad y su curación.

Se observa frecuentemente el uso de una combinación de dos medicamentos para el tratamiento de la gripa o resfriado; y más aún, esta combinación tiene nombre: “matrimonio”. Muchos pacientes de la zona central de Colombia lo conocen como tal, siendo este usualmente una combinación entre un medicamento antigripal y un antibiótico, una tableta de cada uno, variando su composición de un lugar a otro y de una época a la otra.

Partiendo de la lógica de la medicina moderna, la administración de una tableta de un antigripal proporcionaría solo un alivio sintomático por unas cuantas horas; y la administración de una tableta de un antibiótico no generaría ninguna respuesta efectiva, pues las enfermedades virales no tienen cambios con los remedios antibacterianos. Lo curioso del asunto es que muchas personas dicen haberse curado de resfriados con un solo matrimonio.

También es conocido el uso de medicamentos antipalúdicos como remedios efectivos para la fiebre, partiendo de la observación que algunas personas muy enfermas de fiebres altas acuden a

⁶⁸ *Ibíd.*

los centros especializados en los que se les formula este tipos de remedios, mas no por el hecho de tener fiebre, sino por estar enfermos de malaria o paludismo. En muchos casos, la lectura por parte del enfermo es que el remedio es bueno para la fiebre y el malestar que esta ocasiona; por lo que en el próximo evento de fiebre tomará el remedio para el paludismo, así en la realidad lo que tenga sea una infección viral o bacteriana que no tiene nada que ver con malaria.

He observado que algunas personas consideran que los medicamentos entregados por los laboratorios farmacéuticos como muestras médicas son más efectivos que los que se compran en las droguerías, o que las tabletas que entregan los servicios de EPS son solo harina, o que la Aspirina o el Tylenol traído de Estados Unidos es más efectivo y tienen menos efectos secundarios que la Aspirina o el Dolex o cualquier otro acetaminofén o ácido acetil salicílico vendido en Colombia.

Existe un gran temor por las cirugías. Muchos enfermos se rehúsan a cualquier tratamiento en el que se tenga que abrir o cortar el cuerpo con un bisturí. Es un temor que, a veces, no tiene relación con la anestesia que hay que administrar, con la pérdida de la conciencia; es un temor, como se expresa popularmente, a que <<le echen cuchillo>>. Existe un gran temor y en algunos casos verdadero respeto por la <<bata blanca>>, por el sello del médico, por el papel con membrete en el que se escribe la formula; olvidándose el paciente que detrás de todo esto hay otro ser humano como él.

Son algunos ejemplos que permiten ilustrar esa realidad bastante desconocida por la institución y por los profesionales de las ciencias de la salud, sobre todo por aquellos muy especializados y más cercanos a los libros y a las revistas de actualización que a la cotidianidad de los sujetos enfermos.

Desde una medicina autoritaria en su forma de entender la vida, la comprensión de otras lógicas se hace difícil o imposible. Pareciera haber tanto conocimiento que es imposible detenerse a pensar en lo que estará pensando el otro, el que no tiene la ciencia, el que tan solo siente y vive lo que yo estudio, el que en su cuerpo y en su mente tomará el remedio que yo le formulo.

El análisis de la realidad compleja de la vida requiere de la participación de disciplinas diferentes, requiere una articulación compleja entre ciencias sociales y biológicas. Los trabajos de antropología médica se acercan a la realidad popular o tradicional, pero carecen muchas veces de la mirada desde lo médico, desde el análisis de la otra parte, del terapeuta, quién además, al estar frecuentemente reacio a exploraciones que se salgan de su campo tradicional de acción, pierde contacto con el referente, pierde caminos de comprensión de otros lenguajes, los de sus pacientes o de los enfermos, o incluso de la gente del común a quienes debería proporcionar elementos útiles y efectivos en prevención y promoción de la salud.

La enfermedad es vivida por todos, pero además por cada uno en su particularidad; aún así, la enfermedad es estudiada, desde el campo de la medicina moderna, por un pequeño grupo de personas que poco o ningún tiempo o interés verdadero tienen en la interpretación que el otro, en sus diferencias como individuo o como colectivo hacen de la realidad del encuentro médico - paciente, o industria farmacéutica – paciente.

Las interpretaciones populares pueden llevar a nuevos conceptos, que como metáforas perduran en la cultura de los pacientes, o de un servicio médico o de salud. El enfermo asiste con sus ideas a su proceso de dolor o de anormalidad, y si el terapeuta no ve esta realidad genera un distanciamiento o una comunicación que no es efectiva, con interpretaciones equivocadas.

El mismo médico puede llegar a asumir que los significados que tiene de su cultura médica también son reconocidos de igual manera por los demás. Gran error si esto se piensa así. Las palabras y los silencios del médico, el vestido del médico, los remedios que formula, la edificación en la que atiende a los pacientes, todo es interpretado por la cultura del otro, todo tiene su significado, en muchos casos diferente.

Considero que en el propósito de hacer una medicina más cercana al ser humano vale la pena tener en cuenta que la medicina real es el producto de la interacción con la cultura médica popular y que en muchos casos pueden estar bastante lejos de esta las medicinas moderna, tradicional y complementaria / alternativa. El procurar entender qué es lo que realmente se está dando, podría acercarnos más al territorio y alejarnos de un mapa muchas veces lleno de ilusiones e idealizaciones desafortunadas. Se podría decir que la medicina popular es en síntesis un crisol de la medicina de la realidad, es una interpretación con la que frecuentemente se decide y se analiza la vida, la salud y la enfermedad.

LA MEDICINA MODERNA FRENTE A LA REALIDAD BIOLÓGICA

Nuestras relaciones en la vida están marcadas por un contexto biológico cuyos aspectos más sencillos están bien definidos. Desde un punto de vista científico, para que la vida exista tiene que estar ligada a un cuerpo físico cuya realidad biológica es frágil. La fragilidad no como una característica más, sino también como condición necesaria.

Hacen parte de la realidad biológica la fecundación, la gestación, el nacimiento, el desarrollo físico y sus cambios y la muerte, así como también la constante y necesaria participación del oxígeno y la glucosa en los procesos de respiración, principalmente a nivel del sistema nervioso. Ante la fragilidad observamos la existencia de sistemas reguladores del equilibrio con sus mecanismos de equilibrio ácido – básico, equilibrio hidroelectrolítico y las funciones de *feed-back* o retroalimentación; de sistemas de reparación ante los traumas con los procesos de cicatrización, desinflamación, coagulación y corrección genética; y de sistemas de respuesta ante la permeabilidad con procesos inmunológicos y procesos depurativos. Y en medio de todo esto una importante codependencia entre todos los seres vivos, bacterias, plantas, animales, no solo dentro de las mismas especies, sino de manera vital entre unas especies y otras.

Aún así, las interpretaciones de las interacciones estratégicas entre los seres humanos (*Homo sapiens*), es decir nosotros, y la naturaleza, parten de un error lógico; el considerar que somos en muchos aspectos entidades independientes y diferentes de lo que llamamos naturaleza. Un análisis utópico por lo superficial y tonto llevaría a pensar que una cosa acá es el *Homo* y otra allá el medio ambiente, la naturaleza, la montaña, el áscarí.

Quizás esta apreciación cultural, de que somos entidades diferentes, nos lleva a desarrollar acciones en las que la racionalidad de la maximización o la racionalidad de la satisfacción se contraponen con la cooperación necesaria para que la solución del juego de la vida sea un óptimo de Pareto, que con sus borrosos límites permita la existencia de formas de vida diversas, tanto de aquellas que consideramos necesarias para el mantenimiento de nuestro equilibrio, bueno a nuestro modo de pensar, como de aquellas que consideramos absolutamente competitivas con nuestra vida y bienestar.

Las acciones de maximización o de satisfacción tienden muchas veces a resolver los dilemas del medio ambiente como se da el manejo de los bienes privados, es decir como menciona Aguiar⁶⁹ “mercancías que no se pueden consumir simultáneamente”, el medio ambiente es consumido como mercancía privada solo para uno y nadie más.

Como seres humanos estamos confinados al planeta tierra, al menos en un futuro suficientemente grande como para preocuparnos bastante por la tierra, con una paradoja. Hemos pasado de ser pequeños grupos (desde la Lógica de Mancur Olson, mencionado por Aguiar⁷⁰) a ser grandes grupos, a la vez que hemos pasado de ser conscientes de vivir, como grupos, en pequeños ecosistemas, a ser conscientes de vivir en el planeta tierra como un único y pequeño ecosistema en la vastedad del universo.

