

argot

Jean
Clavreul

EL
ORDEN
MEDICO



Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M Cursos® Pag 175 a 203

EL ORDEN MEDICO

La imagen del médico en nuestras sociedades se nos parece rodeada de un halo de benevolencia y jerarquía, de saber y poder. Las personas se proponen en manos del «médico» sometiéndose a su criterio y decisión. Es éste quien decide de qué se sufre, qué se ha de hacer y qué tratamiento se ha de cumplir. La medicina está fascinada por su eficacia sobre lo que ella constituye como su *objeto*: la enfermedad. No es menos fascinante por su eficacia sobre lo que destituye: el nombre como *suje*to del deseo.

El psicoanálisis ha demostrado que también se sufre de lo que no se puede decir. El discurso médico, por medio de sus mecanismos de censura, no deja sitio para lo que no entra en su propia coherencia. Reconoce la existencia de un «factor psíquico», nada desdeñable en las enfermedades que constituyen el repertorio de la medicina, e invita al psicoanalista a integrarse a su discurso aportando una técnica de complemento en el tratamiento de esa incómoda enfermedad: la locura.

Pero la objetivación científica ha instaurado la imposibilidad de conceder algún espacio al Sujeto.

Sólo en otro discurso puede replantearse esta cuestión, y eso es lo que hace el psicoanálisis. La enseñanza de Jacques Lacan, que prosigue con la exigencia de Freud, ha comprometido a los psicoanalistas en otro camino, señalando cada vez con mayor firmeza lo que hace a la especificidad de la nueva disciplina.

En el prólogo, Antoni Vicens nos propone una reflexión sobre la relación entre psicoanálisis y medicina, procurando responder a tres interrogantes: ¿Es suficiente ser médico para efectuar tratamientos psicoanalíticos? ¿Es necesario ser médico para ser psicoanalista? ¿Qué puede ser el discurso psicoanalítico en la cura médica?

Jean
Clavreul

EL
ORDEN
MEDICO

Prólogo
Antoni Vicens

Clavreul. Jean

El orden médico

argot

Título original:
L'ordre médical
París, 1978

Traducción: Marta Vassallo
Revisión técnica: Antoni Vicens

© Editions du Seuil, 1978
© de todos los derechos en lengua castellana:
Argot Compañía del Libro, S.A.
Lafont 12, 1.º 1.ª, Barcelona-4

ISBN: 84-85860-05-5
Depósito Legal: B 39258-83

Impreso en EMEGE Industrias Gráficas, Londres, 98,
Barcelona-36
Printed in Spain - Impreso en España

Diciembre de 1983

Prólogo

PSICOANÁLISIS, MEDICINA.

por Antoni Vicens

Dos discursos, dos prácticas, dos realidades: el psicoanálisis, la medicina. Tratar de estos dos temas de manera conjunta supondrá suscitar los habituales problemas entre las palabras y las cosas. Porque si «psicoanálisis» y «medicina» son dos palabras diferentes que significan cosas distintas —¿cómo habría de suscitar eso cuestión alguna? Si hay malentendido, y lo hay, hemos de concluir algún poder especial en esos términos que hace que se interfieran mutuamente.

Una solución completa de la cuestión requiere la exhaustión racional al completo de ambos campos, es decir, una exposición de sendas construcciones conceptuadas que no dejen lugar al equívoco. Construcciones así necesitan un proceso que podríamos llamar de autoconciencia, una, al menos momentánea (o mediata, por contradictorio que parezca) clausura del discurso en su operación de referencia a sí mismo, metalingüística. Con ello queremos decir que hay que esperar que cada uno de los campos la resuelva por su lado.

Entre los esfuerzos del cuerpo médico para desentrañar el núcleo racional de su actividad, de su práctica y de la efectividad de ésta, señalaremos como ejemplo las obras de Georges Canguilhem (*Lo normal y lo patológico*), o *El naci-*

PROLOGO

miento de la clínica de Michel Foucault. En el campo del psicoanálisis en cambio no nos parece tan fácil enumerar, pues toda la teoría está dedicada al esclarecimiento de las condiciones mismas de efectividad de la práctica. Si por una parte podemos legítimamente hablar de un Cuerpo médico, determinado por su objeto —el cuerpo como sustancia extensa, en palabras de Jacques Lacan— por la otra, en psicoanálisis sólo nos es posible descubrir un discurso, un movimiento, un conjunto de vínculos sociales que no llegan a palpase como corporación. Podríamos jugar con los términos y decir que el Cuerpo médico es extenso, tiene dimensiones fijas, mientras que el discurso psicoanalítico sólo se determina inmerso en la topología impalpable de la sustancia gozante.

Veremos, dejándonos guiar de la mano de Sigmund Freud y de Jacques Lacan, tres casos de relación entre el psicoanálisis y la medicina: ¿Es suficiente ser médico para efectuar tratamientos psicoanalíticos? ¿Es necesario ser médico para ser psicoanalista? ¿Qué puede ser el discurso psicoanalítico en la cura médica?

Medicina y psicoanálisis. El análisis salvaje.

En 1910, Freud hubo de salir al paso de la noción de que el título de médico facultaba sin más, de manera silvestre, para el ejercicio del psicoanálisis. Exageramos diciendo «sin más», pues en el caso recogido en su artículo sobre *El análisis «silvestre»*, el médico ejecutor decía autorizarse con los descubrimientos científicos de Freud, es decir que se añadía algo a su formación médica.

Este artículo de Freud, que utiliza como ejemplo un caso muy simple de su práctica, es una delicia de argumentación y de una incomparable fineza de análisis.

Una mujer se presenta en la consulta de Freud, acompañada de una amiga, en demanda de confirmación de la palabra de un médico al que ella había consultado. Este le había indicado como remedio a sus estados de angustia que optase

PSICOANÁLISIS, MEDICINA

por "una de las tres soluciones siguientes: reconciliarse con su marido (del que estaba separada), tomar un amante, o satisfacerse por sí misma".

La situación, embarazosa para Freud, tiene sin embargo una lógica rigurosa. Puesto que el médico de marras se había autorizado con la palabra de Freud, la paciente acude a éste a continuación del médico. Si bien es cierto que la situación había de ser algo difícil no lo es menos que, en definitiva, lo que resultaba de todo el embrollo era una demanda de análisis en toda regla. La compañía de la amiga y la demanda de un saber cierto no hacen sino entrar a formar parte del «cuadro», diagnosticado luego como histérico.

Pero Freud aprovecha para hacer una serie de consideraciones acerca de la diferencia entre psicoanálisis y medicina. Sigamos paso a paso el razonamiento de Freud.

1) En primer lugar, los pacientes neuróticos pueden mentir. La paciente pudo estar deformando tan sólo "por una especie de proyección" el tratamiento recibido de su médico. "Por tanto —dice Freud— incurro en injusticia al enlazar precisamente a este caso mis observaciones sobre el psicoanálisis silvestre. Pero con ellas, sigue diciendo, creo evitar graves prejuicios a muchos otros enfermos."

2) Pero además, el concepto de «vida sexual» que el médico le atribuye al psicoanálisis es erróneo. Confunde lo que se entiende corrientemente por vida sexual con la psicosexualidad, que comprende no sólo aquella, sino también toda actividad sensible que teniendo como origen los impulsos sexuales sufre una inhibición en su fin o una sublimación de su objeto. Sin esta distinción no hay, en el campo freudiano, síntomas.

3) En tercer lugar, partimos de la teoría del síntoma que se fundamenta en una lucha entre la libido actuante y una repulsa o represión sexual intensa. Resulta así ociosa la indicación de actividad sexual como remedio. La única señal que poseemos acerca de la normalidad de una vida sexual es la ausencia de síntomas; nunca los actos sexuales, o su teatro perfecto, son signos de nada para el psicoanalista. Lo

PROLOGO

que éste escucha es precisamente la insatisfacción sexual, y la demanda subsecuente. Por eso acude la gente al médico: porque hace síntomas, haya o no «vida sexual». La libido manda, podríamos decir, o a la satisfacción (que no habla) o a la insatisfacción (que demanda).

Pero además, la libido es "exageradamente intensa casi siempre"; y "es imposible creer que la satisfacción sexual pueda constituir en sí un remedio generalmente seguro contra las enfermedades nerviosas". Este axioma freudiano de una desproporción entre un impulso sexual y los fines de ese mismo impulso, toma aquí un valor de dirección de la cura. El fin de la cura no es sólo el de conseguir una actividad sexual normal, sino además el de hacer posible la desproporción que hay entre el impulso del goce sexual y los fines de la vida. Es un descubrimiento freudiano que aquél tiende a devenir mortal, imposible para el sujeto.

4) Además, ese médico cree que una mujer de más de cuarenta años no sabe o no se atreve a hacer por su cuenta y sin necesidad de la palabra del médico, todo eso que él le aconseja.

5) Hay un error de diagnóstico. Si se tratase de una neurosis actual, acaso bastara una modificación de la actividad sexual somática. Pero se trataba de una histeria de angustia —"y el valor de las distinciones nosográficas está, precisamente, en indicar otra etiología y otra terapia".

6) El médico no indica en realidad tratamiento alguno. Lo que hace es explusar a la paciente en lugar de escucharla. "En esta alternativa del seudoanalítico no queda lugar alguno para el psicoanálisis."

7) La cura no es el suministro de un saber al paciente. La labor del análisis consiste en combatir las resistencias internas al propio saber inconsciente del analizante, hasta sus límites propios, y no en su ilimitación universitaria. Darle saber al que sufre es —dice Freud— como distribuir, en tiempos de escasez, menús bellamente impresos en cartulina. O peor, pues el síntoma se alimenta precisamente de ese saber, con lo que el conflicto se agudiza y se agravan sus dolencias.

PSICOANALISIS, MEDICINA

8) La dosificación de ese saber es la cura analítica, en la que el paciente mismo ha de ir descubriéndolo; pero para ello es necesario (aunque no suficiente) evitar la ruptura: la transferencia ha de impedir "una nueva fuga", repetición de su fuga sintomática. La revelación de todos los secretos del paciente puede ser sorpresivamente adivinatoria, pero es terapéuticamente nula.

9) Este médico me es desconocido, dice Freud. En el año 1910 eso significaba que no podía haber adquirido sus conocimientos de psicoanálisis más que en los libros. Y eso no basta para formar a un psicoanalista: su técnica se aprende "bajo la guía de aquellos que la dominan". Para ser psicoanalista se hace preciso participar de un movimiento, de una causa (que en ese momento tenía como centro la persona de Freud).

10) "En rigor, tales psicoanalíticos silvestres perjudican más a nuestra causa que a los enfermos mismos (...). Semejante conducta inhábil, aunque en un principio agravase el estado del paciente, acaba por procurarle la curación. No siempre, pero sí muchas veces. Una vez que el enfermo ha maldecido suficientemente del médico y se sabe lejos ya de su influencia, comienzan a ceder sus síntomas o se decide a dar un paso que le aproxima a la curación. El alivio definitivo es atribuido entonces a una modificación «espontánea» o al tratamiento indiferente de un médico al que luego se ha dirigido el sujeto."

Vemos a Freud aquí muy preocupado por recoger sobre sí y sobre su técnica la causa de la curación. La intervención «silvestre» (que "no dejará de producir consecuencias beneficiosas") tiene como defecto principal el de no tener cuidado con la causa freudiana. El médico, con la interpretación silvestre "se ha perjudicado a sí mismo y ha contribuido a intensificar los prejuicios que se alzan en el enfermo contra la actividad del psicoanalítico a causa de resistencias afectivas hartamente comprensibles. Y esto puede ser evitado."

* * *

PROLOGO

La argumentación de Freud se comporta aquí en algunos momentos como aquella historia del caldero: (1) No me han prestado ningún caldero; (2) ya estaba agujereado cuando lo recibí, y (3) lo he devuelto intacto.

Finalmente, nos deja en las manos un enigma, o al menos algo imposible de asimilar a la medicina, a saber, esa valoración de la causa por encima de la terapia. El movimiento del discurso de los analistas parece ir por delante, como conduciendo las curas. Al menos no es incoherente con el axioma freudiano: en psicoanálisis la cura se da por añadidura.

Psicoanálisis y medicina.

Theodor Reik, doctor en filosofía, discípulo de Freud, fue acusado de curanderismo por uno de sus pacientes. En su biografía de Sigmund Freud, Ernest Jones relata así el hecho: "En la primavera de 1926 un paciente de Theodor Reik inició una demanda contra él por un tratamiento supuestamente dañino, e invocaba la ley austríaca contra el charlatanismo. Afortunadamente para Reik, se pudo demostrar que el paciente era una persona desequilibrada y su acusación carecía de toda responsabilidad. Este hecho, más la intervención de Freud a través de un alto funcionario, decidió el juicio en favor de Reik. Pero todo esto fue ocasión para que Freud, apresuradamente, compusiera en el mes de julio un librito titulado *La cuestión del análisis profano*."

En su mayor parte este librito está escrito en forma de diálogo entre Freud y un interlocutor imaginario, al que describe como "uno de nuestros funcionarios, un hombre de espíritu benévolo y de extraordinaria integridad mental, con quien yo mismo había conversado sobre el caso Reik y a quien entregué, a su pedido, una peritación confidencial sobre el mismo". El diálogo acaba sin un acuerdo entre las partes y el interlocutor no quedará totalmente convencido por las razones de Freud.

La argumentación freudiana tiene un sólo punto de vista

y un único fin: El hecho de que se presente al análisis profano como un problema a debatir es una forma más de resistencia al psicoanálisis en general; se trata entonces de hablar con vistas a levantar esa resistencia. En una carta a Eitingon, Freud decía: "El movimiento contra el análisis profano no parece ser otra cosa que un nuevo brote de la resistencia contra el análisis en general" (E. Jones, *Vida y obra de S. Freud*, t. III, p. 312). Y el mismo texto que comentamos comienza refiriendo que si hasta el momento actual nadie se había ocupado de quiénes ejercían el psicoanálisis ello se debía al "deseo unánime de que *nadie* lo ejerciese".

El método que Freud quiere utilizar aquí es el examen de las razones del psicoanálisis de modo que se pueda convencer a un interlocutor racionalmente cándido. Se trata para Freud de encontrarse con un profano del todo, sobre todo profano en psicoanálisis, pero que responda desde una posición ilustrada, exenta de prejuicios. El habrá de entender que el psicoanálisis es algo nuevo y que por tanto, no es que esté fuera de la ley, sino que las leyes civiles actuales aún no se han podido ocupar de él. Cuanto menos por no haber entendido su especificidad.

El legislador, que es aquí el tercero de la argumentación, se verá obligado a oír las justificaciones del psicoanálisis fuera de la situación analítica. En efecto, el lugar tercero, de intermediario, que se le supone por definición a la ley, no puede ocuparlo una persona en el acto analítico. Supongamos al analizante en el diván y a su analista en el sillón: en la sesión, dice Freud, el espectador (1) "no recibiría impresión alguna ajustada", es decir, podría creer que en lo que se habla se trata de él; (2) "correría el peligro de no comprender de qué se trataba entre el analítico y el paciente", es decir, no reconocería la situación como analítica, o (3) "se aburriría", es decir, entendería algo pero el principio del placer le haría no darse cuenta de nada de lo que está pasando. El auténtico destinatario del diálogo responde pues a la lógica del Otro, A, de Lacan: siempre ausente, más allá del principio del placer, pero no por ello menos real en sus efectos sobre el sujeto.

PROLOGO

Puesto que del acto analítico sólo como agente se puede participar, y el funcionario ecuánime no ha formulado ninguna demanda de análisis, queda sólo la posibilidad de exponer "en forma que inspire el máximo crédito", de manera racionalista, las bases y los conceptos que informan ese acto. Y Freud hace entonces una nueva exposición, muy clara, superficial incluso (en palabras del propio Freud; *vid.* E. Jones, *op. cit.*, p. 312), pero que refiere de manera original algunos puntos de la teoría psicoanalítica.

Freud parte de la experiencia clínica: hay síntomas que dominan las actividades de ciertos sujetos. La medicina habitual se declara impotente ante tales síntomas y sus portadores se presentan acaso ante el psicoanalista. "El analista recibe al paciente a una hora determinada, le deja hablar, le escucha, le habla a su vez y le deja escucharle." La palabra es por tanto el único medio, el único tercero entre analista y analizante: no hay instrumentos, recetas, medicinas, etc. Sólo palabras, que actúan sobre el síntoma del mismo modo que la magia; sólo que ésta última no constituye tratamiento.

El tratamiento analítico comienza con la petición que hace el analista al analizante de decir todo lo que acuda a su pensamiento, incluso aquello que no diría a sí mismo. El paciente, así, dice más de lo que sabe, a diferencia del sacramento de la confesión, donde dice sólo lo que sabe. La culpa, en la confesión, es remitida a una culpa en común, es desindividualizada. En el psicoanálisis, la culpabilidad ha de operar en la cura como algo propio del sujeto que nos conduce a algo real desconocido. A su través descubre el sujeto más de lo que hasta ese momento sabía. La descarga sacerdotal de la culpa en cambio no da saber desconocido.

Tras un rodeo crítico por la «Psicología oficial», Freud emprende luego una exposición dogmática de los principios del psicoanálisis.

El *Ich* del sujeto es presentado por Freud como el frente de combate, la fachada de un *Es* que existe a modo de reta-

PSICOANÁLISIS, MEDICINA

guardia. Es interesante señalar la insistencia de Freud en que no se trata sino de términos del lenguaje común, de la lengua de todos los días. «Me ha sacudido», «era algo que estaba en mí», se suele decir. El sujeto gramatical de estas frases en alemán es *Es*, mientras que en castellano el sujeto se elude, absorbido por la flexión verbal. (Este párrafo está omitido en la traducción de López-Ballesteros, ed. 1974).

Así pues, el *Ich* aspira a una unidad, mientras que en el *Es* subsisten los conflictos uno al lado de otro. Todo el *Es* y parte del *Ich* son inconscientes. La conciencia por su parte es la instancia más externa del *Ich*, es la parte estimulable por decirlo así; y paradójicamente es afectada tanto por el mundo exterior como por el *Es*, que aparecía a primera vista como algo muy interior. Una inteligencia acabada de todo eso se obtiene, dice Freud, sometiéndose al análisis. Y en efecto, en el acto analítico aparecen unificadas de manera indistinguible como en una síntesis a priori esas dos instancias psicológicas (pero no psicoanalíticas): el «mundo exterior» y el «mundo interior».

El diálogo prosigue con la exposición resumida y asequible de la teoría freudiana del deseo ligado a la necesidad, y del síntoma entendido como conflicto entre el *Ich* y el *Es*. Se refiere luego a los problemas de la discreción analítica. La sexualidad infantil merece una atención particular antes de añadir a su construcción teórica el Super-yo. Desemboca todo ello en una descripción de la cura analítica y de los problemas de la resistencia y del papel de la transferencia. Significativo es que Freud salga al paso de los prejuicios sociales —de los que supone portador a su interlocutor— referidos particularmente a la sexualidad en general, a la sexualidad infantil, sin olvidar una mención del tema del dinero en la vida cotidiana, tabú social tanto como el sexo.

El problema legal lo reduce Freud finalmente a una cuestión de liberalismo (en el sentido más amplio del término): se trata de hacerle sitio en el mundo legal a algo nuevo, que hasta ahora no existía. Y justamente por ello se dedica Freud

PROLOGO

a hacer existentes en este texto de destino tan particular, las leyes del inconsciente.

Por otra parte, en la primera de sus *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, Freud, hablando de este mismo tema denominaba a los que tratan pacientes sin ser médicos con el nombre de *Laienärzten, Naturheilkünstern, und Mystikern*, esto es, "médicos profanos, naturistas y místicos". En *La cuestión del análisis profano* Freud no duda en equiparar la novedad social del psicoanálisis a la de la *Christian science* o a la *Salvation Army*. Supone sin duda que si la legalidad le ha hecho un lugar a esas prácticas de nuevo cuño también habrá de poder hacerlo con el psicoanálisis.

En cambio Freud reserva el término de curandero (*Kurpfuscher*) para referirse a aquellos que llevan a cabo un tratamiento sin tener los conocimientos necesarios para ello. El Estado austríaco, por su parte, definía como curanderos a aquellos que no poseen el título oficial de médico. (En otros estados no están definidos por la ley). Son dos legalidades diferentes que no tienen por qué contradecirse: para ser médico hay que formarse como tal y para ser psicoanalista hay que formarse como tal. Una cosa es no ser profano en medicina y otra es no ser profano en psicoanálisis. En el sentido de Freud, entonces son curanderos aquellos médicos que ejecutan los análisis «silvestres» que hemos visto más arriba. Curandero es una denominación relativa a una formación, que no hay que confundir con una legislación particular de un Estado.

La coherencia de Freud es total cuando, vistas así las cosas, fantasea con la posibilidad de un cuerpo especial de ciudadanos —una especie de *Salvation Army*, dice— dedicada a combatir las neurosis que la civilización produce.

Estas neurosis, argumenta Freud, el médico no recibe preparación para escucharlas. Que lo haga o no es algo que corre de su exclusiva cuenta. Pero lo cierto es que por lo demás el público no se extrañará de que un médico no obtenga curación alguna en el tratamiento de una neurosis. Cosa que

PSICOANALISIS, MEDICINA

no ocurre, por ejemplo, en el caso de los tratamientos quirúrgicos. La gente, en el caso de las neurosis, se satisface con poder decir que el médico "se ha tomado mucho trabajo" con el paciente.

La formación específica para el ejercicio del psicoanálisis sigue dos ejes. El primero es el sometimiento al psicoanálisis del futuro psicoanalista. La otra es el estudio de la teoría psicoanalítica propiamente dicha, además de una serie de disciplinas con ella relacionadas. Entre ellas hay unas que pueden estar en común con las de la medicina: Introducción a la Biología, Ciencia de la vida sexual, los cuadros clínicos de la psiquiatría. Otras que son ajenas al médico: Historia de la civilización, Mitología, Psicología de las religiones, Ciencia de la literatura. En estas últimas se trata, como se ve, de saberes en los que aparece ejemplificada la peculiar lógica que siguen los procesos inconscientes.

Vemos pues que Freud deja planteadas todas las cuestiones que pueden suscitarse respecto a este tema, y muchas de ellas las deja resueltas. Ya en 1904 en el artículo *Sobre psicoterapia* había empezado a tratar el tema de, por decirlo así, la inserción social de la cura psicoanalítica.

Ya hemos indicado la ocasión que motivó este escrito de Freud. A su propuesta, aparecieron luego en los órganos oficiales del psicoanálisis por aquel entonces —el *Internationale Zeitschrift* y el *International journal*— las piezas de un debate interno sobre la cuestión. La conclusión de este debate la puso Freud en un corto texto, que se suele editar como apéndice al que aquí reseñamos. En él levanta acta de que la cuestión divide al movimiento psicoanalítico y se reafirma en todo lo que había argumentado antes del debate.

En efecto, el problema del análisis profano no sólo ha de ser considerado a la luz del proceso contra Theodor Reik, o de otros semejantes que se siguieron contra otros psicoanalistas (Williams en París en 1951, Kemper en Brasil en 1955). El problema no quedó resuelto, y esto es lo más grave, en el interior de las Sociedades psicoanalíticas existentes entonces.

PROLOGO

A pesar de su categórica posición al respecto, Freud no quiso, o no pudo, imponer en las instituciones psicoanalíticas su opinión.

Ernest Jones dedica todo un capítulo de su biografía de Freud a la cuestión del análisis profano. A pesar de mostrarse claramente en contra de la posición de Freud, hace un relato muy amplio (y a él remitimos al lector) del proceso que obligó a Freud a mantener la contradicción entre sus principios y lo que le imponían las mismas instituciones que él creó.

Queremos terminar este apartado reproduciendo algunas opiniones más de Freud sobre el tema.

En 1928, en una carta a Ferenczi, Freud comentó que "el desarrollo interno del psicoanálisis está avanzando por doquier divorciado del análisis profano contrariamente a mis intenciones, y convirtiéndolo en una especialidad puramente médica, lo que considero como trágico para el futuro del psicoanálisis" (E. Jones, *op. cit.*, p. 167).

A finales de los años 30 se difundió en los Estados Unidos el rumor de que Freud había cambiado de opinión. En 1938 Freud dejó dicho (E. Jones, *op. cit.*, p. 167): "No puedo concebir cómo puede haber surgido este burdo rumor sobre mi cambio de punto de vista acerca del problema del análisis profano. Lo cierto es que nunca he negado esos puntos de vista, e insisto en ellos incluso con más fuerza que antes frente a la clara tendencia americana a convertir el psicoanálisis en una mera sirvienta de la psiquiatría."

La opinión «íntima» de Freud la encontramos en una carta al pastor Pfister (25 de noviembre de 1928), en la que, refiriéndose al libro que hemos comentado y a su *Porvenir de una ilusión*, dice: "No sé si ha adivinado usted la relación oculta entre el «análisis laico» y la «ilusión». En el primero quiero proteger al análisis frente a los médicos, y en la otra frente a los sacerdotes. Quisiera entregarlo a un grupo profesional que no existe aún, al de pastores de almas *profanos*, que no necesitan ser médicos y no deban ser sacerdotes."

En la actualidad, y por obra de Ernest Jones, parece ser

PSICOANÁLISIS, MEDICINA

que cada una de las Sociedades nacionales que componen la Asociación internacional legisla a su gusto sobre el tema. Tal como el propio Jones dice, "nuestra unidad se salvó, (...) pero al precio de seguir posponiendo el problema todavía [1953] sin resolver del status de los analistas profanos".

El psicoanálisis en la medicina.

En 1966, Jacques Lacan participó en una mesa redonda que se celebró en el Collège de Médecine con el título de «Psicoanálisis y Medicina» (*Lettres de l'E.F.P.*, nº 1, pp. 34 y ss.).

La originalidad de Lacan está en este caso en el modo de abordar la relación entre ambos discursos. Superada en las instituciones lacanianas la cuestión del análisis profano, la temática habría de orientarse ahora hacia las posibilidades de intersección de dos cosas separadas.

Como dice Lacan, de lo que se trata es del "lugar que ocupa el psicoanálisis en la medicina" (p. 34). Hasta el momento, sigue diciendo, éste ha sido un lugar extraterritorial, marginal; el psicoanálisis es admitido en la medicina como una ayuda externa, como una asistencia terapéutica más. Y los responsables de esta extraterritorialidad han sido los mismos psicoanalistas, que sin duda, como observa Lacan, habrán tenido sus razones para ello.

Hay que comenzar pues como quien dice de cero, y sobre todo tomar en consideración la actual acelerada modificación de la función del médico.

Si hasta el siglo XIX el médico ha respondido a un carácter sagrado de su función (que conserva aún de manera encubierta) y se ha justificado con una serie de doctrinas, abundantes, de orden filosófico, de filosofía de la naturaleza, hoy esa función se exige a sí misma un orden científico. Pero este paso no se puede considerar en el interior de sólo la medicina. "La medicina ha entrado en su fase científica en la medida en que ha nacido un mundo que exige los condicionamientos necesitados en la vida de cada cual según la medida de la parte que toma en la ciencia presente para todos en sus efectos" (p. 37).

PROLOGO

“Las funciones del organismo humano han sido objeto siempre de una puesta a prueba según el contexto social” (p. 37). Y ahí está justamente el cambio. Sólo una sociedad «científica» podía poner esas funciones en posición de siervo en “las organizaciones altamente diferenciadas que sin la ciencia no habrían nacido” (p.37). Esto es, básicamente el laboratorio; y no sólo como lugar de observación, sino como lugar donde se reconstruyen las funciones del organismo en unos montajes —sin límite— que son equivalentes a esas funciones previamente aisladas como construcción más o menos matemática. Lacan pone ahí como ejemplo que una reconstrucción científica de los aparatos respiratorio y cardiovascular no sólo es un progreso para la cirugía, sino que las naves espaciales son posibles gracias a esa misma formalización; y las compara a “formidables pulmones de acero”. Lo que desde la metáfora filosófica era inimaginable —por ejemplo que el hombre soportaría la ingravidez— el discurso científico lo ha convertido en cotidiano.

Un hombre nuevo, servidor de “las condiciones de un mundo científico” comporta para el médico problemas nuevos. El médico mismo ha perdido su privilegio cuando es el mundo industrial quien le proporciona los medios de su poder de actuación.

“El médico es requerido en la función del investigador fisiólogo, pero sufre otras llamadas: el mundo científico derrama entre sus manos el número infinito de lo que como agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, puede producir. Ese mundo de la ciencia los pone a disposición del público y le pide al médico, como agente responsable de la distribución y dosificación, que los ponga a prueba. ¿Dónde está el límite en el que el médico ha de actuar? ¿A qué ha de responder? A algo que se llama la demanda” (p. 39).

Por una parte pues el desarrollo científico hace mella en la forma en que al médico actual se le presenta la demanda. El derecho a la salud, de intención de alcance universal, viene a reunir el poder de la ciencia con la posibilidad que tiene cada uno de nosotros de acudir al médico en demanda de la

ración de bienestar que nos corresponde. "La posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica reside en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo"

Esta demanda no se puede hacer equivalente a la demanda de curación si no es olvidando todo lo que además de la cirugía o de la farmacopea es puesto ahí en juego. La formulación de esta demanda la resume Lacan en términos precisos: "El enfermo somete al médico a la prueba de sacarle de su condición de enfermo" (p. 40). Y ello según diversos modos: autenticándolo como enfermo; o bien preservándolo en su enfermedad, dejándolo bien instalado en ella.

Por supuesto, y en buena teoría lacaniana, la única vía para escuchar esa demanda es haciéndolo desde "la estructura de la falla que existe entre la demanda y el deseo" (p. 41). "No hace falta ser psicoanalista, ni tan siquiera médico —sigue diciendo Lacan— para saber que cuando alguien, sea quien sea, incluso nuestro mejor amigo, ya sea hombre o mujer, nos pide (demanda) alguna cosa, eso no es en absoluto idéntico, y a veces es hasta diametralmente opuesto a lo que desea" (p. 41).

Por una parte pues, la moderna ciencia, aplicada a la medicina, deja todavía en la oscuridad lo que en la demanda del enfermo se puede escuchar además del puro mensaje lingüístico. Por otra parte, señala Lacan, está el tema del goce.

La ciencia ha entrado en el cuerpo humano guiada por la dicotomía cartesiana de la psique y el soma. El cuerpo en su dimensión extensa, somática, es una aportación brillante a la posibilidad de fotografiarlo, radiografiarlo, calibrarlo y condicionarlo. Pero a la vez esta manera de considerarlo lo excluye de su relación con la llamada psique. Es ahí donde interviene la llamada psicósomática, que Lacan prefiere llamar epistemósomática, intentando reconstruir esta relación, encontrar una componenda adecuada entre ambas dimensiones. Por su parte, para el psicoanálisis no hay otra forma de considerar esa relación más que como una falla, un abismo. Ya el mismo Freud decía en su escrito sobre *La cuestión del análisis profano* que "de cualquier modo que la filosofía

PROLOGO

salve el abismo entre lo corporal y lo anímico, aquél sigue existiendo para nosotros en principio y para nuestros esfuerzos prácticos”.

Ahora bien, reducir el cuerpo a su dimensión extensa es cercenar lo que es su esencia. “Un cuerpo —dice Lacan— es algo que está hecho para gozar, para gozar de sí mismo” (p. 42). Y en la relación epistémicosomática, esta dimensión queda excluida.

La misma ciencia que ha desarrollado infinitas posibilidades de goce ha excluido de su ámbito la reflexión acerca de ello. Las voces y las miradas por ejemplo se han extendido a una escala que bien podemos llamar cósmica. Nuestra mirada alcanza lugares a los que nunca podremos llegar; y el espacio entero se puebla de voces humanas.

Y se da el caso que esta misma ciencia ha producido unas sustancias tranquilizantes o alucinógenas cuyo uso pone en juego justamente esta dimensión del cuerpo gozante. El médico, en este caso, se encuentra netamente introducido, en la administración de esos productos, en una dimensión no prevista en su formación científica: la de la ética.

La demanda del enfermo y el goce del cuerpo son pues dos referencias que comprometen al médico más allá de sus puntos de apoyo estrictamente científicos. Es ahí, sigue argumentando Lacan, donde el psicoanálisis —cuya aparición histórica no es ajena al desarrollo de la ciencia— puede aportar su teoría de la praxis.

El inconsciente estructurado como un lenguaje es el inconsciente descubierto por Freud. Aunque él no lo formulara con estas palabras, las tres obras fundamentales de Freud —sobre los sueños, sobre los actos fallidos, sobre los chistes— convergen exactamente en esta hipótesis. El deseo humano adquiere así un nuevo análisis. “No hay un inconsciente porque habría un deseo inconsciente obtuso, pesado o incluso animal, un deseo inconsciente surgido de las profundidades, que sería primitivo y que tendría que elevarse al nivel superior de lo consciente. Muy al contrario, hay un

PSICOANALISIS, MEDICINA

deseo porque hay inconsciente, es decir, lenguaje que se le escapa al sujeto en su estructura y en sus efectos, y porque hay siempre en el nivel del lenguaje algo que está más allá de la conciencia; y es ahí donde puede situarse la función del deseo" (p. 45).

Esos excesos de lenguaje para el sujeto le delimitan un lugar distinto de él, el lugar del Otro, en el que reside el lenguaje que está excluido de su dominio. Y en ese lugar está el goce.

El goce, distinto del placer, "es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña" (p. 46). El placer por el contrario es reducción de la tensión, desaparición de la excitación; es por tanto lo que nos mantiene a distancia —respetuosa, dice Lacan— del goce.

El deseo es "el punto de compromiso, la escala de la dimensión del goce" (p. 46). El deseo tiende a sacarnos, por decirlo así, del sopor del placer, llevando más allá la barrera que el placer le pone al goce. El deseo nos hace entrar, más allá de lo que queremos, en la dimensión gozante. Y ello lo hace —descubrimiento esencial del psicoanálisis— de manera fantasmática, imaginaria, no realizable del todo.

Pero justamente eso es lo que el sujeto quiere saber; quiere saber qué rige su goce. Y por tanto no le queda otra solución que hacer pasar ese fantasma por el lenguaje, articularlo de alguna manera. El sujeto tiene una doble relación con el saber: por una parte el lenguaje le da su lugar, parece saber, como Otro, cuál sería su deseo; por otra parte, lo que Freud llama "deseo de saber" es precisamente que la primera aparición del lenguaje para el sujeto se hace manifestando la pregunta acerca del deseo del Otro.