El tamaño del grupo, y sus posibilidades de trabajo individual por el bien público, son relativos entonces, en este caso, a la consciencia del tamaño, o al tamaño real del ecosistema en el cual

⁶⁹ AGUIAR, FERNANDO, Intereses individuales y acción colectiva, Pablo Iglesias, Madrid, 1991, p.1.

⁷⁰ Ibíd., pp. 5 – 9.

vivimos. Esta situación se ve reflejada en nuestros juegos de interacción con el medio ambiente (incluidos nosotros, obviamente), pues el que sea un grupo pequeño (es decir privilegiado), o un grupo grande (es decir latente) va a estar en relación con la idea que tengamos del tamaño del espacio con el que interactuamos.

Es más probable que un grupo que piensa que su espacio es pequeño tenga más personas motivadas a suministrar el bien colectivo, así el tamaño de este grupo sea mucho mayor que otros grupos con menos personas pero con la idea que la tierra que habita, y con la que interactúa, es un espacio tendiente al infinito.

La idea del planeta tierra como pequeño ecosistema impulsa a comunidades con comportamiento intermedio (categoría de Mancur Olson, según Aguiar) a desarrollar acciones del tipo bienes públicos, es decir bienes que se ofrecen conjuntamente y están a disposición de los consumidores en iguales cantidades, y a trabajar el desarrollo de acciones de bien colectivo, dejando de lado la deserción y promoviendo la cooperación. La situación actual de la humanidad, como concepto global, es así como en los grupos grandes, que están en tránsito de ser latentes o intermedios a ser privilegiados.⁷¹

La interacción entre nosotros, como *Homo sapiens*, y la realidad biológica es constante, es impositiva, es vinculante, y no es una opción. Hasta nuestras necesidades básicas (respirar, comer, tomar agua, defecar, orinar, dormir y movernos) son completamente dependientes de la biología. Pero por otra parte nuestras decisiones y nuestras interacciones culturales parecieran ser en gran parte dependientes de la razón, de las emociones y de las repeticiones conscientes o inconscientes de ideas. En este juego de interacción entre biología y cultura se presentan tiempos,

⁷¹ Ibíd.

personas y acciones de cooperación y de defección, con consecuencias, adaptaciones y nuevas interacciones.

Teniendo en cuenta lo anterior analizo dos eventos, el resfriado y la muerte, como dilemas de salud pública. Los resfriados o gripas siguen siendo un problema grave, pueden ser causa de enfermedad complicada, muerte en personas de alto riesgo y tienen repercusiones económicas importantes entre otros motivos por el ausentismo laboral que genera. Anota la OMS⁷²:

La enfermedad puede ser leve o grave, e incluso mortal. La hospitalización y la muerte son más frecuentes entre los grupos de alto riesgo. Estas epidemias anuales causan en todo el mundo unos 3 a 5 millones de casos de enfermedad grave y unas 250.000 a 500.000 muertes.

La muerte, por otra parte, se convierte en muchos aspectos en el centro de la salud pública, bien sea como consecuencia de enfermedades, accidentes o de acciones de guerra en la resolución de conflictos; con una característica única, su incidencia es del 100% en el tiempo.

En el resfriado y en la muerte, ¿qué relaciones se dan entre la realidad biológica y la razón? Vale la pena hacernos la pregunta en términos de cooperación, a la luz de Axelrod⁷³, quien analiza la evolución de la cooperación, algunas de sus incongruentes características y su propósito de búsqueda de buenas estrategias a utilizar en situaciones de egoísmo. Considero que varias propuestas de la razón no cooperan con la realidad biológica, principalmente en el campo de la medicalización de estos dos aspectos, la muerte o de eventos que llamamos resfriados.

⁷² Gripe (estacional) [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>

⁷³ AXELROD, ROBERT, *La evolución de la cooperación*, Alianza, Madrid, 1996.

La muerte pocas veces es valorada como hecho natural, siendo más relevantes aspectos como su temporalidad, la pérdida de oportunidades económicas, los duelos que produce y la forma cómo afecta indicadores epidemiológicos. Los resfriados son considerados como enfermedades como tal, que aparecen en personas previamente sanas, asociadas a infecciones por virus con características particulares de mutabilidad constante, y por lo tanto permanencia indefinida, sin tratamientos específicos y con soluciones de prevención no siempre eficaces.

Las razones ante la muerte o ante los resfriados vislumbran que la realidad biológica no coopera con estas. De la misma manera podría uno deducir que desde la perspectiva de la realidad biológica, la razón no coopera, es más, busca competir con la ilusión de la ignorancia de las ideas sin ciencia. Siempre nos vamos a morir y casi siempre nos vamos a resfriar, independiente de la edad, de las condiciones socioeconómicas, del acceso a vacunas o de la disponibilidad de medicamentos. Y con estos dos eventos nuestros encuentros, como *Homo sapiens*, tienen una alta probabilidad de darse (con la muerte del 100%).

¿Existe algún sentido de cooperación en la realidad biológica? Por ejemplo, ¿existe algún sentido de cooperación entre los resfriados y la muerte con nosotros los humanos? ¿Podría darse un <<Equilibrio de Nash>> en el que conocidas (por todos; el humano conoce a su manera, y la bacteria conoce a su manera) las estrategias de la razón y las estrategias de la realidad biológica, no sea total la salud (aceptada culturalmente como una ausencia de enfermedad), y por lo tanto exista malestar y muerte como consecuencia de la enfermedad (es decir sufrimiento) y por lo tanto mayor reconciliación con la realidad de la vida?

Quizás con cooperación mutua, entre la realidad biológica y la concepción cultural de salud y enfermedad, como conceptos que se han propuesto excluyentes, podría habería menos años en la

vida, pero propongo yo, más vida en los años, al vivir una vida menos “antropocéntrica,” con una “comprensión más biocéntrica y/o ecocéntrica”, en términos propuestos por Maldonado⁷⁴ como parte de problemática para la comprensión de la realidad.

⁷⁴ MALDONADO, CARLOS, *Significado e Impacto Social de las Ciencias de la Complejidad*, Ediciones Desde Abajo, Bogotá, 2013, pp. 46 – 47.

LA MEDICINA MODERNA FRENTE A LA ENFERMEDAD

La vida está llena de lágrimas y dolores, de risas y placeres, de angustia y paz. La vida pareciera entenderse entonces así, como llena o de salud o de enfermedad, como si la salud y la enfermedad fueran polos opuestos de nuestra realidad. Pareciera que la enfermedad es lo contrario a la salud, pero sus límites se desdibujan en cada tiempo y en cada cultura. Aún siendo los mismos *Homo sapiens*, pensamos diferente, y a veces muy diferente, sobre el significado de la enfermedad, a pesar de esto, como entidad nos queda más fácil definirla que definir la salud.

¿Qué es enfermedad? Sugiero aquí una forma de entender la enfermedad como la pérdida de lo que propongo llamar “libertad memética”, (entendida desde la memética: “una idea-meme podría ser definida como una entidad capaz de ser transmitida de un cerebro a otro”⁷⁵). Es decir que estar enfermo es sentir que la libertad, que se ha aprendido como una idea o un ideal, se pierde o se ve afectada por eventos de la realidad biológica. Por ejemplo si me luxa un tobillo, o estoy cursando un proceso inmunológico de resfriado o diarrea, no voy a poder ir a pasear por las montañas y disfrutar de lo que he aprendido que es la libertad, en este caso, supongamos, del deleite del contacto con la naturaleza). Pero si entonces la quietud, vista como una incapacidad o una pérdida de libertad, me permite recuperar más rápido o de manera más adecuada mi “libertad memética”, no necesariamente siempre la libertad conduce a un adecuado proceso biológico. La pérdida de libertad en un momento dado, vista entonces, así como parte de un juego iterativo de cooperación con la realidad biológica, me permitirá vivir con más profundidad en otros

⁷⁵ SUSAN BLACKMORE, *La Máquina de los Memes*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2000, p. 34.

momentos futuros mi “libertad memética”. No es fácil entender qué es lo que le pasa a uno cuando está enfermo, la estructura está oculta, los síntomas no son la verdad.

De lo anterior se deriva que la enfermedad solo existe para el que, en su interpretación, es consciente de la pérdida de “libertad memética” que se le genera. Un pequeño bebé no sabe que está enfermo, los que se dan cuenta de su enfermedad son sus cuidadores, por las limitaciones que se les genera.