Estas explicaciones ofrecidas por Lacan a los médicos provienen de su convencimiento de que la posición del psicoanalista "es la única desde la que el médico pueda mantener la originalidad que siempre ha tenido su posición, es decir, la de responder a una demanda de saber, aun cuando sólo pueda hacerlo llevando al sujeto a darse la vuelta del lado opuesto de las ideas que emite para presentar esta demanda" (p. 48).

PROLOGO

Oferta inédita ésta de colaboración del psicoanálisis con la medicina. Estableciendo una comparación momentánea nos daremos cuenta de la diferencia que tiene ésta con la que pueda hacer la psicología o la filosofía. El médico sabe que su saber no alcanza a todo lo que la enfermedad le presenta como doliente. Acude entonces él en demanda de otros saberes que acaben de completar su poder. Y ahí está su yerro. En efecto, no tiene ninguna necesidad de completarse para ser operativo. Le basta al médico saber hasta dónde alcanza lo que puede; del resto —el goce, el deseo— ¿quién puede dar cuenta? El paciente, si es creyente, acudirá a la función sacerdotal en busca de un apoyo. Y si no lo es, o incluso siéndolo, es probable que se le ofrezcan ayudas psicológicas, asistencias que le proporcionarán un amor que en otro lugar no puede hallar. Sólo desde la teoría psicoanalítica se puede enfrentar al sujeto con su propio deseo, haciendo surgir ese saber inconsciente que desde siempre el síntoma encierra. La curación de un síntoma, incluso por medios médicos, hace aflorar un saber acerca del goce con el que el sujeto habrá de cargar para siempre.

Aquí el camino tiene un doble sentido. Una intervención médica puede provocar un «efecto psicoanalítico», pues desde el sujeto-supuesto-saber de la ciencia una verdad se le revela al sujeto. Y a la inversa, la clínica psicoanalítica está repleta de casos en los que un síntoma «somático» hacía insalvable para el analizante el umbral que lo separaba del quirófano o del cuarto de curas. El curso de su análisis le abre las puertas a una intervención que quizá el médico comience con la pregunta: ¿y por qué esperó usted tanto tiempo?

Si esta doble vía de colaboración no es practica es porque las condiciones de ese sujeto del goce, su lógica, su topología, al médico no se le enseñan. Y no puede evitarlas, pues incluso en el nivel de una actuación altamente tecnificada, ésta se inscribe en un movimiento general de organización de la salud, en el que las condiciones históricas del hombre actual le llevan incesantemente al sujeto del saber generalizado.

EL ORDEN MEDICO

SRM Cursos®

Entre las obras consagradas a la medicina destacan, por su penetración, las de Georges Canguilhem y las de Michel Foucault. Han llegado a ser referencias indispensables para cualquier análisis de los conceptos y de la epistemología médica. Pero también plantean con agudeza problemas nuevos:

Lo normal y lo patológico no son solamente conceptos. Son el fruto de la prodigiosa empresa de **normalización** cuyo origen se pierde en la Grecia antigua, empresa en la cual la medicina desempeñó una función piloto.

El nacimiento de la clínica ha de situarse sin duda en el siglo XIX, porque en esa fecha la epistemología de la clínica va echando raíces en la anatomía patológica. Pero esto no permite olvidar ni la riqueza ni el rigor de la **clínica de Hipócrates**, que nada le debía al examen de cadáveres.

Ante todo, es la medicina la que instaura un orden, orden que no se confunde con el de la naturaleza. Es el orden del **discurso** que precede a los conceptos y a la epistemología a los que renueva continuamente.

A partir del discurso psicoanalítico y de las formalizaciones que de ese discurso da Jacques Lacan, se ha hecho posible dar cuenta de los puntos en los que el imperialismo médico topa para transformarse en un síntoma: síntoma no accesible a ninguna farmacopea.

De modo que el psicoanálisis no es una rama de la medicina. Sería más bien su **reverso**. Quien quiera seguir al loco en el proceso que intenta hacia la normalidad, ha de ocuparse en balizar ese **pase** de un discurso al otro.

Introducción

Todas las obras que trañan de la medicina tienen un carácter común. Es su absoluta inutilidad en lo que concierne a la medicina misma, que se caracteriza por ser una práctica indiferente a lo que de ella se diga. Los libros sobre medicina, o bien contribuyen a fortalecer la ideología médica, o bien la combaten. Son discursos sobre la medicina. El discurso médico es otra cosa, sigue unas leyes que le son propias, y que imponen su coacción tanto al enfermo como al médico.

Este libro no pretende derogar esa tradición. Cabe prever por anticipado que, sean cuales fueren sus convicciones personales, si el lector experimenta algún malestar *tomará un remedio*. Y si es médico, aunque personalmente impugne el Orden médico, si lo llaman para que vea a un enfermo, *lo medicará*. En el fondo nadie podría oponer objeción alguna cuando *se sabe* que un tratamiento anodino puede terminar con una enfermedad o que una intervención técnicamente compleja puede salvar una vida perdida. *No se deroga una obligación que está constituida por un saber seguro y firme*.

Esto proporciona la justa medida de cualquier propósito

EL ORDEN MEDICO

referido a la medicina. El libro del gran médico, que ha llegado a la cima de una carrera brillante o que entra en su declinación, procede a reajustar la ideología necesaria para el advenimiento de nuevos progresos técnicos. Su objetivo es informar y educar al público, sea médico o no, rematar con su autoridad lo que transmiten los medios de comunicación. Poco a poco modifica la imagen que el médico se hace de sí mismo. Después de haber sido un combatiente en la vanguardia de las fuerzas que luchaban contra el Mal, al lado del moralista y del teólogo, el médico se convirtió en el sabio que contemplaba el cadáver, lugar de su fracaso, y extraía de él el saber que le permitiría revertir en victoria ese fracaso. Hoy el médico mira al enfermo mantenido artificialmente con vida, y descubre que él es el único que toma decisiones sobre los métodos e incluso sobre la oportunidad de su supervivencia. Estas imágenes estereotipadas forman parte de la medicina; no son la sustancia del discurso médico.

También el libro antimédico y el panfleto contestatario forman parte de una larga tradición. Hacen mucho ruido, porque arremeten contra la imagería de la función y del poder del médico. Es una guerra legítima, incluso cuando se llega a preconizar la «desmedicalización» de la sociedad. Pero los médicos se limitan a sonreír ante esos panfletos, cuando no son ellos mismos quienes los han escrito. Porque, en última instancia, denunciar las insuficiencias de la medicina ¿no es acaso desear su «progreso»? criticar sus excesos ¿no es acaso referirse al antiguo adagio médico *Primum non nocere*? Se pueden discutir los resultados de la medicina, pero «científicamente», «técnicamente», con el apoyo de citas. No se discute la ética médica, la finalidad que se asigna a sí misma. Estas cosas no tardan en aparecer como polémicas vanas, como literatura, o bizantinismos, que en nada cambian el avance de la medicina. O más bien lo único que cabe retener de estos discursos acerca de la medicina es el insistente malestar de los autores que la alaban o la critican.

La medicina no tiene en cuenta ese malestar, y con ra-

INTRODUCCION

zón, porque lo único que sostiene al discurso médico es su objetividad, su carácter científico, que es su imperativo metodológico. Debe poder ser enunciado por cualquiera sobre cualquiera, ocupando el primero la posición de médico y el segundo la de enfermo. El malestar proviene de que es insostenible ser *cualquiera*, y de que la medicina no tiene nada que decir sobre eso.

Al comienzo de su libro sobre el presidente Wilson, Freud reivindica, por el contrario, el derecho a la subjetividad. No apela, dice Freud, a una mirada objetiva sobre su objeto de estudio. Por el contrario, lo que lo mueve a iniciar su trabajo es su aversión personal hacia Wilson, y su investigación no hace más que confirmar su sentimiento. Simple precaución oratoria, cabría decir, puesto que Freud no hace otra cosa que afanarse en desmontar y demostrar el carácter servilmente adulador de las posiciones de Wilson, cuyas pretensiones de humanitarismo y de pacifismo resultan ser tan sólo la preocupación por afirmarse personalmente como una bella alma. Sin embargo, esa advertencia preliminar es más ambiciosa, porque es *referencia a una ética* distinta de la de los buenos sentimientos, y el autor se la aplica a sí mismo. Lo que lo anima personalmente no es la preocupación por la objetividad científica propia del sabio, sino su rebelión contra las posiciones ideológicas engañosas. Es indudable que Freud se empeña en mostrarnos que, al exponer de esa manera sus sentimientos, no se refiere a una intuición personal, sino a la ética que le impone la disciplina psicoanalítica, una ética que nada tiene que ver con los valores morales reconocidos.

No creo que pueda hablarse honestamente de la medicina si no es para poner en evidencia la posición subjetiva en la que nos coloca el discurso médico. Porque esa es una po-

1. S. Freud y W. Bullit, *Le président Thomas Woodrow Wilson*, Albin-Michel. Hay versión en castellano, *El presidente Thomas W. Wilson*, Letra Viva, Buenos Aires.

EL ORDEN MEDICO

sición *dividida*. Por una parte porque, llegado el caso, no pedimos sino someternos a él. Por la otra, porque no podemos aceptar sin rebelarnos la ideología que ese discurso afirma desvergonzadamente para poder perpetuarse.

En gran parte esta ideología se confunde con la ideología dominante. Podría resumirse así: "El médico (o el jefe) sabe mejor que tú lo que es conveniente para tu Bien. Tu libertad consiste en elegir a tu Amo." Fórmula en la cual la obligación de someterse está redoblada por el acto de compromiso que pone a quien ha de someterse en situación de demandante. Así es que cada cual está en «libertad» para rechazar a la medicina y al médico, pero arriesgándose entonces a cometer un crimen o un suicidio. Irrisión de la fórmula: «libertad o muerte». ¿Quién podría mantener su provocación ante el Orden médico? Sería una locura. Y la locura, también ella, es confiada a los médicos y está destinada a ser «curada».

Como es el caso que en el contrato que une al enfermo con el médico la libertad es sólo formal, los contestatarios de la medicina no han dejado de establecer una analogía con las admirables páginas de Marx sobre la supuesta libertad de que se considera que goza el hombre que vende su fuerza de trabajo al «hombre de los escudos». Marx no dejó de hacer una crítica de la ciencia — más que de la medicina en particular, por otra parte. En *La ideología alemana* dice que no hay historia del derecho, de la política, de la *ciencia* (subrayo), del arte, de la religión; que lo que hay es la historia de las relaciones económicas². En una carta a Ruge escribe que la religión y la ciencia conciernen a la existencia teórica del hombre, enmascarando la realidad de su existencia material.

Sin duda habría lugar para una crítica marxista de la medicina y no como la que hacen los militantes al reclamar el derecho a la salud para todos, pues la sociedad capitalista siempre ha estado dispuesta a otorgar ese derecho, desde el momento que comprendió que tenía interés en mantener en

2. K. Marx, *La ideología alemana*, Ed. Grijalbo, Barcelona, 1970.

INTRODUCCION

buen estado a la fuerza de trabajo, igual como se mantiene una máquina. Por otra parte, la sociedad burguesa comprendió enseguida que los pobres constituían el campo ideal de experimentación para la formación de sus médicos. La fundación de hospitales y de hospicios era además prueba de que la caridad cristiana no es palabra vana.

Hoy, *la medicina es la imagen que la sociedad quisiera darse de sí misma*. Si bien es cierto que el burgués o el alto funcionario soviético de hecho no tiene la misma suerte ante la enfermedad, no por ello sigue menos vigente el principio de la igualdad de cuidados a recibir. Lo cual realiza un ideal de igualdad. La religión anunciaba una igualdad en la muerte. La medicina realiza en principio la igualdad en la enfermedad. En otros tiempos, para acceder a la igualdad había que estar muerto. Ahora basta con estar enfermo. Esta promesa comprometedora basta para apaciguar no pocas reivindicaciones.

De manera que el médico, piense lo que él piense personalmente, participa de la ideología engañosa que vehicula la Ciencia. Para él vale la observación de Marx: "Cada cual cree que su oficio es el verdadero, y así es como desconoce la realidad." El médico cae inevitablemente en la contradicción que le imponen su saber y su ética: si es buen médico es mal marxista, en la medida en que fortalece el mito mediante el cual se sostiene el sistema económico. Y sobre todo sostiene la idea de que en circunstancias graves hay que recurrir a las recetas que proporciona la competencia. Los dictadores, que lo comprendieron muy bien, recurren a la metáfora médica para asentar su poder.

El fracaso, cuanto menos relativo, de la crítica marxista de la medicina, proviene de que no toma en consideración lo que hay de permanente en la relación «médico-enfermo», que según veremos se borra por completo ante la relación «institución médica-enfermedad». Sin duda los marxistas han señalado con acierto que las libertades son meramente formales mientras el obrero esté en la fábrica como el siervo está ante el señor. Pero también conviene añadir que ningún

EL ORDEN MEDICO

régimen político, ninguna condición económica nueva, vendrá a modificar la permanencia de la sumisión del enfermo al poder del médico. Ninguna militancia política puede venir a compensar sobre este punto lo que es efecto del discurso médico.

El límite de la libertad le está marcado a la medicina por la muerte y a la psiquiatría por la locura. Al enlazar en un primer nudo la locura y la libertad, Lacan constituía el punto de partida de su propia libertad respecto al Orden médico y psiquiátrico. Seguía en esto el camino señalado por Freud, que reconocía en la locura de las histéricas algo más que un desafío a la medicina que sólo merecía ser reducida.

Estas no son simples notas históricas. El psicoanalista tiene que volver cada día al encuentro de este camino, porque es incitado incesantemente por la medicina. Invitado a aportar una técnica de complemento en el tratamiento de la locura, es solicitado también para que ponga un poco de orden en ese célebre y brumoso «factor psíquico», del que sabemos que no es en absoluto desdeñable en las enfermedades que constituyen el repertorio de la medicina. El escepticismo del cuerpo médico respecto del psicoanálisis cede cada vez más desde que se observa que la práctica de las curas psicoanalíticas tiene efectos incontestables y apreciables en términos médicos. Una consecuencia de esta constatación ha sido la admisión de psicoanalistas en algunos servicios hospitalarios y dispensarios, que llegan a incluir a no médicos, de quienes no se duda de que en definitiva han de poner su técnica al servicio del proyecto médico. De los choques que resultan a veces de ello se espera que sean fecundos: para los enfermos, para los psicoanalistas, e incluso para los médicos, que esperan extraer de ellos algunas luces útiles para su propio gobierno.

Esta incitación es problemática, o debiera serlo, para todos los psicoanalistas que se presten a ello. Porque si sólo se trata de poner algunas migajas de saber psicoanalítico al

INTRODUCCION

servicio del Orden médico, ésta es una opción política. Cabe pensar que el psicoanálisis no puede hacer nada mejor que deslizarse en el discurso dominante, reservándose la posibilidad de doblegarlo o la pretensión de subvertirlo. La medicina se convierte entonces o bien en el soporte o bien en el blanco del psicoanálisis. Se trata en suma de una posición reformista, más preocupada por la eficacia, al menos inmediata, que por el rigor. Pero cabe preguntarse quién conquistará a quién en ese juego, si la medicina o el psicoanálisis. Parece ser que la evolución del psicoanálisis norteamericano ha dado ya la respuesta.

La enseñanza de Jacques Lacan, que prosigue con la exigencia de Freud, ha comprometido a los psicoanalistas en otro camino, señalando cada vez con mayor firmeza lo que hace la especificidad de la nueva disciplina. En virtud de lo cual nos vemos invitados a no tratar de construir una de esas torres de Babel en las que, bajo el pretexto de hacer una medicina del Hombre total, sólo cabe registrar el fracaso que resulta de la confusión de lenguas. Porque en nombre de un totalitarismo psicoanalítico no haríamos otra cosa que llevarle refuerzos al totalitarismo médico.

Lo que cada cual, sea médico o psicoanalista, hace o cree poder hacer, ha de estar sellado desde el comienzo por una constatación: *no hay medicina psicosomática*; todo intento de chapuza entre *psique* y *soma* es sólo negación de lo que ha instaurado la objetivación científica: la imposibilidad de conceder algún espacio, sea el que sea, al problema del Sujeto. Sólo en otro discurso puede replantearse esta cuestión, y eso es lo que hace el psicoanálisis. El psicoanálisis no pretende colmar con su saber las ignorancias de la medicina, como si fueran fortuitas. No son ignorancias, son desconocimientos, olvidos a propósito, es decir, son sistemáticos y estructurantes en la construcción del discurso médico. Son pues obstáculos epistemológicos que señalan los límites del saber y del poder médicos; como señalan también por otra parte los límites del discurso psicoanalítico.

Precisamente para señalar esos obstáculos creí necesario

EL ORDEN MEDICO

hacer notar su incidencia ya desde la misma constitución del discurso médico, bajo la pluma de Hipócrates. No para esbozar una arqueología de ese discurso, sino porque en él aparecen ya todos los elementos de la instauración del proyecto propiamente científico, objetivo y objetivante, mucho antes de que ese proyecto haya dado sus frutos de manera apreciable.

Una vez colocadas las piezas en su sitio, sólo faltaba jugar la partida. Sigue desarrollándose y nada puede doblegarla, porque aquello que la estructura, no depende de los soportes teóricos en los que la medicina cree reconocerse. Desde los orígenes de la medicina hasta nuestros días cabe reconocer los mismos acentos, la misma ética, la misma «mirada», los mismos desconocimientos. No he creído tener que insistir en los aspectos más actuales, que cualquiera, a poco que su atención se mantenga despierta, puede escuchar a través de lo que dicen sobre la medicina los medios masivos de comunicación, los médicos, y cada uno de nosotros. En lo que hace a nuestro interés, *la evolución del discurso médico es menos importante que su permanencia, que su inmovilidad*. Así es como podemos abandonar la comodidad consistente en echar sobre las espaldas de los médicos, a quienes juzgamos insuficientes, o de la administración de la salud, invasora, o de las deficiencias del saber médico, lo que en realidad depende *de lo que el discurso médico constituye y destituye*.

Ponerse a escuchar lo que se dice y lo que uno mismo dice, hacer la experiencia del discurso, es hacer también la experiencia del Inconsciente, que si está «estructurado como un lenguaje» es precisamente por ser el efecto, el reflejo al revés del discurso dominante, por cuanto éste es constituyente de la represión. No se trata de un modo de proceder científico, médico. Es incluso exactamente lo contrario.

Para el médico, se requiere una selección, quedarse solamente con lo utilizable, con lo que conviene para el diagnóstico y el tratamiento. Necesita sobre todo ponerse al abrigo del *error*, el error en el que lo expone a caer el enfermo, y

INTRODUCCION

está expuesto a caer él mismo si es que acaso llega a perder la rectitud que le proporciona su saber. ¿No consiste la ciencia en un poner aparte, para precaverse de las causas de error?

En cambio, para el psicoanalista, el error es el hilo conductor, el que ha de preservarlo del andar errante en que lo haría caer una apreciación vaga e intuitiva de los hechos psíquicos. Los errores, ése es el título bajo el cual cabría reunir el objeto de los primeros estudios de Freud: la histeria, los sueños, los actos fallidos, los lapsus, los chistes. Esto es algo que se opone al austero rigor que exige la ciencia. Freud mostró que todos esos errores tienen un punto en común, que es el hecho de que no sobrevienen así como así sino de acuerdo a leyes muy posibles de establecer. Tal como lo ha confirmado Lacan, son las leyes del lenguaje.

Estamos bien lejos de la majestad del discurso científico, que separa el error de la verdad, la imaginación de la realidad, la apariencia de la esencia, lo contingente de lo necesario... categorías todas que la filosofía tradicional toma a porfía una y otra vez. Condenado a seguir el hilo del discurso, el psicoanalista lo sigue hasta en su locura, en la locura de los locos y la de cada cual, y participa del descrédito que afecta a todas estas manifestaciones, de las que sería de satisfacción mucho más aceptable decir que son puramente contingentes, y reductibles mediante la instauración del reino de la Razón.

El prejuicio del psicoanalista no coincide con el del médico y el del enfermo, prejuicio que consiste en volver a poner en la línea correcta, la de la *normalidad*, lo que la *patología* ha constituido como aberración. El *discurso médico*, (el que se interpone entre el médico y el enfermo, es un discurso normativo, lo cual implica que haya una *sanción*, la *sanción terapéutica*. Lo que la epistemología puede decir del discurso médico admite necesariamente como un dato esta pretensión que funda su coherencia. No sucede lo mismo con el

EL ORDEN MEDICO

psicoanalista, cuyas referencias son totalmente otras. Sin embargo es cierto que a pesar de la difusión del psicoanálisis persisten las mayores confusiones, incluso en la mente de los psicoanalistas, especialmente en el momento en que se ponen al servicio del Orden médico.

De modo que aquí no he podido dar por adquiridos los elementos de la enseñanza de Sigmund Freud y de Jacques Lacan que en ciertos ámbitos aparecen con la figura de la evidencia. Porque la evidencia, la utilización por aproximación de ciertos conceptos puede servir también como único fin al de la perpetuación del discurso dominante. Me ha parecido necesario al menos exponer brevemente lo que del psicoanálisis quería retener a propósito de lo que iba a decir. Que me disculpen aquellos a quienes esta disciplina les es familiar. El hincapié que hago en ciertos puntos, su interpretación, sigue siendo obra mía, puesto que se trataba de darles una coherencia en función de lo que es, también aquí, un discurso.

También se debe a mi preocupación de ser legible el hecho de que haya multiplicado los capítulos, para que el lector pueda entrar en este libro por donde quisiera hacerlo, es decir, por donde lo conduzcan sus intereses personales. Los capítulos más teóricos debieran encontrar su razón de ser, consistente en proporcionar las articulaciones en las que vienen a reunirse unos hechos que, de ser apuntados aisladamente, estarían destinados a permanecer desprovistos de significación.

Lo cierto es que en lo esencial este libro está dedicado a los psicoanalistas y a quienes se aproximan al psicoanálisis. Para desprenderse de la metodología médica propiamente dicha, es preciso conocer sus fundamentos de otro modo que a través de lo que sobre ellos piensan los mismos médicos, que en nada se distingue de la idea ingenua que de esos fundamentos tiene el hombre de la calle, el no médico, el profano, aun cuando tenga formación filosófica o psicológica, y sobre todo si la tiene. Lo que la medicina constituye como discurso sobre el hombre sobrepasa ampliamente el

INTRODUCCION

tiempo relativamente restringido en que se produce el acto médico. Ese discurso habita continuamente en nuestro lenguaje y en nuestra ideología, y tenemos que andarnos con cuidado con él. "En los conceptos biológicos es donde residen los últimos vestigios de trascendencia de los que dispone el pensamiento moderno"³, dice Lévi Strauss. El psicoanálisis no se hará ni con la biología ni con la trascendencia. Ninguna clínica psicoanalítica habrá de fundarse en una confusión de la que no hay que dejar de decir que sigue siendo norma.

En lo que hace a los médicos mismos, no hay motivos ni para esperar ni para desear que se salgan del discurso que les es propio. Muy al contrario: sus enfermos no han de esperar de ellos sino que permanezcan fieles a ese discurso. Sin embargo, una mayor conciencia del poder de la medicina como discurso disminuiría en los médicos la preocupación por establecer su saber como poder, y por mantener un apego friolero a prerrogativas de otros tiempos, que nadie piensa seriamente en impugnarles. Yo no creo que la confrontación del médico consigo mismo, con su Ciencia, con la aprobación y la vigilancia de sus colegas, le procure tantas alegrías como insinúan algunas polémicas. Pues también para ellos Hipócrates constituyó el cuerpo como sitio de la salud. Pero, el cuerpo no permite olvidar que es ante todo el sitio del goce.

El saber que tiene el cuerpo acerca de los caminos del goce no es un saber menos imperativo que el del discurso médico. Constituye su límite infranqueable. Se afirma hasta la muerte y la locura, y lo hace contra una seguridad que a fuerza de sernos propuesta nos es impuesta, contra la sabiduría de las naciones, ese lugar común de la sensatez. No se enseña en las facultades, y preciso es reconocerlo; tampoco se presta demasiado a ser tema de un libro. «Un libro es siempre un niño nacido antes de término que me produce el

3. C. Lévi-Strauss, *Les Structures élémentaires de la parenté*. PUF, París, 1947, p. 16. Hay trad. cast.: *Las estructuras elementales del parentesco*, Paidós, Buenos Aires, p. 47.

EL ORDEN MEDICO

efecto de una criatura bastante repugnante comparada con la que yo hubiera querido poner en el mundo, y que no me siento muy orgulloso de presentar ante los ojos de los demás», dice Lévi-Strauss. Sin duda es posible hacer más, cuando del discurso se espera precisamente que deje por fin espacio a otro, cuando se sabe que el discurso no procede del sentido (sea común o no), sino del *signo*. Es del prójimo de quien hay que esperar que recoja el signo, para que la elipse que se cierra sobre lo que ha sido dicho demasiado aprisa, demasiado mal, encuentre su otro centro que la justifica.

Es preciso pues suponer que el lector estará dispuesto a recibir. Si, tal como lo anticipo aquí, es cierto que el discurso médico nos deja en una posición subjetiva dividida, es indudable que de un libro sobre la medicina espera el discurso médico que le proporcionará los argumentos, o al menos la esperanza, de una técnica complementaria que le permita tomar partido a favor o en contra. Pero yo me he metido en el camino inverso, porque no considero en absoluto ocasionales las que habitualmente se tienen por rebabas de un sistema que sería fundamentalmente bueno, y que bastaría con reformar aquí y allá.

El psicoanálisis ha demostrado que también se sufre de lo que no se puede decir. La censura que ejerce el discurso médico proviene de que no deja sitio alguno para lo que no entra en la que es su propia coherencia. Cuando el médico llega a la conclusión de que «no es nada», o de que es «psíquico», y más aún, cuando la medicina deja abierta la suposición de que tarde o temprano resolverá los males que le han sido confiados, tal vez tranquilice por un tiempo, pero sólo vende un remedio de charlatán, un curalotodo, por compleja que sea la fórmula química del medicamento que es su soporte. Y ante todo incita a cada cual a dimitir por anticipado ante sus supuestos poder y saber. Así es como proporciona una mitología para los hombres de los tiempos modernos: Mitología por lo demás de bien poco brillo. Pues de la hazaña de las victorias sobre la muerte sólo queda la

INTRODUCCION.

promesa de una supervivencia inscrita en el registro de la Seguridad social. Lo cual al parecer no basta para exaltar a todos aquellos que han encontrado los medios para darse la muerte, y que por lo demás hacen uso sin dudarlo de los tóxicos que sin la medicina no se conocerían ni se producirían.

SRM Cursos®

SRM Cursos®

El Orden médico

No han faltado las ironías acerca de la biblioteca del médico. Ironía fácil, sólo da testimonio de la censura que ejerce el Orden médico. Marcel Proust al menos no está ausente en ella. No sabemos demasiado bien si el doctor tuvo tiempo de leerlo. ¡Qué más da! A fin de cuentas a los médicos les irrita un poco el Profesor Dieulafoy [Dios-la-fe], elegante y cultivado, cuyas concesiones a lo mundano son en conjunto más bien humillantes. Dejando aparte lo injurioso, se reconocen mejor en el Dr. Cottard, "gran clínico y obstinado imbécil". Para él el mundo está compuesto por médicos y por enfermos o futuros enfermos; sabe que en última instancia recurrirán a él. El resto del mundo, por emperifollado que esté, no vale más que sus propios retruécanos, los peores de los cuales son demasiado buenos para lo que se merece.

El Orden médico no es susceptible de ser defendido ni demostrado. Los médicos son sus ejecutores, sus funcionarios, muchas veces humildes, unas pocas gloriosos, pero el Orden se impone por sí mismo. Está siempre presente en nuestra vida, desde nuestro nacimiento en una maternidad hasta nuestra muerte en el hospital, desde los exámenes prenatales hasta la «verificación», hasta la autopsia. Más aún que la efica-

EL ORDEN MEDICO

cia de la medicina, es su cientificidad lo que dicta la ley, pues nadie discute que, al menos en parte, el saber médico sea verdadero y verificable. Por ese saber, la noción misma de *creencia* resulta estar hoy transfigurada. La creencia en la medicina supera ampliamente la creencia en cualquier religión. Moviliza un movimiento de solidaridad entre los hombres bajo la forma de presupuesto de salud que supera con mucho todas las obras de caridad que apelan a la moral y a la religión. En consecuencia, cabe tolerar que haya descreídos de la medicina. Llegado el momento, no dejarán de recurrir a los ritos de circunstancia, y los ritos cumplirán su papel de salvadores. La curación del descreído será también la derrota de su vana rebelión.

De modo que la biblioteca del médico no necesita ser abundante. Basta con la Biblia. Basta con que en ella se encuentren los tratados, los compendios, y con mayor frecuencia los resúmenes y los manuales, e incluso los prospectos de los laboratorios farmacéuticos. Sería vano e injurioso deplorarlo. Un estilo conciso, sin consideraciones vanas, que se inscriba directamente en una práctica: éste es el único estilo que cuadra con los médicos. Nada les convence más que un enunciado preciso sobre una enfermedad, una indicación terapéutica, un remedio nuevo. Pues no tienen tiempo que perder; lo único que siempre les hace sufrir es que les falte un saber aplicable.

Lo demás es literatura y filosofía. Y, desde ese punto de vista, los médicos experimentan el mismo disgusto frente a las posiciones moralizantes del Consejo del Orden, frente a la folklórica prestación del juramento, frente a las posiciones contestatarias de algunos estudiantes, psiquiatras o políticamente comprometidos, de quienes piensan que no están en contacto con realidades profesionales.

La biblioteca del médico se caracteriza por una ausencia, la de toda obra fundamental sobre la medicina. Si el regalo de un amigo o de un cliente agradecido ocupa fortuitamente un estante con su hermosa encuadernación, el médico lo abrirá solamente en sus bonitas ilustraciones, donde se con-

EL ORDEN MEDICO

siente una mirada distraída sobre la historia de la medicina: la mirada del turista que se niega a ser inculto. ¿Por qué no había de reproducir el médico lo que le fue enseñado en la Facultad y lo que muestran los libros de medicina: que no hay tiempo que perder en consideraciones vanas y que hay que dirigirse directamente al objetivo?

Los médicos piensan, con Althusser, aun cuando no lo hayan leído, que la filosofía es "lo que no conduce a ninguna parte" y también que es "lo que divide". Interpretan estas constataciones en sentido peyorativo. El cuerpo médico no tiene ningún interés en ser dividido por consideraciones vanas, y ningún médico soporta verse subjetivamente dividido en el cumplimiento de su tarea cotidiana.

Así es como los libros fundamentales sobre la medicina son ignorados por las mismas razones que lo son los panfletos y las polémicas. Esa es también la razón por la cual gozan de una tolerancia considerable. Los médicos les dedican la mirada que el rey le dedica a su bufón. El, con sus payasadas ¿no es el mejor sostén de su gloria?

La medicina comparte con los poderosos de este mundo un extraño poder de fascinación. Todos corren en su auxilio aun cuando ellos no lo necesitan. Aun cuando han de responder sólo con la ingratitud. En todo tiempo los filósofos hablaron de la medicina, y fue sólo para contribuir a constituir su hagiografía. Hoy la epistemología ha tomado el relevo, haciendo de la biología y de la medicina un modelo.

A decir verdad, se podría escribir una antología del disparate a partir de algunas desventuras de la biología, las del lyssenkismo, las de la crítica de la biología pasteuriana, las de la disputa sobre la ontología en el siglo XIX, las de la circulación sanguínea en tiempos de Molière. Nadie lo hace, pero ¿qué más da? Todo eso se les enseña sólo a los estudiantes de filosofía, y la mayoría de los médicos y genetistas ignoran hasta el nombre de Canguilhem. En el gran mercado de la ignorancia que dispensa la Universidad nadie está me-

EL ORDEN MEDICO

por servido: el filósofo es invitado a estudiar la «norma» sólo en la biología, pero sin ninguna referencia a la obra monumental de Kelsen que abre otras avenidas.

El trabajo de los filósofos contemporáneos no deja por eso de ser de los más interesantes, en el sentido de que tiende a fundirse lo más estrechamente posible con la idea que la medicina se hace de sí misma y por lo mismo a proporcionarle cimientos. Al describir el Orden médico, lo constituyen:

M. Foucault¹ ha mostrado las bases conceptuales y semánticas que la anatomía patológica le proporcionó a la medicina moderna, constituyendo los significantes mismos de su lenguaje. Es ésta una manera rigurosa de proceder, pero es también una manera de proceder que está en el Orden, que no pretende ni puede pretender decir otra cosa que lo que ve la «mirada» médica, que sólo retiene lo que puede retener el discurso médico. Así es como sólo de manera incidental Michel Foucault habla del tipo de relación entre médico y enfermo que la medicina instaaura, problema que como hemos visto no interesa en rigor a la medicina. Esta ausencia, que por cierto no cabe reprocharle desde el punto de vista metodológico, dado que el campo de su trabajo está netamente delimitado, no tiene por eso menos consecuencias sobre la aprehensión que puede darnos acerca de lo que constituye la medicina.

Cuando por otra parte leemos la denuncia que hace Foucault del encierro de los locos como vinculado a la instauración del reino de la Razón², no podemos dejar de pensar que ha desviado su mirada (y la nuestra) de la medicina a la psiquiatría, sin mostrar que ésta se encuentra bajo la dependencia de aquélla. Ahora bien, aunque los muros del hospital son menos altos, son más sólidos que los del manicomio. El encierro en hospicios, leproserías y sanatorios sirvió de modelo a los hospitales psiquiátricos. La forma es

1. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México.
2. M. Foucault, *Historia de la locura*. F.C.E., México.

EL ORDEN MEDICO

menos policíaca y menos brutal para el enfermo que para el loco, pero la presión familiar y social prácticamente no deja opción cuando alguien ha de someterse a un orden que no es el suyo. El «consentimiento» del interesado a los análisis y tratamientos que se le «proponen» no se hace evidente en ninguna parte. Al denunciar lo *arbitrario psiquiátrico*, Foucault se hace cómplice indirectamente de la *razón médica*. Y sin embargo, uno y otra proceden del mismo buen sentimiento: imponer lo que le es más favorable al bien de alguien, de alguien de quien se juzga que no está en condiciones de oponer un juicio admisible.

Incidencia en nada desdeñable: todos los psiquiatras han leído la *Historia de la locura*. Ningún médico, o casi ninguno, ha leído *El nacimiento de la clínica*.