En nuestra comprensión asociamos la enfermedad con el sufrimiento, y entonces como resultado lógico la salud estaría enmarcada por una ausencia de sufrimiento, que resulta tan utópica como la posibilidad de no respirar. Asociamos la enfermedad con el síntoma y entonces desfiguramos las naturales respuestas de nuestra biología ante el desequilibrio, la permeabilidad y el trauma. Asociamos también la enfermedad con el envejecimiento o la muerte, y dedicamos esfuerzos enormes para ir en contracorriente ante estas realidades biológicas, aún cuando a veces parecíamos entender y aceptar, desde perspectivas tradicionales o alternativas, la muerte como un trance, como un paso, como un cambio y no como un fin. Asociamos también la enfermedad a lo extraño, a lo diferente, a lo que no entendemos dentro de los límites de nuestra cultura. Es así como los cambios culturales extinguen enfermedades y crean otras, siempre de la mano de lo desconocido con argumentos dictados desde los paradigmas morales, estéticos y científicos.

La enfermedad entendida así, pareciera no tener un propósito útil, pareciera ser una equivocación, un descuido, un castigo o una ignorancia. Pero la enfermedad genera cambios, la enfermedad tuerce y rompe propósitos lineales, causalidades entendibles. La enfermedad levanta barreras, rompe seguridades, genera miedos. Casi pareciera que la enfermedad tuviera un propósito, casi pareciera que el monstruo ficticio de la enfermedad debe existir como una razón para vivir.

Algunas de las interacciones nuestras, y en general de muchos otros seres vivos con otros seres vivos, son consideradas como infecciones; cuyas estrategias mutuas se definen cultural e intensamente como de deserción, situación que se extiende a otros ámbitos de la medicina, en la que dos jugadores (uno de ellos somos nosotros) son claramente definidos y delimitados por la no cooperación. Esta situación de interacción nos ha llevado en muy pocos casos a tener resultados de pagos tentadores desde la perspectiva de la medicina actual, como por ejemplo ganar la guerra contra la enfermedad.

Desde un análisis simple nuestras interacciones con algunos virus, bacterias, hongos y gusanos no son más que eso, solo interacciones; pero una mirada un poco más profunda revela que estas interacciones están marcadas por estrategias de supervivencia que ha sido catalogadas muchas veces como parasitismo, que desde la teoría de juegos se pueden catalogar como juegos no cooperativos o como juegos de suma cero en los que o el parásito muere o soy yo el que me enfermo o muero.

Lo anterior suena lógico desde una mirada de jugadores dispuestos el uno contra el otro, en la que la vida, como conjunto único, como totalidad unificada, no tiene cabida. O soy yo, o es el otro. Es decir que esas interacciones no se tratan de la vida, como curso evolutivo, sino de mi vida, o la vida del parásito. Desde esta perspectiva seguimos desertando nosotros en la cooperación con el desarrollo de la vida en general. Bueno, quizás esa sería una posibilidad superior de interacción, en la que la vida, como asunto genérico, tiene sentido, llámese esta *Homo sapiens*, o *Ascaris lumbricoides* o virus del *Zika*. Aunque hacen parte de la realidad biológica desde mucho antes de la existencia de los *Homo sapiens*, ni a los hospitales, ni a muchas casas se les permite la entrada a las bacterias, ni a los gusanos, ni a las moscas.

Es decir, consideramos lógico que somos como dos jugadores, nosotros y los parásitos, o mejor dicho, aquellos compañeros de interacción competitiva a quienes llamamos parásitos con un sentido claro de competencia por la supervivencia o del uno o del otro, y no de la vida como conjunto.

Una propuesta de un juego de interacciones de los unos con los otros, todos juntos contra la no vida o ausencia de vida, puede sonar lógicamente cooperadora, pero poco plausible a la luz de la salud pública, curiosa institución de muy reciente aparición en la historia de la vida, cuando ya muchas especies diferentes a los *Homos* habían representado la única posibilidad conocida de vida en el universo por millones de años.

De hecho puede sonar más lógico pensar que las interacciones de la vida van más por el lado de los unos contra los otros, más si los otros son considerados como parásitos para nada cooperadores con nosotros pues, a veces, nos enferman y otras nos matan. Por otra parte, una forma diferente de pensar el dilema es desde la cooperación, en la que las interacciones de los unos contra los otros, como estrategia egoísta, hacen parte de una estrategia de coevolución.

Estamos profundamente arraigados en lo que Martin Nowak⁷⁶ define como “Reciprocidad indirecta” en la que la reputación como elemento fundamental aporta a actitudes de deserción, no a actitudes de cooperación. Usualmente nuestras interacciones con algunos virus, bacterias, hongos y gusanos se traducen en dolores, malestares, incapacidades, secuelas y en algunos casos muerte. Ante esta reputación es difícil que surja una actitud diferente a la deserción. Pocos son amigos de los procesos que llamamos enfermedades. Pocas veces pensamos que este tipo de

⁷⁶ NOWAK, MARTIN, *Super Cooperadores*, Ediciones B, Barcelona, 2012, p. 79 y ss.

interacciones parasitarias tengan un propósito de cooperación con la vida, y mucho menos con nosotros como especie de *Homo sapiens*.

Algunos trabajos de inmunología y algunas propuestas de sistemas médicos diferentes han abordado las interacciones con algunos de estos parásitos de una manera diferente, en una simbiosis de cooperación a favor de nosotros los humanos en la que las enfermedades y sus procesos (en su mayoría de excreción) afectan favorablemente los desequilibrios que se presentan en el ser.

Vale la pena entonces analizar las relaciones con nuestros parásitos vecinos de vida desde la teoría de juegos, pues muchas veces estas no son menos que interacciones estratégicas en “la sopa o la pizza”, como analogías de Nowak⁷⁷ en su escrito, en el análisis de “Juegos Espaciales” como estrategia para el desarrollo de la cooperación.

Entonces, teniendo en cuentas estas propuestas, podríamos pensar que nuestras interacciones no son más que una parte en el juego cooperativo de la vida, o quizás un juego de cooperación en el curso de la vida del *Homo sapiens*. Entonces así, aceptar estas interacciones, entendidas culturalmente como dolorosas, desde esta perspectiva, produciría un cambio cultural en el abordaje de algunos problemas fundamentales de la salud pública, con un mayor reconocimiento de la realidad biológica, del territorio, del “biocentrismo y/o ecocentrismo” por encima de la visión cultural de la realidad marcada por ser “antropológica, antropocéntrica y antropomórfica”.

Anota Maldonado⁷⁸:

⁷⁷ *Ibíd.*, p. 101 y ss.

⁷⁸ MALDONADO, CARLOS, *Significado e Impacto Social de las Ciencias de la Complejidad*, Ediciones Desde Abajo, Bogotá, 2013, p. 47.

La importancia de la naturalización de la realidad y el conocimiento implican un giro radical hacia una comprensión más biocéntrica y/o ecocéntrica; es decir, se trata de comprender que el ser humano es una articulación importante de la realidad, pero solo una instancia o una escala, que no puede agotar ni subsumir a las demás especies. Por el contrario, se trata de ampliar la visión antrópica de la realidad hacia una explicación en la que otras especies, dinámicas, estructuras, y posibilidades puedan tornarse, como es efectivamente el caso, como fundamentales y determinantes a la hora de entender el universo en general.

LA MEDICINA MODERNA FRENTE A LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

Múltiples aspectos de la vida humana han sido medicalizados, nos hemos llenado de cultura médica en las explicaciones y las intervenciones; se han replicado en nuestras mentes ideas de salud y enfermedad, memes que han transformado nuestra concepción de crisis y realidades biológicas, han inventado otras tantas y han desechado ideas tradicionales.

La explicación profunda de lo que asumimos como salud o enfermedad pareciera a veces caer en un simple juego de palabras, argumentando que salud es la ausencia de enfermedad y enfermedad es la ausencia de salud, o en algunos casos buscamos la comodidad de entender la salud como un estado de bienestar que va incluso hasta lo social.

La medicalización de la vida se da, entre otros aspectos, al tomar la medicina moderna las riendas culturales para explicar e intervenir algunos de los procesos biológicos que se dan en nuestras vidas; lo cual en principio es razonable, pues una ciencia que busca explicaciones y resolución de problemas propone ideas y acciones que están dentro de su ámbito.