La suerte del libro de Foucault entre los médicos viene a reunirlo con la obra de Canguilhem³, estimada unánimemente por los filósofos y prácticamente desconocida por los médicos. Este libro, más preocupado por la metodología médica que por cualquier otra cosa, no deja de indicar sin embargo lo que constituye la verdadera dificultad de la medicina: *al adquirir un estatuto científico, la enfermedad se separa cada vez más de lo que experimenta el interesado*. Es lo que había llevado a Leriche a distinguir la "enfermedad del enfermo" de la "enfermedad del médico". Canguilhem retoma con cuidado esta posición valerosa de Leriche, que se opone ampliamente a la ideología médica. Y, sin embargo, esta distinción no contraviene lo que instaura el Orden médico.

Al afirmar que "el dolor no pertenece al orden de la naturaleza", Leriche llamaba la atención del médico sobre los dolores que el enfermo acusa (y también sobre sus demandas) aun cuando no sean identificables en términos médicos. Como sabemos, esto ha contribuido a progresos apreciables en la cirugía del dolor, y a otros menos evidentes en el tratamiento medicamentoso de la angustia. Pero en el mejor de

3. G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, México.

EL ORDEN MEDICO

los casos esto sigue siendo una medicalización de la "enfermedad del enfermo", es decir, una extensión del campo y del poder médicos.

Hay otra consecuencia no menos digna de notarse. Leriche niega en cambio el atributo de enfermedad a las formas llamadas silenciosas de las enfermedades, como por ejemplo un cáncer de riñón que ha permanecido latente y que es descubierto al practicar una autopsia después de una muerte intercurrente. Esta es una afirmación extrema que se encuentra siguiendo la distinción que hace Leriche. Pero está claro que los médicos no pueden suscribirla. Como tampoco Canguilhem, que conviene sin embargo con Leriche en que ha de haber necesariamente conciencia mórbida del enfermo antes de emitir un diagnóstico médico. "Nada hay en la Ciencia que no haya aparecido antes en la conciencia." Afirma por tanto que ha habido conciencia mórbida, si no en quien tuvo una forma silenciosa del cáncer de riñón, sí al menos en los enfermos que en otro tiempo han recurrido al médico por la misma forma de cáncer en un estadio más avanzado.

Esta es una afirmación de principio. Su objetivo es salvar la idea que la medicina se hace de sí misma: de su coalescencia con la demanda del enfermo. Es también la afirmación, hecha por un filósofo, de la primacía de la conciencia sobre la ciencia. Pero esta es una afirmación inexacta. Un enfermo afectado de idiotez, por ejemplo (una idiotez fenilpirúvica, que evidentemente nos remite a la medicina) nunca, ni hoy ni antaño, se ha constituido en enfermo como tal, y por razones obvias. Sus padres sí lo han hecho, informados de que el discurso médico podría tener algo que decir al respecto. *De modo que es el discurso del médico el que ha hecho posible la identificación mórbida, y no a la inversa.* Del mismo modo, en casos extremos es preciso que exista el discurso médico para que una fatiga deje de ser atribuida a la pereza, una afección aguda a un castigo del cielo, una anomalía genética a un golpe del destino... No es una toma de conciencia del interesado lo que permite que se constituya el saber

EL ORDEN MEDICO

médico, sino por el contrario es la existencia de ese saber lo que permite la toma de conciencia. El artificio de recurrir a la constitución histórica del saber médico, aun cuando pudiera probarse su exactitud (lo cual, como acabamos de ver, me parece imposible), no modifica en absoluto el hecho estructural de la preexistencia en cada enfermo de un discurso médico en el que tiene asignado un lugar por anticipado. La función de informante de la medicina que cumple cada enfermo no modifica en nada la preeminencia de la función del médico, porque es él quien organiza las informaciones, que no vienen todas, ni con mucho, de lo que pueda decirle el enfermo mismo.

La posición de Canguilhem es coherente con lo que él mismo anuncia⁴. "No tenemos la petulancia de pretender renovar la medicina incorporándole una metafísica. Si la medicina ha de renovarse, es asunto de los médicos; de su cuenta corren los riesgos y los honores." Pero no podemos seguirlo en esta afirmación. Constituir como «metafísica» lo que está fuera del saber médico es desacreditarlo por anticipado en relación con una medicina identificada a una «física». Es dar por anticipado toda la autoridad al Orden médico y a los médicos que lo representan. La reverencia hecha al pasar a la «conciencia mórbida» de los lejanos precursores en los caminos de la enfermedad no cambia nada. La medicina ha probado ampliamente que podía prescindir de toda conciencia personal de un estado mórbido, e incluso de toda demanda. Cuando ésta existe, de todos modos no tiene lugar en el discurso médico, para el cual el enfermo es sólo un indicador de signos y no alguien que demanda. Ese es el desconocimiento, sistemático y no fortuito, del Orden médico. En la medida en que Canguilhem logra participar del saber médico, participa también de sus desconocimientos sobre este punto.

4. G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, op. cit. [La cita corresponde a la edición francesa, *Le Normal et la Pathologique*, Gamién, PUF, 1966, p. 8. En adelante: ed. fran.]

EL ORDEN MEDICO

Todos nosotros, uno a uno, somos demasiado solidarios con el discurso médico como para no adoptar de antemano sus razones. Razón por la cual la única crítica verdaderamente radical que yo conozca del Orden médico está dada por un hecho que refieren los etnólogos, y porque este hecho no tiene que embarullarse con consideraciones menores acerca de los límites y los fracasos de la medicina, e impone a nuestra reflexión lo que resulta del éxito de la medicina cuando es total. La réplica está dada por los enfermos mismos, curados pero medicalizados en cierto modo por sorpresa, y que no participan por tanto del discurso médico.

Lévy-Bruhl⁵ consagró un importante estudio a las inesperadas consecuencias de las curaciones que lograron médicos europeos entre indígenas de África y América. Estos últimos, lejos de testimoniar su agradecimiento al médico que acaba de salvarles la vida, vienen en cambio a reclamar como una deuda que siga asegurándoles un sostén material y moral, y se muestran desconcertados e irritados cuando se les niega. Lo que más les chocó y les escandalizó a los observadores fue, claro está, que los enfermos curados ¡venían a reclamar dinero! Entonces Lévy-Bruhl explica pacientemente que no hay que ver en ello ninguna ingratitud, sino que la «mentalidad primitiva» de los indígenas les hace creer que su vida no por haber sido salvada por la intervención del médico está menos amenazada por los demonios que ya intentaron perderlos, y que por el contrario estos demonios podrían mostrarse tanto más amenazadores cuanto que su primer intento fracasó. En consecuencia, la protección del poderoso brujo blanco ha de perpetuarse.

No cabe duda de que una interpretación tan «comprensiva» incita al médico colonial a una indulgente condescendencia frente a la falta de urbanidad del indígena. Después de todo, el Orden médico no aparece gravemente amenazado porque el primitivo ignore el sentido que debe seguir la circulación del dinero en el mundo capitalista. De todo esto

5. Lévy-Bruhl, *La mentalidad primitiva*, cap. 13, F.C.E., México.

EL ORDEN MEDICO

sólo cabe retener una anécdota folklórica debida a la supervivencia de supersticiones de otros tiempos. El etnólogo se planta así en su función de paleontólogo de la especie humana, de observador de culturas y civilizaciones en vías de desaparición. El salvaje sigue siendo el buen salvaje, como debe ser. En cuanto al médico, puede proseguir en sus funciones de benefactor, con patente, de la Humanidad.

Dejemos al etnólogo la responsabilidad de una explicación que tiene el dudoso mérito de no cuestionar nuestros hábitos de pensamiento. Sin embargo yo no creo que el etnólogo salga de los caminos que tiene marcados mientras se limite a estudiar las costumbres de los primitivos como el zoólogo que observa los animales inferiores, inferiores al hombre al menos, mientras estudie sus mitos, costumbres de matrimonio, su Edipo, teniendo por medida el hombre occidental.

La demanda de dinero por parte del indígena no por ello cuestiona menos la generosidad del médico, generosidad que se limita al desempeño de proezas técnicas y especializadas, generosidad que no se dirige al individuo en cuanto tal, sino a un representante cualquiera de la humanidad, y sólo en la medida en que se encuentra en la situación peculiar del enfermo. Para el médico occidental es obvio que se puede y se debe devolver la vida, sin preocuparse de las razones ni de los medios de vivir del beneficiado. Y sin embargo podemos imaginar que un espíritu no prevenido, como lo es el del indígena, haya de tener dificultades para orientarse en un sistema de valores cuyos imperativos son a la vez tan poderosos y tan limitados. Queda pues intacta la pregunta que el indígena plantea: *al curar, ¿no contrae el médico una deuda con aquellos mismos a quienes cuida?* Tal vez los «funcionales» y los «neuróticos» que atestan las salas de espera de los facultativos sean portadores ante todo de esta pregunta.

Porque es cierto que la medicina nunca habla de la muerte, a no ser para tratar de intentar postergar su plazo; nunca habla de la vida y del placer, a no ser para reglamentarlos;

EL ORDEN MEDICO

niega toda razón de vivir que no sea la razón médica que hace vivir, a la fuerza si hace falta. Pero al menos la medicina tiene que rendir cuenta a sus administrados.

Esta misma dificultad puede ser abordada desde otro ángulo que nos es familiar. A veces la opinión pública se conmueve cuando se pone en movimiento un poderoso arsenal técnico para prolongar la vida y por lo tanto los sufrimientos de algún anciano célebre. Uno de los dictadores más crueles y más poderosos, tratado así, no pudo menos que murmurar: "¿No creéis que estáis abusando de mí?" Y sin embargo, ¿quién podría dudar del autoritarismo de Franco, de la competencia y la abnegación de sus médicos, orquestados por un cirujano célebre, su propio yerno? El Orden médico es más poderoso que el más poderoso de los dictadores, y a veces tan cruel. No cabe resistirle porque no hay ninguna «razón» para oponerle.

El lamento del dictador viene aquí a reunirse con la reivindicación del salvaje. Nadie, ya sea médico, enfermo o futuro enfermo, puede pretender salir indemne de su relación con la medicina. Debemos dejar constancia de que *la medicina nos deja subjetivamente divididos*. Cada uno de nosotros es seducido, conquistado, menos por sus resultados terapéuticos que por la extensión y las certezas del saber médico, y menos por ellas que por la permanencia de su orden en el momento en que nuestro propio cuerpo nos abandona. Pero además la medicina nos reduce al silencio. No hay ninguna razón que pueda oponerse a la razón médica, y el médico no recoge de su paciente más que lo que puede ocupar un sitio en el discurso médico. *No podemos pretender salvar a la vez el discurso médico y el discurso del paciente.*

¿Puede el médico, sin renegar de sí mismo, abandonar su discurso y dar razón a las objeciones de su enfermo, en lugar de reducirlas, como está obligado a hacerlo? Esta es en el fondo la pregunta de G. Duhamel que nunca deja de hacer sonar con bravura las trompetas de la ideología médica: "La marca de la medicina es indeleble. Está impresa tan profundamente como la marca de lo eclesiástico. *Sacerdos in aeter-*

EL ORDEN MEDICO

num. No conozco ningún médico que haya colgado los hábitos. El docto que deja la casa vuelve siempre a ella con comodidad y placer. Sabe que, piense lo que piense y haga lo que haga, no puede sino actuar y pensar como médico. Cada palabra que pronuncie, es lo quiera o no lo quiera, una palabra de médico⁶."

Queda por añadir: Si el docto no puede salir del Orden médico sino de las «órdenes», ¿sobre qué saber habrá de apoyarse el profano para impugnarlo con más seguridad? El totalitarismo del discurso médico, que es el totalitarismo de su lógica, no es obra de sus doctos. Incluye a todos aquellos que conocen aunque no sea más que su existencia.

Se impone la necesidad de hablar de la medicina como de un discurso. Y de entrada para destacar lo siguiente: que subjetiva. Despoja por igual al médico, llamado a acallar sus sentimientos porque lo exige el discurso médico. Al mismo tiempo que el enfermo se borra ante la enfermedad en cuanto individuo, el médico se borra en cuanto persona ante las exigencias de su saber. La relación «institución médica-participamos del discurso médico, aun cuando no poseamos su saber ni tengamos su práctica. El más grande de los médicos no puede pretender que posee todo el saber y toda la técnica; a menudo necesita recurrir a la opinión de sus colegas y también a sus libros. A la inversa, el más ignorante de los no médicos puede verse llevado a improvisarse como miembro de una sociedad de socorros, y a realizar así un acto médico. En medicina hay una jerarquía que es una jerarquía del saber. No creo que esa jerarquía pueda ser abolida. Incluso en China los «médicos descalzos» cumplen la misma función que los oficiales de sanidad en la Francia del siglo pasado. Y el médico famoso, obligado a pasar unos meses en el campo, sigue gozando ciertamente cuanto menos del prestigio que le otorgan su saber y su brillante carrera. Si se traslada *in situ* para instruirse no hace ni más ni menos de lo que hizo

6. G. Duhamel, *Revue Formes et Couleurs*, n.º 3, 1943.

EL ORDEN MEDICO

la medicina burguesa yendo a dispensar sus cuidados a los pobres.

La jerarquía no es lo más importante. La distinción entre médicos importantes y sin importancia, médicos y enfermeros, personal médico y población instruida..., no hace más que disimular el hecho que instaura la existencia de un discurso médico. Cada cual sabe que existe un saber médico, que nadie puede pretender poseerlo por entero, pero que siempre es posible recurrir a él. Más aún, el enfermo mismo nunca es otro en relación con ese discurso. Participa de él, es invitado a suscribirlo, a someterse a él, y de hecho se adelanta a él y trata de razonar sobre su enfermedad en términos médicos.

Es inexacto decir solamente que la medicina despoja al enfermo de su enfermedad, de su sufrimiento, de su posición enfermedad» sustituye a la relación «médico-enfermo». El resto no es más que palabrería frente a esta transformación de la situación, y no puede sino acentuarse a medida que se desarrolla el discurso médico.

Hablar de la medicina como de un discurso nos permite no depender demasiado estrechamente de la idea que ella misma se hace de su carácter científico. Porque la medicina invoca, y con toda la razón, la ciencia, y porque ciencia se ha convertido en sinónimo de verdad, la medicina constituye un bastión que resiste tanto a los ataques más vigorosos como a las alabanzas más torpes, y hasta su totalitarismo es soportado como un mal del que cabe esperar un bien. Más aún, su metodología, o al menos la de la biología, se ha transformado en un *modelo* del que se ha apropiado especialmente la epistemología.

Al no contemplar otros modelos que los que la hacen funcionar en la actualidad, la medicina sigue siendo incapaz de dar la más mínima explicación sobre los descubrimientos que hizo en otros tiempos, a no ser poniéndolos en la cuenta del empirismo. Por otra parte, la exactitud del saber médico no es la verdad. Es lo contrario de la verdad: al constituir lo que hace su objeto (la enfermedad) como sujeto de su dis-

EL ORDEN MEDICO

curso, la medicina borra la posición del enunciador del discurso que es la del enfermo mismo en el enunciado de su sufrimiento, y la del médico al retomar ese enunciado en el discurso médico. Allí es donde habremos de hacer resurgir la verdad, en la medida en que está enmascarada por la propia objetividad científica.

SRM Cursos®

SRM Cursos®

Medicina. Ciencias «positivas».
Ciencias «humanas».

Conviene reconocerle a la medicina el "sitio a la vez marginal y central", la función "significante" para las ciencias que suele reconocérsele a la biología, tal y como lo hace especialmente Jacques Monod¹. Es cierto que los médicos mismos consienten en reconocerle sin tapujos una primacía científica a la biología, lo cual relega la medicina al rango de aplicación de la Ciencia, empañada de contingencias ajenas a la Ciencia pura, al tiempo que ennoblecida por el hecho de tener que tomar en cuenta lo que se suele llamar, bastante confusamente por lo demás, el «factor humano». En esta distinción hay mucho más que una constatación, bastante banal además, porque hay en ella el establecimiento de un verdadero *estatuto de la medicina* que se inscribe en el *estatuto de la ciencia*, a saber, el establecimiento de una diferencia radical entre *investigación pura y desinteresada*, respecto de la cual todo el mundo está de acuerdo en que no se debe sino a la adquisición desinteresada del saber, y cien-

1. Jacques Monod, *Le hasard et la nécessité*, Le Seuil, París, 1970, p. 11. Hay traducción al castellano, *El azar y la necesidad*, Barral Editores, Barcelona, 1973.

EL ORDEN MEDICO

cia aplicada, vinculada a las utilizaciones técnicas y pragmáticas del saber. Es decir, que la primacía concedida a la biología sobre la medicina forma parte de la ideología de la Ciencia y contribuye a reforzarla.

Esta separación entre ciencia pura y ciencia aplicada es continuamente denunciada: se la denuncia en cuanto su resultado es desvincular al sabio de las aplicaciones, a menudo discutibles y a veces condenables, de sus descubrimientos. De modo que el mito de la investigación pura y desinteresada es rechazado por razones de orden moral, y con el fin de que el científico no pueda presumir de su inocencia personal. La cosa no suele ir más lejos, es decir que afirmamos que el sabio no puede pretender lavarse las manos respecto del producto de su trabajo: lo cual lo compromete a tomar posiciones sociales, políticas o religiosas destinadas a moralizar el uso de la ciencia.

Sabemos que estas exhortaciones a una moralización de la ciencia tienen un efecto muy escaso, puesto que en la práctica las tomas de posición de los científicos recubren poco más o menos el tablero político, moral y religioso tradicional. Lo cual no es de sorprender, porque no se ve en qué ni por qué una formación científica habría de favorecer una conciencia política o de otra clase superior a la de los demás hombres. Y por lo tanto, en la práctica, los compromisos personales de los sabios no tienen más importancia que los de los artistas líricos o los de los ases del deporte. Se limitan a favorecer el reclutamiento que efectúan los partidos políticos. Y el efecto más sensible de estos compromisos consiste en constituir un estrellato que da a entender que algunos hombres son más inteligentes, son más lúcidos, o están más consagrados que los otros a la causa común de la humanidad.

Precisamente porque tiene la mirada clavada en las aplicaciones de la ciencia, el científico (y junto con él el público) es llevado a otorgar a la medicina un estatuto especial, marginal y privilegiado. Toda la ciencia, hasta la biología, puede ser utilizada con fines bélicos, para establecer imperios

«CIENCIAS POSITIVAS», «CIENCIAS HUMANAS»

económicos, y está expuesta, cuanto menos, a contribuir a la alienación del hombre y a la destrucción del equilibrio ecológico. Por el contrario, desde el momento en que entramos en el terreno de la medicina penetramos en las aguas tranquilas de la buena conciencia del científico. Mientras que en otros campos los descubrimientos son guardados por el secreto (militar) o son cubiertos por patentes, la medicina tiene en cambio el deber de dar a conocer a la comunidad científica el resultado de sus trabajos. En cuanto nos aproximamos a las aplicaciones médicas de la ciencia toda la ética se encuentra trastocada. La medicina es la garantía moral de la ciencia, como la Cruz Roja y el Instituto Pasteur lo fueron para la colonización. De modo que la medicina tiene una función determinante sobre la idea que el sabio pueda tener de los efectos de su trabajo, puesto que no hay rama de la ciencia que no tenga en alguna medida aplicaciones médicas. Queda así demostrado que los investigadores pueden proseguir sus trabajos con la conciencia tranquila. Existe al menos un dominio en el que están seguros de actuar por el bien de la humanidad. La existencia de la bomba de cobalto prueba que no es la bomba atómica lo que querían hacer. De modo que la medicina sirve para desculpabilizar a los científicos. Tiene una función psicoterapéutica que tranquiliza la buena conciencia de nuestra civilización occidental.

La jerarquía que instaura la investigación pura en la cúspide de la escala tiene sin duda como función la de poner al investigador al margen del incierto debate donde se trata de calibrar la ciencia en sus resultados. Pero esto no explica en modo alguno por qué la biología tiene un estatuto privilegiado respecto de la medicina. Porque es evidente que lo tiene, y no solamente en la pluma de Jacques Monod. Lo tiene mucho más de lo que suele decirse, aun cuando se le concedan, paternalmente, al humilde médico facultativo virtudes irremplazables. El estatuto de gran médico, de «patron», más cerca de la Ciencia pura que del enfermo, no es por eso menos superior. Esto se debe en parte a razones didácticas: el profesor enseña lo que sabe y no cómo y por qué tenemos

EL ORDEN MEDICO

acceso a ese saber. Es más fácil enseñar a los estudiantes lo que es anatomía normal y fisiología normal para explicar lo patológico como una desviación respecto de la normalidad. Pero es preciso analizar estas razones didácticas porque instauran cierto orden que está en contradicción con el orden de acceso al saber, con el orden heurístico.

Pues bien, el examen del proceso de los descubrimientos científicos muestra constantemente que en medicina los estudios anatómicos, fisiológicos y biológicos siempre se han emprendido bajo la presión de la patología. Cuando excepcionalmente se ha logrado un descubrimiento fortuito (como el de la existencia de las glándulas suprarrenales), los investigadores se han visto sumidos en la mayor confusión, hasta el momento en que una enfermedad (como la enfermedad de Addison para las suprarrenales) ha demostrado su función. Hasta los fisiólogos más puros, como Claude Bernard, fueron llevados al estudio de la fisiología de la glucosa sólo a partir de lo que la diabetes les enseñó acerca de su patología. De modo que mientras que en el orden didáctico lo patológico se deduce de lo normal, por el contrario en el orden heurístico lo normal se establece a partir de lo patológico. La enseñanza no da a conocer esta inversión, y cuando lo hace no modifica en nada la enseñanza de la medicina ni su práctica, tal como lo ha demostrado ampliamente Canguilhem². Prevalece el Orden médico, con sus exigencias y sus ignorancias. Necesita mantener la garantía científica que representa el primado de la biología.

Ante todo es preciso eludir *el problema del modo de acceso al saber*, problema del que los científicos no quieren saber nada. Nada es más instructivo sobre este punto que leer el libro de Jacques Monod, dado que la calidad universalmente reconocida de sus trabajos científicos acrecienta el interés de la crítica que cabe hacer a sus consideraciones ideológicas acerca del trabajo científico. La primacía que le otorga a la biología sobre la medicina es en verdad tanto como

2. G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, *op. cit.*

«CIENCIAS POSITIVAS», «CIENCIAS HUMANAS»

dar muerte simbólicamente al médico. Esta fórmula nos es sugerida por un ejemplo que él mismo proporciona, claro que inocentemente. Para explicarnos lo que es el «azar esencial» el autor nos dice³ que el choque del martillo de un fontanero que está trabajando en casa de un particular contra el cráneo de un médico que viene al mismo inmueble a visitar a un enfermo, sería enteramente fortuito, «inesencial». Ahora bien, si lo que interviene en el mito creado por el autor (el ejemplo es plenamente convincente) es evidentemente el azar, cabe preguntarse por qué no ha utilizado algún otro ejemplo, como el clásico de Laplace que habla de la caída de una piedra sobre el cráneo de un transeúnte para definir el azar como resultante del encuentro de dos series causales diferentes.

No se trata de interrogar a Monod acerca del «azar» que le hace elegir un ejemplo poco feliz, sino más bien de mostrar la «necesidad» que culmina en la *supresión del médico en la medida en que éste ocupa un sitio determinante* en el progreso de las Ciencias, al menos porque, intérprete de la demanda del enfermo, es portador de una pregunta sobre la adquisición del saber. Hay una *causa* del saber, de la que al menos podemos decir dónde se sitúa, del lado del médico y del enfermo, o mejor dicho del lado de la situación creada por la enfermedad. Jacques Monod no deja de preguntarse sobre lo que *causa* la instalación del saber, pero la respuesta que da pertenece precisamente al orden de la prevención y del recurso a nociones meramente ideológicas. En efecto, reivindica un sitio central para la biología porque cree que "la ambición última de la ciencia es... elucidar la relación del hombre con el universo"⁴. Pero el problema se desvía cuando dice⁵ "ser empujado a creer (...) que la angustia de la soledad y la exigencia de una explicación apremiante son innatas; que esta herencia que nos viene desde los tiempos

3. J. Monod, *El azar y la necesidad*, op. cit., p. 128, ed. fran.

4. *Ibid.*, p. 11, ed. fran.

5. *Ibid.*, p. 192, ed. fran.

EL ORDEN MEDICO

más remotos no es solamente cultural sino indudablemente genética”.

Este es un acto de fe que lo único que tiene de científico es la garantía que de él da su autor. Pero es también una explicación racista, o al menos elitista, que justifica por anticipado el nacimiento de una aristocracia intelectual. Sin embargo ésta es una explicación pobre, porque aun cuando el supuesto gene del «deseo de saber» fuera recesivo, cosa que el autor no dice, ¿cómo explicar entonces que la Antigüedad grecolatina y más tarde el mundo árabe, después de períodos de prodigiosa fecundidad intelectual, hayan permanecido improductivos durante siglos? ¿No corresponde aquí remitir al autor a lo que por otra parte él mismo denuncia como una de esas “ontogénias míticas y metafísicas”? Si ha de plantearse la cuestión de un patrimonio genético a preservar hay que plantear también la que señalaba irónicamente una pared de mayo del 68: «¿Los gaullistas tienen un cromosoma más?»

Por último, es digno de destacar que la ironía desaparece cuando un premio Nobel afirma: “Los científicos tienen un gene más.” Esta es la prueba de que una ideología de la Ciencia y del Científico está sólidamente establecida y que constituye un estilo moderno de tener una alta alcurnia. Aun cuando este aspecto puede considerarse secundario, simple consecuencia sociológica fortuita del progreso de la Ciencia, el problema no carece de importancia por lo que concierne a la Ciencia misma.

No es posible poner entre paréntesis, en nombre de la objetividad (y de la modestia) del sabio, el desarrollo mismo de la producción científica. La adquisición del saber introduce un elemento nuevo cuyo efecto consiste en desafiar las leyes de la naturaleza. Monod evoca de manera especialmente interesante el sitio que puede ocupar la información en relación con una de las leyes mejor establecidas, la de la degradación de la energía, es decir, la entropía⁶. “Vean có-

6. *Ibid.*, p. 72, ed. fran.

mo imaginó Maxwell a un «demonio»... Se suponía que ese demonio, colocado en el orificio de comunicación entre dos recintos llenos de un gas cualquiera maniobraba sin consumir energía una portezuela ideal que le permitía impedir el paso de ciertas moléculas de un recinto al otro. De modo que el demonio podía «elegir» dejar pasar sólo en un sentido las moléculas rápidas (de alta energía) y en el otro sólo las moléculas lentas (de energía débil). El resultado de esto era que de los dos recintos que inicialmente estaban a la misma temperatura, uno se recalentaba mientras el otro se enfriaba, y todo esto sin consumo aparente de energía. Por imaginaria que fuera esta experiencia, no dejó de embarazar a los físicos: en efecto, se había dicho que ese demonio, mediante el ejercicio de su función cognitiva, tenía el poder de violar el segundo principio. Y como esta función cognitiva no parecía ni mensurable ni siquiera definible, desde el punto de vista físico, la «paradoja» de Maxwell parecía escapar a todo análisis en términos operacionales."

"La clave de la paradoja la dio León Brillouin, inspirándose en un trabajo anterior de Szillard: demostró que el ejercicio de sus funciones cognitivas por parte del demonio debía consumir *necesariamente* cierta cantidad de energía, que en el balance de la operación compensaba precisamente la disminución de entropía del sistema. En efecto, para que el demonio cerrara la portezuela con 'conocimiento de causa, es preciso que hubiera *medido* previamente la velocidad de cada partícula de gas. Ahora bien, toda medida, es decir, toda adquisición de información, supone una interacción que por sí misma es consumidora de energía'."

Agreguemos que Monod señala que esos demonios han dejado de ser mera ficción, y que las enzimas cumplen una función de discriminación como esa.

El saber no deja de plantear problemas comparables a los que hemos evocado aquí. Porque el saber, al menos en la medida en que se identifica con la información, sufre una necesaria degradación al ser transmitido de boca a oído, de escrito al lector, y más aún de la cosa observada a su regis-

EL ORDEN MEDICO

tro. Lo mismo que la energía, la información, al difundirse en la enseñanza que se da de ella, se degrada. Existe una *entropía de la información*. Y el científico va a contracorriente de esa entropía.

¿A qué hipotético deseo de saber habría que atribuir este remonte de la entropía, esta creación de saber? Sobre este punto, el psicoanalista puede atestiguar al menos que en su práctica se las tiene que valer con un *deseo de no saber*. Y esto es lo que nos confirma la historia de las ciencias cuando nos muestra la formidable resistencia con la que choca todo descubrimiento nuevo, incluso en el seno de las sociedades de científicos, y en cierto sentido sobre todo en ellas, en la medida en que contradice el sistema conceptual vigente. Thomas S. Kuhn ha demostrado que las sociedades de investigadores se constituyen y se reconocen alrededor de «paradigmas», que son los modelos que permiten la prosecución de la investigación científica. El grupo científico se reconoce en torno de esos paradigmas y de su uso adecuado, y recibe a priori como no científico todo lo que viene a contradecir, con ello a destruir, no solamente los modelos recibidos sino también la homogeneidad del grupo de científicos. Esta resistencia de los cuerpos científicos constituidos dura hasta que los paradigmas en vigor llegan a ser demasiado insuficientes para explicar hechos nuevos, y son reemplazados por nuevos paradigmas a los que se alía el grupo entero, olvidando las bases sobre las cuales había funcionado hasta entonces. Hemos de ver que, sobre todo en medicina, todo «progreso» ha sido acompañado por un rechazo de cuanto a partir de entonces se calificará como medicina antigua. Por eso es que los sabios no son particularmente acogedores para las novedades, a despecho de su presunto «deseo de saber».

No por ello existe menos un avance cierto del discurso científico, pero hemos de decir que se produce *a pesar de* los sabios mismos, y *gracias únicamente a las virtudes del discurso científico*, del cual ellos no son sino soportes ocasionales. La falta de que es portador todo discurso hace que éste

no deje de desarrollarse. El mito del «saberlo todo» que aspira a constituir no soporta las zonas de sombra que sin embargo su propio desarrollo ha creado.

Hemos visto que el problema planteado por Maxwell sólo encuentra respuesta si consideramos la relación de su «demonio» con aquello que es capaz de medir, con la energía. Asimismo, el problema que plantea el científico no puede estudiarse independientemente de lo que constituye su relación con el saber, esto es, el discurso que él mismo enuncia, y que él mismo constituye. Ahora bien, los sabios suelen satisfacerse con consideraciones simplistas acerca del lenguaje que utilizan y sobre el lugar que ellos ocupan como autores de un discurso científico.

Un ejemplo nos mostrará las aberraciones a las que puede conducir un intento de aproximación a la función del lenguaje *con pretensiones científicas*.

J. Lyons escribe⁷: "Cuando Bloomfield escribió su obra monumental *El lenguaje*, adoptó explícitamente el conductismo como marco para la descripción lingüística. (No menos explícitamente había declarado su adhesión a la psicología «mentalista» de Wundt en su obra anterior, *An introduction to the study of language* [Introducción al estudio del lenguaje], publicado en 1914). En el segundo capítulo de *El lenguaje* pretendió que aun cuando en principio pudiésemos predecir si un estímulo determinado llevaría a alguien a hablar y, en ese caso, qué diría exactamente, en la práctica no podríamos hacer esa predicción 'salvo si conociéramos la estructura exacta de su cuerpo en ese momento preciso' (p. 36). El sentido de una forma lingüística se definía como 'los acontecimientos prácticos' que estaban 'en relación con esa forma' (p. 30), y en un capítulo subsiguiente como 'la situación en la cual el locutor la enuncia y la respuesta que provoca por parte del oyente' (p. 132). Como ejemplo de una situación simple, pero verosímelmente típica, en la que podríamos servirnos del lenguaje, Bloomfield sugiere la si-

7. J. Lyons, *Chomsky*, Seghers, París, 1971, pp. 44-46.

EL ORDEN MEDICO

guiente: 'Jack y Jill bajan por un camino. Jill ve una manzana en un árbol, y como tiene hambre le pide a Jack que se la coja; él trepa al árbol y le da la manzana; ella se la come.' Esta sería la descripción normal de los acontecimientos. Una descripción conductista sería algo diferente: el hambre de Jill ('es decir, algunos de sus músculos que se contraían y algunas secreciones que se producían, sobre todo en su estómago') y la manzana que ve (es decir, ondas luminosas reflejadas por la manzana que afectaron a sus ojos) constituyen el estímulo. La respuesta directa a este estímulo sería que Jill trepara ella misma al árbol para coger la manzana. En lugar de eso, ella produce una 'respuesta sustituta' que toma la forma de una secuencia particular de ruidos producidos con los órganos de la palabra; lo cual sirve de 'estímulo sustituto' a Jack, quien se ve llevado a actuar como lo hubiera hecho si él mismo hubiera tenido hambre y hubiera visto la manzana. Es evidente que este análisis conductista de la situación deja muchas cosas por explicar, pero no habremos de detenernos en eso. El ejemplo de Bloomfield le dará al lector una idea del modo como se consideraba que funcionaba el lenguaje en situaciones prácticas como sustituto de otros tipos de comportamiento no simbólicos; y esto basta para lo que queremos decir."

Yo no haría prueba de una gran audacia si propusiera una interpretación diferente de estas sabias consideraciones, puesto que evidentemente el ejemplo la sugiere. Podría muy bien suceder que Jill tuviera otra cosa que pedirle a Jack, y no una manzana; por ejemplo, que jugaran a Adán y Eva. Porque es probable que Jack y Jill hayan oído hablar ya de historias de manzanas y de paraíso terrenal, tanto como ustedes y yo (y seguramente como Bloomfield, Chomsky y Lyons, aunque nada digan de eso; pero ahí es donde se manifiesta la represión mediante el discurso «científico»).

Entonces podemos al menos suponer que la demanda de Jill es *también* portadora de una demanda de orden sexual. Pero no creo que podamos volver a alcanzar la explicación que da Bloomfield diciendo por ejemplo que el mensaje es

«CIENCIAS POSITIVAS», «CIENCIAS HUMANAS»

polisémico, que Jill tiene no sólo una necesidad alimentaria sino también sexual. Porque es muy probable que a Jill no le gusten mucho las manzanas, y que no tenga ningún deseo de realización sexual al menos en lo inmediato, que quisiera solamente iniciar *un coqueteo puramente verbal* (al menos por el momento) con Jack, que ella esperara de él que atrapa la pelota al vuelo (mucho más aún que la manzana) para volver a arrojársela a su interlocutor.