El asunto crítico, considero, es la medicalización de diversos aspectos de la vida, con sus memes de patologización, de guerra más que de diálogo, de preponderancia del uso de medicamentos y artículos de la industria farmacéutica, y de un innecesario valor social artificial y sin sentido de los llamados <<doctores>> por encima de otros trabajos, profesiones y oficios que a la larga aportan más a la construcción de redes y de entendimiento de la vida. Considero que hay más salud en una plaza de mercado que en un hospital, pues aunque los estudios de medicina y carreras afines son llamados estudios de <<ciencias de la salud>>, los profesionales son los <<profesionales de la salud>>, las instituciones <<Centros de salud>> en las que se fragua el

derecho a la atención en salud; no son estos muchas veces más que estudios, personas e instituciones para el cuidado, a la manera moderna, de las personas enfermas, que son los menos de los más en una población en general. Los más (y los menos también) se relacionan constantemente con redes de creación y distribución de alimentos asociados a la necesidad básica y no opcional de nutrirse. Paradójicamente a las instituciones asociadas a los alimentos se les llama mercados, cuando tienen más de vida y su relación con el grueso de la población, que las instituciones de salud que en muchos casos se reglamentan bajo las leyes del mercado y los intereses privados. La salud tiene que ver más con la vida que con la enfermedad.

Y dado que las ideas son aprendidas en una red, en un colectivo, es decir son convencionales, entonces medicalizamos los estilos de vida y ponemos en circulación los ideales de vida saludable para individuos particulares que viven metidos en redes en las que sus propuestas son utópicas; medicalizamos los cambios, y al medicalizarlos los volvemos patologías, y al volverlos patologías les declaramos la guerra y ponemos al servicio de las víctimas un costoso “arsenal terapéutico”, manejado y conocido solo por unos pocos ilustrados, contribuyendo también así a los ideales de ascenso social de los profesionales de la salud; medicalizamos la muerte y gastamos altísimas sumas de dinero en prolongar unas cuantas vidas unos pocos días, para morir rodeados de ciencia y no rodeados del misterio y la soledad de la muerte; medicalizamos los cadáveres y pagamos millones de pesos para que otros en técnicas asépticas y de seguridad biológica los maquillen y arreglen; medicalizamos el comer, el sexo, la tristeza, la angustia, la menopausia, el embarazo, las ilusiones, los sueños, las disidencias, las alucinaciones, los sistemas

culturales tradicionales, el cansancio. Dice Robert Aunger⁷⁹ “La crianza social (nuestra cultura, si se quiere) es así importante en modelar la manera en que nuestra mente funciona.”

Los profesionales de la ciencias de la salud (medicina moderna), ya así habiendo aprendido a imitar a sus profesores, salimos como excelentes vehículos de replicantes egoístas, llevándole a los demás nuestras ideas sin siquiera pensar en lo que hay detrás de estas, en su cultura, en su red de significados, en su hegemonía. Poco espacio dejamos abierto a nuevas posibilidades, a no ser que estas vengan de la cima de la pirámide. Poco espacio dejamos a la interpelación de la complejidad y a la idea que nuestra medicina moderna no es más que una creación cultural y que la cultura es una construcción artificial de formas de entender la realidad, pues estas desestabilizan nuestro confort y nos llevan a dudar y pensar.

⁷⁹ AUNGER, ROBERT, *El Meme Eléctrico*, Barcelona, Editorial Paidós, 2004.

LA MEDICINA MODERNA FRENTE AL ESPEJO DE LAS CIENCIAS DE LA COMPLEJIDAD

Aunque definimos nuestro momento cultural como contemporáneo, o post moderno, para Alberto Melucci⁸⁰ nuestro modo de entender y hablar de la realidad sigue estando dentro de las categorías de la modernidad; nos representamos lo social, la sociedad y la ciencia que la estudia: la sociología, dentro de los paradigmas de la modernidad, con la incomodidad que conlleva saber que la realidad no es moderna. Lo social adquiere una característica relevante de causa, de generador de sociabilidad. La sociedad se vuelve representativa por el solo hecho social, más allá de los aspectos culturales que antes generaron sociedad (religión, territorio, economía), pero sus definiciones siguen estando en el marco de las categorías que nacieron en la modernidad, que son básicamente sociedad industrial y sociedad capitalista, por lo que imposibilitan un adecuado entendimiento de lo social.

Paradójicamente, aunque nos sentimos mal definidos por los parámetros de la modernidad, pues "padecemos la incomodidad conceptual y practica al aplicar constantemente el lenguaje y las categorías de la modernidad a fenómenos que se prestan cada vez menos a ser interpretados con sus categorías"⁸¹ y las nuevas definiciones propuestas resultan siendo un intento de maquillaje de las viejas categorías.

⁸⁰ MELUCCI ALBERTO. *Vivencia y convivencia*, Trotta, Madrid, 2001

⁸¹ *Ibíd.*, p. 27.

Melucci propone “apurar hasta su límite las categorías de la modernidad”⁸² como una salida al inadecuado entendimiento de la sociedad que esta modernidad proporciona, a la necesidad de cambio de paradigma y a la incomodidad asociada a esto. Enfatiza que del debate sobre la postmodernidad, más importante que sus contribuciones al conocimiento, es entenderlo como un síntoma de la imposibilidad y su incomodidad actual de superar la categorización propuesta por la modernidad.

Desde su óptica, Richard Phillips Feynman⁸³ invita a dar una mirada a los conceptos de salud y enfermedad que muchas veces se entienden establecidos, bien definidos, aceptados, universales y un tanto impermeables a análisis y miradas desde otros ámbitos.

¿Qué se puede observar al atravesar los conceptos de salud y enfermedad por la moral, la ética, la religión, las razones y motivaciones personales para su estudio y práctica? ¿Qué pasa al abrir más la puerta de la incertidumbre y dejar entrar la duda en lo establecido? Quizás expandamos la concepción de salud y acortemos el mapa de la enfermedad, o de pronto lo contrario.

En general al pensar en lo profundo del tema estamos aún más tímidos en las exploraciones de las definiciones de salud y enfermedad, que Richard Feynman⁸⁴ en sus conferencias de 1963. Retomando sus argumentos y aplicándolos de manera práctica se pueden tener en cuenta las siguientes propuestas en esta mirada que sugiero debe hacer la medicina moderna ante el espejo de la complejidad:

⁸² Ibíd.

⁸³ FEYNMAN, RICHARD, *Qué significa todo eso*, Crítica, Barcelona, 1999.

⁸⁴ Ibíd.

- Atreverse a explorar la falsedad de sus argumentos, como una necesidad vital de existencia.
- Tomar muy en serio las nuevas ideas, sin importar su origen, como un planteamiento de observación objetiva de nuevas propuestas. Incluyo en este punto también las propuestas tradicionales que han sido olvidadas y poco estudiadas, y por lo tanto novedosas.
- Revisar el papel de la duda y la incertidumbre; de la existencia de lo desconocido como posibilidad de desarrollo científico ante los problemas no resueltos. La duda permite nuevas búsquedas, mucho más, y más necesario aún si se tiene en cuenta que el “conocimiento científico es un corpus de enunciados con grados de certeza variables”⁸⁵.

La ciencia que descubre la ignorancia (que la hace evidente) promueve la libertad de pensamiento (pues no todo está resuelto) y la duda (pues no todo ha sido como se había planteado). Esto genera progreso. Esto genera ciencia.

- Valorizar la interesante idea que “la imaginación de la naturaleza es mucho mayor que la imaginación del hombre”⁸⁶ para aplicarla a este análisis, teniendo en cuenta cómo, desde nuestra mirada de la naturaleza, podemos definir la existencia de un sistema reparador dada nuestra fragilidad, un sistema de equilibrio dado nuestra permanente posibilidad de desequilibrio (por ejemplo ácido-básico) y un sistema de control de los problemas ocasionados por nuestra permeabilidad, cuando el efecto de lo que nos entra lo entendemos como una enfermedad.
- Tener en cuenta que si las manifestaciones naturales de nuestro cuerpo incluyen eventos como la fiebre, producción de inmunoglobulinas, diarrea, vómito, inapetencia, y si a esto

⁸⁵ Ibíd.

⁸⁶ Ibíd.

le añadimos la frase de Feynman⁸⁷ que “la imaginación de la naturaleza es mucho mayor que la imaginación del hombre”, pueden entonces surgir propuestas dirigidas más a coadyuvar estos eventos que a atacarlos; propuestas de una mirada diferente sobre estos eventos, entendiéndolos ya no como enfermedades sino como manifestaciones saludables naturales, dada nuestra realidad biológica y sus características de fragilidad, desequilibrio y permeabilidad.

- Pensar las propuestas religiosas en relación con la salud y la enfermedad. Desde la definición misma hasta su interpretación, y el papel de sus propuestas morales y éticas, analizando lo que puede haber en nuestro entender actual, que creo debe ser bastante.

En David Deutsch⁸⁸ encuentro llamados de atención, propuestas, explicaciones, críticas, análisis historizantes, e invitaciones a nuevas exploraciones, que considero permiten realizar un mejor análisis a las concepciones de la salud y la enfermedad, Dado que observo que muchas veces se da por entendido lo que es salud y enfermedad, y que sobre este mapa nos movemos, considero importante hacer explícito este mapa, por una parte con los límites que le hemos definido, y por otra con la aproximación a otros mapas propuestos desde otros sistemas médicos, así como también con mis propias experiencias en el extremo más subjetivo, pero necesario, en la institución médica.