No sabemos nada de eso. Sólo sabemos que a partir del momento en que se pronuncia *la palabra* «manzana», se trata de un *significante*, y que ese significante no ha de ser obligatoriamente vinculado con *el objeto* manzana, que se vería así *significado*. En última instancia, diremos que la explicación de Bloomfield sólo se sostiene si suponemos que Jill es una perfecta tonta y Jack un palurdo grosero. Por mi parte, no creo que una mujer ofrezca nunca una manzana (bajo la forma de objeto o de significante) de manera inocente; más aún, nunca las creo lo bastante perversas o mentirosas como para pedir una manzana con el único fin de saciar su hambre. Cuando se entabla un diálogo, por fútil que sea (y éste no lo es), lo que se pone en cuestión es toda la relación con el lenguaje, es decir, todo lo que especifica a la especie humana. En el coqueteo, la parada sexual se establece en torno de manifestaciones de prestancia, donde los juegos de lenguaje ocupan un lugar predominante, y permiten a cada cual jugar con los significantes y desbaratar su juego. Así, a través del lenguaje, es cómo los hombres han logrado superar la debilidad intrínseca de su condición. Es también y sobre todo en su arte de utilizar el lenguaje como se reconoce a un hombre. ¿Acaso Cyrano de Bergerac no nos demuestra que el arte de emplearlo es más importante que la deformidad física?

Una interpretación psicologizante, y falsamente psicoanalítica, nos haría decir que Jill tiene «envidia del pene» y no «de la manzana». Solamente podemos decir que no sabemos nada de su deseo, más allá de su demanda de manzana. Sabemos que ella mete a los dos protagonistas en un terreno que, lo quiera o no, es el terreno del lenguaje. Vemos, pues,

EL ORDEN MEDICO

que estamos muy lejos de las *certezas* de la ciencia hacia las cuales nos llevaba Bloomfield, dado que solamente podemos hablar de nuestro no-saber acerca del deseo de Jill (y de Jack). Y sin embargo estamos en condiciones de decir que nos acercamos mucho más a la *verdad* de Jack y Jill cuando llegamos a suscitar la cuestión de la problemática de su deseo, desde el momento en que debe significarse en el lenguaje. Porque mientras tanto nuestro problema se ha desplazado desde la manzana a Jack y a Jill. Diremos que en su demanda Jill comienza por *significarse a sí misma* en un deseo cuyo objeto no se encuentra en absoluto definido, y que tal vez no sea otra cosa que deseo de deseo, deseo de conocer qué sucede con su propio deseo y con el deseo de Jack, conminado como está a mostrar cuanto menos si es servicial, y si sólo es servicial... No se pueden tocar las manzanas sin alcanzar el Arbol del Conocimiento. Al menos eso es lo que dice la Biblia, que nos enseña aquí mucho más sobre las manzanas y sobre los orígenes de la humanidad que las consideraciones «científicas» de nuestros lingüistas.

Y sin embargo, en su materialidad tranquilizadora, la manzana está atrapada en el discurso científico. El del botánico, el del químico, el del dietista, el del biólogo, y como hemos visto en el del lingüista. Tal vez al médico también le toque conocer esta historia de manzanas, porque si conocemos el destino de la manzana en el tubo digestivo quién sabe si al tener que precisarse el juego amoroso y sexual de Jack y Jill no van a crearse algunas perturbaciones en las secreciones especializadas. No se pilla una úlcera por tan poco, pero si el juego se prolonga y la ambigüedad del significante «manzana» no se resuelve...

Así pues la manzana [*la pomme*] es una cosa bien distinta del objeto manzana. *Pomme d'amour* [tomate], como ya hemos sugerido, puede ser también manzana de la discordia; manzana reineta, o manzanita [*pomme d'api*] en las cancioncillas infantiles. La *pomme* designa también la jeta, la facha, la *trogne* de un sujeto, lo cual es muy diferente de un *trognon* [corazón, de fruta], que no necesariamente lo es

«CIENCIAS POSITIVAS», «CIENCIAS HUMANAS»

de una manzana. En todo eso, si uno no es un imbécil «*pomme*» [rematado] uno puede *s'y paumer* [perderse, recibir golpes]. Y todo tanto más cuanto que la manzana puede muy bien ser... un racimo de uvas, como lo hace una cierta representación que hay en Borgoña de la tentación de Adán. Y no hay que olvidar que la *pomme d'Adam* [la manzana de Adán] nos resulta tan conocido como su cara [su *pomme*].

Sólo a partir del momento en que consideramos que las cosas son ante todo *señuelos*, podemos empezar a hablar seriamente de ellas. La ciencia no se fía de los señuelos, porque no ve en ellos más que los avatares de esos silbidos de caza que se dirigen a la presa a quien se pretende atraer. El científico no quiere dejarse atrapar estúpidamente, como un pato. En las ciencias llamadas humanas es él quien lanza los reclamos bajo la forma de cuestionarios, que son como esos laberintos donde el hombre es concebido de antemano como una rata. Es decir, busca arrinconarlo allí donde la sorpresa o la sumisión le impedirán al otro desbaratar los señuelos que le han sido tendidos. Razón por la cual las ciencias humanas debieran llamarse mejor inhumanas, dado que del hombre sólo les interesa lo que no lo especifica como tal. No quiere decir que estas ciencias no espiguen por aquí y por allá algunas que otras «informaciones», pero éstas sólo sirven para cerrar ese universo en el que todo está organizado a semejanza de un campo de concentración, de modo que ninguna sorpresa venga a alterar el orden. De hecho, ¿no es como consecuencia de las encuestas hechas a las amas de casa que fue seleccionada la manzana más adaptada a sus necesidades, la mejor calibrada, la menos problemática, la manzana llamada «golden», irremediable y uniformemente insípida?

El psicoanálisis no es una ciencia en el sentido de que no se propone evitar el error y el engaño, sino más bien constituirlos en objeto. Así es como el psicoanalista se expone a ser acusado de impostor, como se acusa de impostura a todos quienes se ocupan de lo que se considera banal. Sin embargo el objeto manzana no es banal, aunque sea reemplazable por otros objetos (frutos por ejemplo), porque ocupa

EL ORDEN MEDICO

cierto lugar. Lacan no lo designa como «objeto x», sino como «objeto a». Es atrapado en el tiempo de un encuentro, de un quite entre dos sujetos, cada uno de los cuales puede incluirlo en su fantasma. Su materialidad importa menos que su función significante, y la posibilidad que proporciona al Sujeto de constituirlo en su discurso. De modo que el análisis se interesa en el Sujeto en tanto es autor, sujeto de su discurso, cosa que lo remite a su fantasma y a lo que muestra de él: lo cual es muy diferente de tratar de ver cómo se las arregla en un discurso que le fuera impuesto. El saber que puede adquirir el psicoanalista escuchando el discurso cuyo autor es su paciente no lo lleva a enunciados sobre su deseo, del que hemos visto que se mantiene problemático y en definitiva desconocido, sino a formulaciones sobre las relaciones entre su discurso y lo que constituye su fantasma, es decir su relación con el «objeto». El hecho de que el objeto esté necesariamente presente como soporte del fantasma se articula con el hecho de que cobra consistencia en tanto objeto del deseo a raíz de su desaparición (al menos como objeto especularizable), de su posible sustitución por cualquier otro objeto.

Por último, si por su parte la ciencia aspira a fundar la realidad del objeto, el psicoanálisis tiende a mostrar su escasa realidad en tanto soporte del deseo. Así es como devuelve al Sujeto un sitio que la Ciencia en cambio tiende a evacuar, constituyendo un discurso en el que el Sujeto (de la enunciación) no tiene sitio alguno, dado que la verdad que ella enuncia debe ser independiente de quien la enuncia.

Cuando más arriba evocábamos el problema del “demonio de Maxwell» para preguntarnos qué es lo que permitía al sabio remontar la entropía del saber, lo hacíamos para preguntarnos sobre lo que por su parte necesariamente se perdía en el curso de esa operación. Al menos podemos decir que la pérdida se efectúa del lado del fantasma. El saber científico adquirido sobre los astros excluye la mirada romántica a las estrellas. Cuando miramos por el anteojo puede ser que lo hagamos para soñar, pero la ciencia se estable-

«CIENCIAS POSITIVAS», «CIENCIAS HUMANAS»

ce sólo en el momento en que dejamos de soñar. Es preciso que haya un Kepler para explicar lo que él mismo le debe al sueño⁸, para analizarlo de acuerdo con un método que Freud no rechazaría, para reconocer su deuda para con la astrología y también para con el saber de su madre, que era bruja. Pero nos explica también que le interesa menos el objeto a descubrir que el camino a través del cual se accede a él, del mismo modo como el explorador o el navegante son menos útiles cuando hablan del sitio adonde llegaron que cuando refieren los tanteos que les permitieron acceder a él. El discurso universitario pasó por encima de todo eso. De Kepler, retuvo las leyes, la astronomía, la óptica, etc. Olvidó el Sueño, la Ilusión. Pero Kepler, que por su parte no ignoraba cuál era su deuda para con Tico Brahe, ¿no había dicho que "la Universidad es guardiana de la ignorancia"?

Así como no cabe hacer el proceso de la medicina, tampoco cabe hacer el de la ciencia. Pero no podemos dejar de *instruir el proceso* del descubrimiento científico. Freud hizo un mito de la constitución de toda ley que rige las relaciones humanas. Es el mito del asesinato del Padre por la horda primitiva... y de su olvido. Con la ciencia y sus leyes no ocurre nada diferente. Mito del asesinato del médico por el biólogo Jacques Monod. O mito del médico que extrae su saber del cadáver de su enfermo. O mito aún el de Jack, Jill y la manzana, donde los protagonistas se ven reducidos a la condición de peleles.

No por ser míticos estos asesinatos constituyen menos la grandeza helada de la ciencia. Sabemos que la ciencia los hace resurgir en lo real bajo las formas anónimas y monstruosas que hacen posibles los instrumentos que ella ha forjado. Nos corresponde poner en evidencia que la medicina, ese sitio privilegiado de la buena conciencia del sabio, ha conservado también el sabor acre del fruto del Arbol del Conocimiento del Bien y del Mal, puesto que ése es nuestro mito fundamental.

8. Seminario sobre el Sueño de Kepler; J. Clavreul, F. Gil, C. Morali, 1974-75.

SRM Cursos®

Los orígenes de la medicina. Mitologías del positivismo.

Evocar los orígenes siempre es constituir un mito, y ese mito viene a apuntalar la ideología. La selección de hechos y su presentación es una opción al servicio de lo que se intenta constituir.

Bariéty introduce la historia de la medicina haciendo remontar a la noche de los tiempos lo que llama "el instinto de cuidar".

"La inquietud innata de aliviar y de curar, o dicho de otro modo, de cuidar, traduce uno de los aspectos del instinto de conservación: el de la preservación funcional, que es tan antiguo como la enfermedad... Todos los seres vivos obedecen a un impulso natural que los lleva a tratar de aliviar sus males y los de sus semejantes... Instintiva en el reino animal, la medicina original se vuelve naturalmente intuitiva en la especie humana... Durante milenios siguió siendo intuitiva; la mayor parte de los descubrimientos en el terreno de la medicina fueron al menos en parte fruto de un conocimiento inmediato y no razonado de la verdad. Lo siguen siendo todavía y es probable que lo sean siempre: ¿no es la intuición una de las cualidades primordiales del médico, la que distingue al buen practicante del malo, la que ins-

EL ORDEN MEDICO

pira su arte singular, que ninguna ciencia pueda reemplazar por entero!?"

Esta es una teoría que tiene el mérito de ser extrema. Al «deseo de saber» que se le atribuye al sabio, se añade en el caso del médico «el deseo de curar» y una «intuición», cualidades todas innatas, que sin duda existen en todo hombre, e incluso en todo animal, y que bastan para explicar las «dotes» del «buen médico» para el diagnóstico y la terapéutica.

Teoría elitista que no dejaría de ser singularmente oscurantista si no señalásemos que lo oscuro es cosa de los tiempos antiguos, y que los tiempos modernos aportan poco a poco las luces de la razón. Todo esto es coherente con la idea de una ciencia en constante progreso, de una ciencia que constituye el mito del sabio, héroe moderno, aureolado de santidad desde el momento que trae a la humanidad la luz y el bien.

Apenas hace falta subrayar que este mito no resiste en modo alguno el análisis de los hechos. Sólo en función de una ilusión retroactiva miramos y aislamos ciertas prácticas atribuyéndoles una función terapéutica. Nada nos permite aislar un «instinto de curar» que sería natural. Por el contrario, podemos observar que muchos hombres y animales se dejan morir, incluso llegan a suicidarse activamente, a veces colectivamente. En las colectividades animales es evidente que dar muerte al individuo enfermo constituye una respuesta dada a la enfermedad tanto como lo es un intento de salvamento. Entre los hombres, la historia nos muestra que el aislamiento de los enfermos en los hospicios, leproserías y sanatorios son las respuestas más constantes a la enfermedad, mucho más que los esfuerzos por socorrer a los enfermos. Quienes creyeron que no era posible conformarse con encerrar a los enfermos para librarse de ellos fueron santificados. El leproso, el apestado, son hombres de los que hay que apartarse, como así también era despreciado el enfermo, el *thaelquani*, que comía estiércol, en la América preco-

1. Bariéty et Coury, *Histoire de la médecine*. Paris, Fayard, 1963, p. 25.

LOS ORIGENES DE LA MEDICINA

lombina. Incluso las respuestas individuales del organismo están lejos de ser las más favorables para la conservación del individuo, tal como lo ha demostrado ampliamente la medicina contemporánea. La posición tendente a calmar el dolor que adoptan el herido y el enfermo está lejos de ser la más favorable para su curación; y si podemos extasiarnos ante el perro que lame su pata herida o el gato que encuentra las hierbas que lo purgan, ¿cómo no evocar a los animales que comen las hierbas que los matan, a las hormigas que se intoxican con las secreciones de los pulgones que crían?

Es totalmente artificial aislar, a la luz de nuestra ideología médica contemporánea, ciertas prácticas, considerándolas como signos premonitorios de una práctica médica que va instaurándose, y considerar a otras prácticas como fruto de supersticiones condenadas a desaparecer a medida que la humanidad progresa. La mirada condescendiente que otorgamos a algunas prácticas antiguas, que conocemos por azar, a los remedios de las comadres, a las medicinas exóticas, es la que nos permite cierta noción de la medicina y de la cura, inseparables de cierto humanismo, y que no tenemos ninguna razón para atribuir al conjunto de la humanidad, como tampoco a los animales.

Si hubiera que hablar de un «instinto de curar», sería más viable considerar que la naturaleza ha conservado las soluciones más favorables para la conservación de la especie, pero no las más favorables para la conservación del individuo. Ahora bien, es seguro que la especie está interesada en conservar sólo a los individuos más vigorosos, a los más aptos para defenderse, y no a los enfermos, a los lisiados, a los que por el contrario tiene que eliminar. Por otra parte éste no es uno de los menores problemas que plantea la medicina contemporánea, que no sólo se pregunta por el peso financiero que los cuidados dispensados a los enfermos cargan sobre la comunidad humana, sino también por la hipoteca que hace pesar sobre el patrimonio genético común al asegurar la supervivencia y la reproducción de los individuos que son portadores de taras genéticas. Es pues indis-

EL ORDEN MEDICO

pensable considerar que la medicina moderna, lejos de inscribirse en la línea de una tendencia «natural», se plantea, por el contrario, como ruptura en relación con esta tendencia, al privilegiar el destino del individuo contra el de la especie. Basta con observar de qué modo, las ideologías racistas, cuando están en el poder, se apresuran a darle la vuelta a esta tendencia instituyendo la eliminación de los individuos que no son conformes con el ideal de la raza. Pero sería vano rechazar estas soluciones extremas como propias de sistemas políticos monstruosos. Todo cuanto tiene que ver con una medicina efectivamente activa no puede evitar plantearse los problemas de la eutanasia, el aborto y la contracepción.

El deseo de curar no es, en modo alguno, una evidencia natural. No puedo sino suscribir lo que sobre esto dice Lucien Israël²: "No es verdad que ese deseo no haya sufrido importantes variaciones en el curso de los siglos." Al menos no podemos hablar de él sin establecer un paralelo con las incontables circunstancias en las que nos vemos obligados a constatar hasta qué punto las sociedades se muestran desprovistas de piedad para con los enfermos, al menos cuando no pueden pretender recuperarlos.

Los médicos del nazismo han probado ampliamente que el cuerpo médico no ofrece ninguna resistencia a una ideología racista, y prácticamente no existe ejemplo en el que los médicos hayan dejado de dar la preferencia de los privilegios de sus cuidados a sus compatriotas, a sus hermanos de raza.

Una historia de la medicina fundada sobre el carácter natural del deseo de curar está pues enteramente articulada en función de la ideología que la medicina contemporánea proclama. Es una ampliación de la ideología vigente en la sociedad, pero que no la trasciende.