Me pregunto entonces, ¿qué aportes a la comprensión de lo que hemos dado a llamar salud y enfermedad encontramos en la física cuántica, la epistemología, la teoría de la calculabilidad y la teoría de la evolución?

⁸⁷ Ibíd.

⁸⁸ DEUTSCH, DAVID, *La estructura de la realidad*, Anagrama, 1999.

En nuestra actual comprensión de la salud y la enfermedad han jugado un papel fundamental el instrumentalismo, el positivismo, la especialización en el conocimiento, la aparente comodidad generada por buena descripción de fenómenos, la facilidad con la que no abordamos preguntas relacionadas con la comprensión de la salud y la enfermedad.

El reduccionismo es aplicado frecuentemente a nuestra comprensión de la salud y la enfermedad, siendo esta una forma equivocada de entender una realidad, pues “No sólo asume que la explicación siempre consiste en analizar un sistema fragmentándolo en sistemas más pequeños y sencillos, sino también que toda explicación debe basarse en hechos posteriores y realizarse mediante hechos anteriores; en otras palabras, que el único modo de explicar algo es precisar sus causas”⁸⁹, dejando de lado aplicaciones de teorías complejas.

Las explicaciones que tenemos a nuestro alcance, surgidas con la aplicación de las teorías que aceptamos, por más buenas que parezcan, no son necesariamente los hechos que están en la realidad. Esto que se ha encontrado en el estudio de la realidad a partir de las ciencias de la complejidad, no ha sido aplicado de manera profunda a la comprensión de la salud y la enfermedad, a sus límites y a su relación con la vida.

David Deutsch⁹⁰ dice que Galileo tuvo que trabajar bastante para rebatir algunas nociones de sentido común que estaban muy ligadas a lo que éste podía explicar. Percibo que en mi forma de pensar (que quizás es compartida por otros de los que me acompañan en este tiempo, espacio y cultura) estoy inmerso en un sentido médico que define, dentro de una lógica de sentido común basada en las explicaciones no complejas que tenemos de la vida, lo que es salud y lo que es

⁸⁹ Ibíd., p. 17.

⁹⁰ Ibíd., p. 62 y ss.

enfermedad. Estas definiciones están basadas, entre otros aspectos, en explicaciones sustentadas sobre lógicas sencillas.

Un ejemplo que se aplica a esta propuesta es el siguiente: cuando una persona comienza a tener síntomas de estornudos, *moqueadera*, fiebre, malestar, lagrimeo, dolor de garganta y tos, entre otros, se afirma que se enfermó, que se resfrió. Se dice que antes estaba bien de salud y que en algún momento se enfermó. Pareciera lógica esta sencilla explicación. Una forma diferente de ver estos hechos, que es más compleja, es pensar que no se enfermó cuando se resfrió, si no que por estar enfermo se resfrió, y que el resfriado, manejado de una manera saludable va a llevar a esa persona a curarse de la enfermedad que tenía. Es decir que el resfriado no es la enfermedad, sino una consecuencia terapéutica que emerge cuando una persona está enferma, con un propósito de curación dentro de la realidad biológica de nuestra naturaleza.

Basado en lo expuesto por Deutsch, considero que la medicina moderna o facultativa tiene características de solipsismo, pues pareciera que solo está segura de la existencia de su propia forma de entender la vida y pareciera llevar un mensaje que solo esta forma de medicina existe. Esta se acercaría más a la realidad si sus bases teóricas fueran del ámbito de la complejidad, pero al basarse en teorías sencillas y mecanicistas se aleja en su conocimiento de lo que puede ser la realidad.

Para Fritjof Capra⁹¹ la clave para “una nueva síntesis” en la comprensión del fenómeno de la vida, que llama “teoría completa de los sistemas vivos”, es la síntesis de tres criterios: la estructura, que debe ser comprendida como la substancia, la materia, la cantidad, las

⁹¹ FRITJOF, CAPRA, *La trama de la vida*, Anagrama, Barcelona, 1996, pp. 171 – 175.

composiciones químicas; el patrón, que debe ser entendido como la forma, el orden, la cualidad, la “configuración de las relaciones entre sus componentes” que “determina las características esenciales del sistema”, ejemplificado como una silla; y el proceso, entendido como la “actividad que se ocupa de la continua corporeización del patrón de organización del sistema”, y que propone es el vínculo entre los dos anteriores.

Y si para Maturana y Varela⁹² la explicación del fenómeno de la vida es la “organización autopoietica”, es decir un sistema capaz de reproducirse y mantenerse por sí mismo, ¿qué pasará si la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad es vista desde estas perspectivas?

Quizás se podría concluir que la salud y la enfermedad, como la vida, son procesos cognitivos y autopoieticos. Entonces, desde esa perspectiva, se entienden no como estados sino como procesos, en los que como dice Capra⁹³ sobre el nuevo proceso de cognición, haciendo referencia al proceso de la vida, incluirían “percepción, emoción, acción, lenguaje, pensamiento conceptual”, y que “no incluye necesariamente el pensamiento”.

Ilya Prigogine⁹⁴ hace una analogía de las estructuras de los sistemas vivos con las estructuras disipativas, entendidas como estructuras que se autoorganizan en un contexto o entorno, que son dinámicas y que se asocian a un flujo de materia y energía. Este concepto de estructuras disipativas podría llevar a la comprensión de la salud y la enfermedad aún más lejos de lo estático, lo demarcado, lo causal, lo permanente. ¿Cómo será una enfermedad entendida como

⁹² MATURANA, HUMBERTO Y FRANCISCO VARELA, *El árbol del conocimiento*, Debate, Madrid, 1999, p. 36.

⁹³ FRITJOF, CAPRA, *La trama de la vida*, Anagrama, Barcelona, 1996, p. 188.

⁹⁴ *Ibíd.*, pp. 181 – 185.

una estructura disipativa que está dentro o es parte de un proceso cognitivo?; y si es la salud, ¿Cómo será la salud entendida como una estructura disipativa que está dentro o es parte de un proceso cognitivo? Y más aún, ¿cómo sería un entender la salud y la enfermedad como estructuras emergentes, que pueden cambiar, desaparecer, aparecer, todo dentro de un proceso de aprender, de conocer, y de pensar?

Entonces así el fenómeno de la vida se define como un proceso de autogeneración de una estructura disipativa, por lo tanto es a la vez abierto y cerrado: “abierto estructuralmente, pero cerrado organizativamente”⁹⁵. También, dentro de su análisis del proceso, Capra propone la cognición como el “proceso de la vida”⁹⁶, siendo este bastante más amplio en el “reino humano” que lo que podría ser en los otros reinos de la vida.

Concluyo entonces, basado en Capra, que somos procesos cognitivos y autopoieticos (nos generamos y nos organizamos) como estructuras disipativas en las que interviene la misma estructura de la que están hechas las estrellas, los planetas y los otros seres vivos.

Para Maldonado⁹⁷ las ciencias de la complejidad si permiten una explicación más adecuada de la realidad de los fenómenos de la vida. Entonces la salud y la enfermedad como fenómenos culturales y biológicos de nosotros los humanos pueden ser comprendidas de una manera más cercana a la realidad desde las ciencias de la complejidad. Por lo tanto, es necesario conocer estas ciencias, conocer sus planteamientos y así tener mejores explicaciones a los problemas que los propuestos por las ciencias clásicas. Si la vida es compleja, debe ser vista desde la complejidad.

⁹⁵ Ibíd., p. 182.

⁹⁶ Ibíd., p. 185.

⁹⁷ MALDONADO, CARLOS, *Significado e Impacto Social de las Ciencias de la Complejidad*, Ediciones Desde Abajo, Bogotá, 2013.

Tanto la salud, que está en los sistemas de salud y también por fuera de estos, como la medicina, que está ligada fuertemente con los sistemas de salud requieren de una interdisciplinariedad práctica para su mejor comprensión.

Metidos aún en el marco de la modernidad, sufriendo las incomodidades que esto genera en una sociedad postmoderna, Melucci⁹⁸ al preguntarse sobre “¿La sociología más allá de sí misma?” sugiere que esta, como ciencia de estudio de la sociedad o de la sociabilidad, que genera cambios, que por sí misma es acción, “debe, por lo tanto, renunciar a la omnipotencia, puesto que tiene una capacidad limitada de controlar directamente los efectos de los conocimientos que pone en circulación”⁹⁹ y que debe ser capaz de autolimitarse, es decir de reconocer sus limitaciones pero sin dejar de generar reflexiones. Sugiero que esta propuesta puede aplicarse también a la medicina moderna, que como referente de las ciencias de la salud en nuestra cultura, y como denominador de muchos sistemas de salud, extiende sus propuestas a diversos aspectos de la vida, haciéndose omnipresente en los manejos y comprensiones de la salud y la enfermedad.

Aplicación también en este análisis de la medicina moderna tienen sus propuestas sobre los procesos de reflexión, de estudio, de generación de conocimiento, que difícilmente se dan en quienes están sometidos a “estructuras de desigualdad y a procesos de exclusión”¹⁰⁰, analogía que se puede hacer desde la enseñanza de las ciencias de la salud en la que frecuentemente los estudiantes hacen parte del grupo de los ignorantes, cuyos procesos de reflexión son menos válidos que aquellos que independientemente de sus reflexiones tienen muchos más saberes,

⁹⁸ MELUCCI ALBERTO. *Vivencia y convivencia*, Trotta, Madrid, 2001, p. 39.

⁹⁹ *Ibíd.*, p. 40.

¹⁰⁰ *Ibíd.*

datos o destrezas. Dice Melucci¹⁰¹ que estos procesos tampoco se dan en quienes están metidos de lleno y son autoridades en los paradigmas, “Nunca son los iniciados en los trabajos son los que efectúan la transformación, sino que esta acontece siempre en las fronteras, bien desde el exterior, bien gracias a la labor de figuras marginales.” Dice que los iniciados en la disciplina están dentro del paradigma. Aquí también la analogía es clara con quienes ostentan un mayor grado de autoridad, de conocimiento y de jerarquía en el mundo académico de las ciencias de la salud. Bueno, las generalizaciones no son justas; no en todos, pero si en muchos.

Para una medicina moderna frente al espejo de la contemporaneidad, para una modernidad frente a la complejidad de la vida, la idea de un cambio de paradigma pareciera una salida necesaria ante la situación de generar miradas reduccionistas y actos de habla que como lo plantea John Austin¹⁰², no se convierten en realizativos y si en infortunios o desaciertos; pues lo que se piensa y se dice no cambia la realidad de manera consecuente con lo que se piensa, bien sea porque sus planteamientos desconozcan la realidad o el contexto. En el campo de la medicina se convierten en problemas de salud pública, pues aplican sus mapas ilusorios a la realidad de muchos que viven la enfermedad. Para un necesario cambio de paradigma Melucci¹⁰³ sugiere:

1. Reconocer que el conocimiento es limitado.
2. Aumentar las posibilidades de confrontar el conocimiento con la observación, una y otra vez, llegando quizás a redefinición de hipótesis.

¹⁰¹ Ibíd.

¹⁰² AUSTIN, JOHN, *Cómo hacer cosas con palabras*, Paidós, España, 1990, pp. 47, 55 y 66 y ss.

¹⁰³ MELUCCI ALBERTO. *Vivencia y convivencia*, Trotta, Madrid, 2001, pp. 40 – 41.

3. Generar posibilidades de toma de conciencia de los límites de los paradigmas, con “niveles de metacomunicación”, y con la producción de “experiencias de extrañamiento y desubicación”.
4. Generar espacios de reflexión en las instituciones que producen conocimiento “que son las que tienen efectos más directos sobre el lenguaje y los instrumentos de trabajo científico”, teniendo muy en cuenta que “nuestros lenguajes y las categorías que utilizamos no son únicamente el producto de procesos cognitivos de confrontación científica, sino que son además, en buena medida, el resultado de elecciones organizativas, de políticas institucionales y de relaciones de poder en el seno de las instituciones científicas.”

La medicina moderna se sitúa actualmente en el contexto de lo que Scott Lash¹⁰⁴ llama la sociedad de la información de la que algunos de sus argumentos, propuestos por el autor, permiten un mejor entendimiento de su realidad moderna, interpretada desde un mundo complejo.

La medicina moderna, como uno de los sistemas médicos vigentes, y al igual que todos (en menor medida la medicina tradicional, y en mayor medida la moderna) participa de una nueva cultura, la cultura tecnológica, en la que como dice Lash¹⁰⁵ la información está comprimida en el tiempo y el espacio y la inmediatez en la información resulta siendo muy importante lo que a su vez esta deja poco tiempo para la reflexión.

¹⁰⁴ LASH, SCOTT, *Crítica de la información*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 2005

¹⁰⁵ *Ibíd.*

Afirma también que hemos llegado a una irracional sobrecarga de información, junto con información errada, desinformación, e información descontrolada y que la información se da usualmente como mensajes breves y no como narrativa; además la información usualmente viene sin argumentos que la legitimen. La desigualdad que genera está más asociada a la exclusión de la información que a la explotación, como era antes. Que aumenta considerablemente la importancia de la propiedad intelectual (*copyright*), que se hace muy difícil el desarrollo de una crítica aporética o dialéctica (además no hay tiempo para hacerla) pues se tienden a borrar las diferencias, los puntos o posiciones opuestas y los límites.

La medicina moderna tiende a calificar algunas posiciones diferentes a sus conclusiones como no científicas, lo cual las deja a veces en el campo de las manifestaciones culturales, como si la medicina moderna no fuera en sí misma una creación cultural, o si lo entendido como creaciones culturales no fueran importantes en la salud y enfermedad.

En la sociedad de la información surge una forma de vida, o formas de vida, que Lash llama “formas tecnológicas de vida”¹⁰⁶, formas de vida planas, con poca aporética y poca dialéctica, muy rápidas (además muy rápidas para la reflexión) y no lineales (además son muy largas o grandes para que puedan ser lineales), y la crítica que surge ya no es una teoría, no genera un marco teórico, es una información más que se consume sin tanto pensamiento.

Las cuatro sugerencias de Melucci anotadas antes bien vale la pena aplicarlas a los procesos de formación de las personas responsables de solucionar problemas desde las ciencias de la salud, para así abrir posibilidades a la crítica, la interdisciplinariedad necesaria en el entendimiento de eventos complejos como la vida y las decisiones que los seres humanos tomamos, pues la

¹⁰⁶ *Ibíd.*, p. 39

medicina moderna está inmersa en la sociedad de la información de los planteamientos de Lash¹⁰⁷, desafortunadamente para la salud pública con poco pensamiento, pero paradójicamente con muchas posibilidades para hacer cosas que produzcan cambios congruentes con la vida y la libertad. Dice Lash¹⁰⁸ que “La informalización inaugura un nuevo paradigma del poder y la desigualdad. Abre también infinitas oportunidades para toda una gama de innovaciones y creatividad”.

Por otra parte, la categorización en ciencias de la salud (y también en las ciencias de la enfermedad) es dramática. Categorizamos desde el principio, lo que es salud y lo que es enfermedad, sin siquiera tener en cuenta que sus sucesos hacen parte de la vida y sus límites no son claros. Categorizamos las enfermedades, categorizamos y patologizamos la vida, con las consecuencias descritas por Taleb¹⁰⁹ como la “reducción de la auténtica complejidad”.

El ejercicio de la medicina está profundamente marcado por un desconocimiento de la posibilidad del surgimiento de sucesos Cisne Negro, descritos por Nassim Nicholas Taleb¹¹⁰ como aquellos sucesos cuya emergencia es altamente improbable, y que además resultan siendo muy trascendentales. Ante esta posibilidad de cisnes negros Taleb propone desbaratar la certidumbre hacia el futuro y desbaratar la “distorsión retrospectiva”, pues categorizar a partir de la emergencia de sucesos raros y trascendentales produce una reducción de la complejidad con sus

¹⁰⁷ *Ibíd.*

¹⁰⁸ *Ibíd.*, p. 35.

¹⁰⁹ TALEB, NASSIM, *El Cisne Negro: el impacto de lo altamente improbable*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2008.

¹¹⁰ *Ibíd.*

consecuencias como dejar de tener en cuenta la posibilidad de emergencias de nuevos sucesos raros que obviamente la certeza no puede prever.

Categorizar debería dejar la puerta abierta a no categorizar todo, a admitir la incertidumbre como realidad de la cual pueden surgir extraños y trascendentales sucesos pues la observación de los sucesos permite concluir de manera contundente que “la historia marcha hacia adelante, no hacia atrás, y que es más confusa que los hechos que se narran”¹¹¹. Esto pareciera ser una perogrullada, pero muchas veces nos obsesionamos con el análisis de los hechos pasados poniéndoles una lógica que en realidad nunca existió; y peor aún, hacemos predicciones sobre nuestros análisis lógicos y sencillos. Las herramientas científicas que tenemos no pueden medir lo incierto.

En los procesos de disminución de la incertidumbre es más importante lo que no sabemos que lo que sabemos, pues el surgimiento de sucesos extraños podría dar al traste con todo lo que sabemos. Entre menos sabemos, más sucesos nos parecerán extraños, por lo tanto más pueden llegar a afectarnos al no estar preparados ante su emergencia. De todas maneras siempre surgirán “cisnes negros”. La categorización puede llevar a creer más en la categoría y sus límites que en la realidad, a confundir el mapa con el territorio.

Zygmunt Bauman¹¹² dice en su libro *En Busca de la Política* que “El mundo contemporáneo es un *container* lleno hasta el borde del miedo y la desesperación flotantes, que buscan desesperadamente una salida.”, y que saber que la mala política tiene una relación estrecha con esto, podría llevarnos tanto a luchar, como a abandonar la lucha o a darle a esta comprensión un

¹¹¹ *Ibíd.*

¹¹² BAUMAN, ZYGMUNT, *En busca de la política*, Fondo de Cultura Económica, Argentina, 2001, p. 23.

uso clínico o un uso cínico, catalizado este último con la atmósfera de mercado que inunda lo público y que inunda todo. Y entonces, ¿Qué le ha aportado la disfunción política a la construcción cultural de la salud y de la enfermedad, en este momento y lugar?

Por una parte, encontramos interesantes las implicaciones que pueda tener la presencia o ausencia de seguridad, certeza y protección, con sus consecuencias de autoconfianza e independencia, y de miedo generalizado y angustia respectivamente; pues parecieran emerger en los mares de inseguridad, incertidumbre y desprotección muchos de los síntomas de lo que llamamos enfermedades. Por otra parte, quizás las concepciones de salud y enfermedad modernas tienen una tendencia marcada en relación con lo que Bauman¹¹³ propone como “autonomía”, como contraria a la “heteronomía”. El “yo”, el “nosotros” y el dolor de la muerte, y de preguntas trascendentales y dolorosas, también son sedadas por creaciones médicas, disfraces de enfermedades, amenazas y estilos de vida (saludables).

La referencia a la familia, como “estrategia heterónoma – autónoma”¹¹⁴ podría tener una similitud con la familia médica, es decir con la institución médica que nos propone una pertenencia inventada a una familia definida por agentes, teorías, hospitales, remedios, que han abarcado y se han instalado (medicalizado) desde la gestación de la vida hasta la muerte, desde la alimentación hasta el placer, desde el disenter hasta la locura.

La medicina como institución puede parecerse a lo que Bauman¹¹⁵ describe como “comunidad tipo perchero”, una comunidad que, entre otras, no resuelve lo fundamental. Así entonces, la

¹¹³ *Ibíd.*, p. 42 y ss.

¹¹⁴ *Ibíd.*, p. 42.

¹¹⁵ *Ibíd.*, pp. 56 – 57.

medicina moderna hace parte también (y no habría razón para pensar que podría ser diferente) del “enfriamiento del planeta humano”¹¹⁶. Olvidar las conexiones que nos han traído hasta aquí, y confundir los mapas o los nombres con las cosas reales, puede servir a intereses cínicos, o a elaborar interpretaciones falsas.

Eric R. Wolf¹¹⁷ leído en clave de salud y medicina, tiene una aplicabilidad sorprendente, acerca el análisis a lo que ocurre en la realidad. Quizás mucho en medicina no son más que mapas estáticos, acomodados y deficientes en valoraciones justas de las conexiones de las que han emergido situaciones a las que hemos etiquetado con nombres, que a su vez se convierten en cosas, creando así “falsos modelos” de nuestra realidad biológica.

Por una parte se inventan estimaciones sobre el surgimiento de procesos - enfermedades - , o por otra parte se obvian el estudio de los procesos previos etiquetando enfermedades como de origen idiopático, algo similar a lo que se proponía con la teoría de la generación espontánea de roedores o insectos.

Abrir los ojos a las conexiones que han generado culturas debe servir también para tener una mirada más real sobre lo que hoy consideramos salud, enfermedad y normalidad; sobre lo que hoy la medicina considera es patológico y por lo tanto requiere una intervención terapéutica, o sobre la imposición de medicalizaciones innecesarias desde la perspectiva de la realidad biológica. También, y quizás más importante, se han olvidado o escondido conceptos que han marcado cambios fundamentales en nuestra historia médica.

¹¹⁶ *Ibíd.*, p. 62.

¹¹⁷ WOLF, ERIC, *Europa y la gente sin historia*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993

Una mirada crítica a la medicina moderna podemos hacerla a través de Elina Dabas y Denise Najmanovich¹¹⁸ quienes nos presentan evidencias emergentes de nuestra fragmentada apreciación de la realidad en diversos tiempos y espacios, con un análisis juicioso de los hechos, tarea facilitada y sostenida por lo que ya pasó, por lo que se hizo y no se hizo, y por la conciencia de crisis tal como se concibe en este momento. Los argumentos, escritos de una manera sencilla, confirman el cambio y la necesidad del cambio. Anotan que “las viejas recetas destinadas a curar todos los males generalmente nos empeoran” y que “la civilización que creyó en las certezas definitivas, en el conocimiento absoluto y en el progreso permanente ha comenzado a derrumbarse.”¹¹⁹

La medicina moderna puede ser leída como una institución en la que, en palabras de Dabas y Najmanovich¹²⁰, sus procesos de cuantificación se fueron haciendo más y más comunes, y entonces su presencia permanente los volvió naturales para el hombre moderno; surgieron como prioritarios y luego obvios y naturales. Su lenguaje que hoy imaginamos representa entidades eminentemente concretas, son construcciones mentales complejas pero abstractas, “cuya única concretud reside en que estamos acostumbrado a los relojes, los metros y las balanzas, y hemos olvidado su origen.”

Parafraseando su análisis se podría decir que en la medicina moderna o medicina científica, la ética, la estética, los odios y los amores, los gustos y los olores no figuran en su libro de la naturaleza de la salud y la enfermedad, pero a pesar de esto se propone en algunos casos como la

¹¹⁸ DABAS, ELINA Y DENISE NAJMANOVICH, *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires. 1995.

¹¹⁹ *Ibíd.*, p. 34.

¹²⁰ *Ibíd.*, p. 47.

verdad, absoluta y objetiva. También vale la pena tener en cuenta, como lo mencionan, que muchas de sus palabras técnicas tienen el propósito de “separar a los iniciados de los excluidos”, lo cual se expresa en el ejercicio de la medicina moderna con una clara separación entre los llamados pacientes y los llamados doctores, en la que los que sufren los procesos de dolor y malestar saben menos (o no saben nada) y los que únicamente habiendo estudiado saben más (o lo saben todo).

Brillante alusión se hace a la metáfora del universo como un reloj y sus supuestos de los que se enfatiza que las relaciones entre los elementos no pueden ser transformadas, que el todo siempre es igual a la suma de las partes y que “todo el efecto es producido por una causa específica e identificable, cuya acción provoca necesariamente el efecto considerado, actuando de modo independiente del resto de las condiciones que se relacionan con el fenómeno: *hipótesis de causalidad eficiente o mecánica*”.¹²¹ La medicina moderna destaca la unicausalidad y la linealidad en muchos de sus análisis, con la ilusión de contextos estables, independientes y poco diversos. Sus conclusiones se expresan por una parte como las consecuencias de lo que ha estado ocurriendo, consecuencias enfocadas principalmente en los errores de la concepción simple o lineal de lo que es complejo.

¹²¹ Ibíd., p. 51.

EPÍLOGO

A veces vendo el cuerpo, y lo vendo barato. Lo vendo con la ilusión que es mío, que lo puedo cambiar por algo, que puedo realizar con este cuerpo inversiones, como en un mercado, en el cual lo que consigo es muchas veces lo que me han enseñado a conseguir.

Entrego mi cuerpo para no sufrir lo que me han enseñado que no debo sufrir, aunque muchas veces reciba menos que lo que entrego.

Cambio mi presencia y mi fuerza por un pedazo de pan. Me pongo elegante, me cuido de no enfermarme, me pongo sensual y sonrío. Entrego mi cuerpo, a otro que como yo, busca ilusiones y las consigue también, vendiendo su cuerpo, su mente cerebro.

A veces cambio mi cuerpo por la ilusión de la salud, lo vendo a aquellos que me venden una salud cargada de analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios, antidepresivos, antipiréticos, antiespasmódicos, anticonvulsivantes, antiácidos y antiarrugas. Vendo mi cuerpo por algo de dinero para que cuando la vida me hable y me duela no lo sienta.

En una irracional subasta me exhibo egoísta y apuesto mi cuerpo a ilusiones en las que la vida no tiene sentido como es, sino como se ha pensado que debe ser. Ilusiones en las que la salud es un guerra contra la enfermedad y no un camino de cooperación, en las que lo amargo no tiene sentido, en las que lo fácil me enamora, en las que la responsabilidad de mi salud está puesta en gran medida en otros, curiosamente en aquellos que compran mi cuerpo, y el suyo, y el de muchos.

A veces nos impulsan a egoísmos con inversiones enormes. Les vendemos nuestros cuerpos con pagos muy bajos, y a cambio recibimos implantes dentales, implantes mamarios, hoteles de

enfermos e incomprensiones de las razones de los dolores, las tristezas, las fiebres, los virus, las plantas, la tierra y el sol; compañeros nuestros de andanza por la vida.

La cooperación se rompe, la cooperación la rompemos, la cooperación nos la rompen; y así, recibimos menos por nuestros cuerpos. Y ese poco lo cambiamos por efímeras mercancías, por estilos de vida saludable, por inercias, inacciones, pasividades, quietudes; y a veces por vivir más sin vivir.

A veces el miedo a vivir, el miedo a no tener, el miedo al dolor, la fiebre, la anodonia y el miedo a la cooperación nos lleva a infravalorar nuestro cuerpo, y así lo vendemos barato, lo entregamos por casi nada. En el peor de los casos lo cambiamos por discriminación, asesinatos, fronteras y muros.

Solo a veces, no siempre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ICMJE | Home [Internet]. Icmje.org. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.icmje.org>
2. Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;;i2139.
3. CvLAC - RG [Internet]. Scienti.colciencias.gov.co. 2018 [cited 8 June 2018]. Available from: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000211664
4. MALDONADO, CARLOS, *Significado e Impacto Social de las Ciencias de la Complejidad*, Ediciones Desde Abajo, Bogotá, 2013.
5. Peréa J. Veintiseis años despues: el plan de estudios, 1960. *Rev. Fac. Med.* 1986;40(2)165-176
6. FLEXNER ABRAHAM, *Medical Education in the United States and Canada.*: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, NY, 1910.
7. Valderrama E. Evolucion histórica de la educación médica en Colombia. *Rev. Fac. Med.* 1986;40(2) 189-93
8. Beck, A. The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. *JAMA*. 2004;291(17) 2139-2140
9. Fox, D. Abraham Flexner's unpublished report: foundations and medical education, 1909-1928. *Bulletin of the History of Medicine*. 1980;54(4) 475 – 496
10. Restrepo, M., et al. Educación médica colombiana en la segunda mitad del siglo XX: entre el modelo Flexneriano y la Medicina Social Latinoamericana. *Nova et Vetera*. 2017;3(26)

11. ZULUAGA, GERMÁN Y CAMILO CORREAL, *Medicinas Tradicionales. Introducción al estudio de los sistemas tradicionales de salud y su relación con la medicina moderna*, Cuadernos del Observatorio de la Vida, Volumen 3, División de Humanidades, Universidad El Bosque, Bogotá, 2002.
12. Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196 (4286):129-136.
13. CÁRDENAS, HUGO, (Comp.), *El enfoque biopsicosocial y cultural en la formación de los profesionales de la salud en la Universidad El Bosque. Procedencias, despliegues y desafíos*, Universidad El Bosque, Bogotá, 2016.
14. Errasti-Ibarrondo, B. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2012;35(2):269 – 283
15. SUSAN BLACKMORE, *La Máquina de los Memes*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2000.
16. ROBERT AUNGER, *El Meme Eléctrico*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2004.
17. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ*. 2012;344(may28 4):e3502-e3502.
18. Blech J. The illness industry. *New Scientist*. 2006;191(2561):24.
19. Iniciativas Similares – MedicosSinMarcaColombia [Internet]. *Medicossinmarca.co*. 2018 [cited 9 June 2018]. Available from: https://medicossinmarca.co/iniciativas_similares/
20. CAPRA, FRITJOF, *El Punto Crucial*, Editorial Troquel S.A., Buenos Aires, 1992.
21. OMS | Medicina tradicional: definiciones [Internet]. *Who.int*. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/
22. OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2002-2005*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

23. GUTIERREZ, VIRGINIA, *Medicina tradicional de Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1985.
24. [Internet]. Redalyc.org. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
25. BURGOS, HUGO, *Medicina campesina en transición*, Editorial Abya Yala, Quito, 1992.
26. GREBE, MARÍA, La medicina tradicional: una perspectiva antropológica, *Enfoques en atención primaria*, Volumen 3, Santiago de Chile, 1988.
27. SÁNCHEZ E., PARDO M., FLORES M., FERREIRA P., *Protección del conocimiento tradicional: elementos conceptuales para una propuesta de reglamentación*, Instituto de Investigaciones Biológicas Alexander Von Humboldt, Bogotá, 2001.
28. ZULUAGA GERMÁN, *El Yoco (Paullinia yoco) la savia de la selva*, Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, 2004.
29. ZULUAGA GERMÁN, *La Botella Curada*, Amazon Conservation Team, Instituto de Etnobiología, Universidad El Bosque; Bogotá, 2003.
30. ZULUAGA, GERMÁN, (Comp), *Seminario Internacional de Etnomedicina, aproximación al conocimiento de sistemas tradicionales de salud. Memorias*, Universidad El Bosque, Instituto de Etnobiología, The Amazon Conservation Team, Bogotá, 2002.
31. MONTES, J, *Medicina popular en Colombia. Vegetales y otras sustancias usadas como remedios*, Publicaciones del Instituto Caro y Cuervo, Bogotá, 1981.
32. ROERSCH C., J. TAVÀRES, E., MENÈNDEZ, *Medicina Tradicional 500 años después. Historia y Consecuencias Actuales*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo, 1993.
33. WALLERSTEIN, IMMANUEL, *Abrir las ciencias sociales*, Siglo XXI editores, México, 2006.

34. SIMON, HERBERT, *Naturaleza y límites de la razón humana*, Fondo de Cultura Económica, México, 1989.
35. CRUZ, MANUEL, Capítulo 2. Intenciones humanas, estructuras sociales: para una lógica situacional, *Acción Humana*, Ariel, Barcelona, 1997.
36. Río Anchicayá [Internet]. Es.wikipedia.org. 2018 [cited 10 June 2018]. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/R%C3%ADo_Anchicay%C3%A1
37. OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2025*, Organización Mundial de la Salud, China, 2013.
38. [Internet]. Urosario.edu.co. 2016 [cited 10 June 2018]. Available from: http://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-III-2008/PDF/2008_fasciculo15/
39. Cárdenas H. Medicina Comunitaria y Medicina Tradicional Indígena. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad El Bosque. 2003; 1(8)
40. AGUIAR, FERNANDO, *Intereses individuales y acción colectiva*, Pablo Iglesias, Madrid, 1991.
41. Gripe (estacional) [Internet]. World Health Organization. 2018 [cited 11 June 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>
42. AXELROD, ROBERT, *La evolución de la cooperación*, Alianza, Madrid, 1996.
43. SUSAN BLACKMORE, *La Máquina de los Memes*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2000.
44. NOWAK, MARTIN, *Super Cooperadores*, Ediciones B, Barcelona, 2012
45. AUNGER, ROBERT, *El Meme Eléctrico*, Barcelona, Editorial Paidós, 2004.
46. MELUCCI ALBERTO. *Vivencia y convivencia*, Trotta, Madrid, 2001
47. FEYNMAN, RICHARD, *Qué significa todo eso*, Crítica, Barcelona, 1999.
48. DEUTSCH, DAVID, *La estructura de la realidad*, Anagrama, 1999.

49. FRITJOF, CAPRA, *La trama de la vida*, Anagrama, Barcelona, 1996.
50. MATURANA, HUMBERTO Y FRANCISCO VARELA, *El árbol del conocimiento*, Debate, Madrid, 1999.
51. AUSTIN, JOHN, *Cómo hacer cosas con palabras*, Paidós, España, 1990.
52. LASH, SCOTT, *Crítica de la información*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 2005
53. TALEB, NASSIM, *El Cisne Negro: el impacto de lo altamente improbable*, Paidós Ibérica, Barcelona, 2008.
54. BAUMAN, ZYGMUNT, *En busca de la política*, Fondo de Cultura Económica, Argentina, 2001.
55. WOLF, ERIC, *Europa y la gente sin historia*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993
56. DABAS, ELINA Y DENISE NAJMANOVICH, *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires. 1995.