Más interesantes son los intentos de señalar los verdaderos comienzos de la medicina en función de la idea que un

2. Lucien Israël, *Le Médecin face au malade*, C. Dessart, Bruselas, 1968.

LOS ORIGENES DE LA MEDICINA

médico contemporáneo puede hacerse de la evolución de la ciencia. Jean Bernard³, por ejemplo, comienza su libro asombrándose de que la medicina haya hecho muchos más progresos en el curso de los últimos treinta años que en el curso de los tres milenios anteriores. Diremos con él que la medicina actual sólo puede concebirse como «de los tejidos», «celular» y hasta «molecular». Lo cual arroja a una verdadera prehistoria de la medicina los titubeos anteriores, por admirables que sean. La medicina fundada en la anatomía patológica aparece como una aproximación grosera, macroscópica, desmembrada a cada momento por estudios más sutiles que revelan o revelarán los procesos verdaderos, intracelulares, moleculares, los únicos que pueden explicar la muerte y la enfermedad. De modo que la medicina puede considerarse que nace verdaderamente en el momento en que la finura de sus descubrimientos se traduce en un hecho nuevo, que crea su eficacia.

Antes de que quedase fijada una fecha de nacimiento para la medicina científica a mediados del siglo anterior, la medicina veía en la referencia a la anatomía patológica lo que en su práctica era más inatacable, más científicamente demostrable. La prueba, la «verificación», era la autopsia: el cadáver confesaba lo que los signos clínicos habían permitido prever. Michel Foucault⁴ insistió abundantemente en este cambio total operado por los médicos, que convirtieron así su fracaso en la curación en el sitio de la comprobación a partir de la cual la medicina pudo constituirse como ciencia, estableciendo así el vocabulario, el tesoro de los significantes que constituyeron y siguen constituyendo todavía en lo esencial las bases del vocabulario médico. Habría que poner entre comillas esta noción de fracaso constituida por la muerte del enfermo, que Foucault parece aceptar sin críticas, porque también ella supone que la curación pertenece a la vocación natural de la medicina, cuando a mi entender

3. J. Bernard, *Grandeur et Tentations de la médecine*, Buchet-Chastel, París, 1973.

4. Michel Foucault, *Nacimiento de la clínica*, Op. cit.

EL ORDEN MEDICO

la muerte nunca ha sido un fracaso para la medicina, si se produce dentro de un orden, es decir, si es reconocible para el saber médico. La anatomía patológica fue ante todo una gran puesta en orden en la enfermedad y la muerte. Y hoy sigue siendo aquello a través de lo cual el médico puede representarse con más facilidad la enfermedad que afecta a su paciente. Sin embargo, tal como lo hemos visto, la interpretación de la enfermedad en función del sistema de referencia anatomo-patológico les resulta más bien insuficiente a los médicos contemporáneos. Y cuando Michel Foucault escribe: "La medicina moderna se fijó a sí misma su nacimiento hacia los últimos años del siglo XVIII", esta afirmación es algo antigua. Sobre todo, tiene el defecto de relegar al limbo de la prehistoria una clínica médica que le es muy anterior.

Antes de la época contemporánea la medicina se preveía del rechazo del dogma de la autoridad. Así, Malgaigne escribía: "Apenas había acabado de nacer el siglo XVII, cuando la nueva filosofía, irguiéndose frente al mundo antiguo, hizo oír su primer grito de rebeldía e independencia." En 1605 Bacon publica su libro sobre «el avance de las ciencias». En este libro no solamente es derribado el dogma de la autoridad, sino que más interesado en pegar fuerte que en pegar con exactitud, Bacon envolvía todo cuanto se había hecho antes que él en una reprobación general. Si nos atenemos a él, Platón y Aristóteles, Hipócrates y Galeno, no produjeron ni pudieron producir nada más que errores: "La Antigüedad de los tiempos —clamaba— es la juventud del mundo, y como el mundo ha envejecido los Antiguos somos nosotros." Insiste especialmente en el hecho de que había que hacer tabla rasa y proceder a una restauración total de las ciencias dándoles como fundamento único la experiencia. Un médico contemporáneo no desautorizaría estas orgullosas palabras, y sin duda aceptaría remontar el carácter científico de la medicina a Bacon, como quería Malgaigne.

5. Malgaigne, *Essai sur l'histoire de la philosophie et de la chirurgie*, Mémoire de l'Académie royale, 1847, tomo XIII, p. 20-32.

LOS ORIGENES DE LA MEDICINA

Pero no terminaríamos de remontarnos en el tiempo. Paracelso quemaba las obras de Galeno y de Avicena. El mismo Hipócrates, según Plinio, destruyó los archivos de Asclepio de Cos... para atribuirse la paternidad de las valiosas informaciones allí consignadas, precisa sin benevolencia ninguna. También Hipócrates habló siempre de la medicina de sus predecesores como de la «medicina antigua», instalándose él mismo en el clasicismo, y no en un modernismo sospechoso siempre de ser sólo una moda.

Los historiadores de la medicina, como los historiadores de la ciencia, construyen la historia en función de su ideología. De manera que la fecha de nacimiento puede fijarse en los últimos años, hace unos siglos, y hasta en los orígenes del mundo, según lo que se quiera demostrar. No hay motivo para extrañarse. Solamente se trata de constituir un mito de los orígenes conforme con la ideología del momento, que pueda inscribirse en los paradigmas comprensibles para la comunidad científica. Lo demás, es decir, la existencia de descubrimientos que es preciso reconocer, se atribuye a la «suerte» o al «genio» de un precursor. Lo que es lo mismo que decir que no interesan. Tampoco interesan a nadie los principios que fundan las medicinas exóticas. Por otra parte, no cabe duda de que muy pocos sabios estarían en condiciones de comprender una metodología que no puede separarse de ninguna manera de toda una cultura diferente de la suya. De modo que, cuanto más, se conservan algunas recetas, aun cuando esté demostrado que en algunos casos la eficacia de toda una medicina era superior a la nuestra. En la Edad Media, los éxitos que obtuvo en la población de Toulouse un médico africano formado en Dakar le atrajeron el odio de sus colegas que se libraron de él envenenándolo. La medicina precolombina, que los navegantes estimaron superior a la medicina europea, no dejó ninguna huella sensible en nuestro saber⁶.

Todavía hoy se presta sólo una atención distraída a la

6. R. Dacosta, *Histoire de la médecine précolombienne*. París, 1969.

EL ORDEN MEDICO

acupuntura china, así como a los métodos de reinserción social de los alienados en Africa negra. De todos modos, lo que no es interpretable en los conceptos en vigor en la comunidad médica no entra en la historia de la medicina. Si Barriéty utiliza un concepto tan vago y tan difícil de sostener como lo es el deseo de curar, es para poder escribir una historia general que es ante todo una nomenclatura.

En la práctica, los médicos se interesan apenas en el modo como se escribe la historia, y están convencidos de que ésta es tanto más «objetiva» cuanto que se limita a confrontar los hechos. Es una empresa en realidad ahistórica y evolucionista. La filosofía positivista, con la que se relaciona la medicina contemporánea, es causa de ello. Como no quiere reconocer como suyos más que los hechos (más allá de las teorías siempre sospechosas), constituye la historia de la medicina como la de los ensayos-errores tras los cuales sólo se retienen los logros inequívocos. En estas condiciones, la historia tiene un interés exclusivamente anedótico y toklórico. El genio o la suerte, el deseo de saber o de curar bastan para explicarlo todo. Se establece una galería de antepasados: "Grandes médicos... casi todos", como dice Mondor. Y de vez en cuando se arroja sobre ellos una mirada cargada de admiración y de ironía. Sus rostros son nobles, pero son un poco ridículos con sus vestimentas y sus pelucas. ¿No cabría decir al mirarlos que son indudablemente geniales, pero que sabían mucho menos que el más ignorante de quienes los contemplan?

Sin embargo no se puede escribir seriamente una historia de la medicina en esta dimensión evolucionista. ¿Cómo explicar, según esta perspectiva, que durante siglos, durante milenios, no se haya registrado ningún progreso sensible, mientras que otras épocas son sumamente fecundas? Entre otros, Canguilhem⁷ ha demostrado que nunca corresponde invocar el azar o el genio para explicar los descubrimientos. Los descubrimientos se producen, y a veces en varios luga-

7. G. Canguilhem, *op. cit.*

LOS ORIGENES DE LA MEDICINA

res simultáneamente, porque están reunidas las condiciones vinculadas con la evolución económica, social e industrial y también con la evolución del pensamiento, con las adquisiciones de las otras ciencias. Aun globalmente, el considerable progreso de la medicina en el siglo XIX estaba vinculado ante todo con la reunión de grandes cantidades de enfermos en los hospitales, como consecuencia de los decretos de la Revolución Francesa. También habría que hablar de las luchas que la medicina oficial ha mantenido constantemente contra las medicinas paralelas, la de las brujas, por ejemplo. En suma, habría que reinsertar la historia de la medicina en la historia a secas para comprender algo de lo que ha sucedido, y por lo tanto de lo que sucede hoy. La medicina, lo repetimos, sólo tiene que rendir cuentas ante sí misma y en función de su ideología actual.

Es evidente que al hacer remontar los orígenes de la medicina a la Antigüedad griega, me expongo a que se me acuse de haber hecho una opción tan arbitraria como cualquier otra. El hecho de que Hipócrates haya sido designado a menudo como «Padre de la medicina» no basta para obligarnos a adoptar una actitud reverente ante él. No vamos a hablar de él en términos distintos de los que emplea Foucault para hablar del autor⁸: "Se trata del autor. El autor no entendido, claro está, como el individuo hablante que ha pronunciado o que ha escrito un texto, sino el autor como principio de agrupamiento del discurso, como unidad y origen de sus significaciones, como hogar de su coherencia." Está fuera de toda duda que muchos de los escritos y hechos atribuidos a Hipócrates son apócrifos. Eso no importa demasiado. Si se le atribuyen es porque, como se suele decir, sólo se les presta a los ricos, porque el conjunto de la obra de Hipócrates es más fruto de una época que de un hombre aislado.

La obra de Hipócrates es paralela y por consiguiente comparable con lo que fueron las de los filósofos, los lógicos, los matemáticos, los políticos, así como la de los escul-

8. Michel Foucault, *L'Ordre du discours*, Gallimard, Paris, 1971, p. 28.

tores, los arquitectos, los artesanos. Además de la calidad de sus «observaciones» clínicas, en Hipócrates se ha admitido la fundación de una ética que permanece prácticamente intacta en nuestros días, así como su lucha contra el oscurantismo vinculado con la religión y las supersticiones. No nos dejemos engañar. En esa época los dioses habían dejado de habitar en y entre los hombres. Refugiados en el Olimpo, sólo hacían breves y raras apariciones, y casi siempre a cubierto de un disfraz. Es probable que en esas condiciones los templos de Asclepio tuvieran que sufrir la progresión del ateísmo y la disminución de la asistencia del público a los templos. De modo que el descendiente del mítico Esculapio estaba sumamente interesado en encontrar fundamentos más sólidos para su poder sobre las enfermedades, cosa que hasta entonces sólo se le concedía dada su condición de sacerdote y su ilustre ascendencia.

Así que Hipócrates era llevado por todo un movimiento del que sólo fue el representante más ilustre en este dominio especial que constituye la medicina. La democracia ateniense que se afianzaba implicaba una (relativa) igualdad entre los hombres. Como cada hombre, si no de hecho, sí de derecho, era igual a los demás, era también igual ante la enfermedad. Noción igualitaria que nada tiene de obvio, puesto que como veremos, muchas veces los médicos se han esforzado por demostrar que la enfermedad afecta a los hombres de manera desigual, de acuerdo con las épocas y las categorías sociales. Por el contrario, en la época de Hipócrates, la noción de igualdad implicaba que los síntomas fueran los mismos, quienquiera que fuese el afectado; y si no era así había que dar razones admisibles.

Por otra parte, la prevalencia de los intereses del individuo eventualmente contra los de la ciudad, modificaba la práctica médica. Hasta entonces la medicina era un asunto colectivo (como lo es en muchos países no occidentales). La enfermedad interesaba a la colectividad, y era el Estado quien se hacía cargo de la salud de los ciudadanos que tenían que pagar un impuesto especial, el *iatron*, que servía para

LOS ORIGENES DE LA MEDICINA

remunerar (muy mal por otra parte) a los médicos. Poco a poco aparece una medicina individual de la que se beneficia, claro está, principalmente los ricos; sin embargo a las Asclepiades acudían gran cantidad de enfermos, portadores de una demanda individual de cuidados. Las Asclepiades se convirtieron en hospitales tanto como en templos, y dentro y fuera del templo se fue instaurando una medicina individual, una práctica de tipo liberal.

Las condiciones materiales estaban vinculadas al desarrollo del humanismo, que en medicina cobraría una forma especialmente atractiva, estableciéndose una trilogía: "Hay tres cosas a considerar: el médico, la enfermedad y el hombre⁹." Acertadamente, J. P. Valabrega advierte que M. Balint establece una trilogía así: *The Doctor, his Patient, and the Illness*, ["El médico, su enfermo y la enfermedad"]. En efecto, la existencia de un tercer factor, «la enfermedad», permite salirse de las sempiternas consideraciones sobre la relación médico-enfermo. En efecto, gracias a esta separación, la medicina ha podido aislar lo que constituye *su objeto: la enfermedad*, y hacer su estudio considerándola como semejante en todos los hombres, salvo algunas variantes que dependen tanto de la enfermedad misma como del hombre sobre el cual evoluciona. No cabe duda de que es sólo esta distinción lo que ha permitido que la medicina occidental se desarrollara. La fórmula de Hipócrates se mantuvo intacta a través de milenios.

Pero Hipócrates dice mucho más que Balint al hablar del «hombre» y no del «paciente» o del «enfermo». Porque así el hombre se constituye como diferente del enfermo, que a los ojos del médico es siempre sospechoso. Siempre cabe temer que mienta, o al menos que no diga todo; no necesariamente seguirá las prescripciones del médico, que a menudo son desagradables, y corre el riesgo de tomar decisiones contrarias a su salud; hasta puede ser ingrato con el médico que acaba de salvarle la vida, no pagarle los honorarios, puede

9. Hipócrates, *Des épidémies*, t. I. Javal et Bourdeaux, Paris, 1932.

EL ORDEN MEDICO

ser confiado y creer en los charlatanes o en los malos médicos. En suma, no tiene la cualidad en la que se reconoce al hombre, su libertad, esta libertad que le hace escoger la razón, esto es, la sumisión al orden médico instaurado por Hipócrates.

En el orden médico, el enfermo se define como la suma de dos elementos: el hombre más la enfermedad. O más bien, el hombre se define como constituido por el enfermo a quien se le ha eliminado la enfermedad: hombre = enfermo-enfermedad. Al curar a los enfermos, al separarlos de su enfermedad, el médico procede como el escultor que libera de la piedra informe la imagen del Hombre, del hombre ideal. Procede también como el filósofo que enseña a apartar las supersticiones y los razonamientos falaces para deducir los caminos de la razón. Todos contribuyen a demostrar que el hombre es naturalmente «sano» de cuerpo y espíritu, y que su libertad se manifiesta a través de su adhesión a las ideas y a los ideales de la civilización. De modo que de acuerdo con Hipócrates el médico es uno de los artesanos que contribuyen a constituir un humanismo que otros forjan en las leyes, en la filosofía, en el arte, etc. El declinar del humanismo en la Edad Media traerá consigo un abandono y hasta una regresión de la medicina. El Renacimiento será un retorno a los valores del humanismo y será acompañado por el desarrollo de las ciencias y sobre todo de la medicina. Aún hoy, ningún médico duda de que su referencia son los valores del humanismo. Y si de unos años a esta parte surgen aquí y allá algunas impugnaciones a la medicina, es porque los valores del humanismo vuelven a ser cuestionados.

Al desarrollar su discurso referido a las enfermedades, la medicina contribuye, pues, a constituir la condición del hombre «normal». Al identificar una cantidad cada vez mayor de enfermedades, al caracterizarlas por su sintomatología, al combatirlas, la medicina ha ganado derecho de ciudadanía entre las disciplinas que contribuyen a la constitución de nuestra civilización. Incluso se ha convertido en el modelo donde se ven representados los ideales que preconiza.

LOS ORIGENES DE LA MEDICINA

En lo esencial, lo que funda a la medicina es su constitución como discurso, y la funda como científica. Discurso totalmente vinculado y articulado con el discurso dominante. Porque bajo la cobertura de la objetividad de los resultados consignados y de los efectos del saber adquirido, la mira del autor del discurso médico (es decir, la mira de cada médico) sigue estando puesta en la existencia sobre el hombre de un discurso que cada individuo en particular no puede conocer, pero que, sin embargo, tiene el poder de transformar a la humanidad apartando de ella esos hechos contingentes e inesenciales al hombre que son las enfermedades. Este discurso constituye un orden de cosas en relación con el cual cada uno habrá de situarse, para aceptarlo o para rechazarlo.

Cabría decir algo más sobre el orden de Hipócrates. Porque constituye un «orden jurídico» en el sentido en que habla de él Kelsen¹⁰. El derecho, dice Kelsen, no habla del Ser (*Sein*) sino sólo del deber ser (*Sollen*). Y los medios del derecho (las sanciones) están destinados a hacer acceder a cada cual al *Sollen*. Tal como lo definen el humanismo y la medicina, el hombre pertenece al orden del *Sollen*. Es el hombre en buen estado de salud, aquél al que el hombre podrá acceder si sigue las prescripciones de la razón y del orden médico. El *Sein*, el hombre enfermo, no le interesa a la medicina, y es en ese sentido en el que podemos decir que no existe relación médico-enfermo. El médico no se dirige al enfermo, sino al futuro hombre sano, y si en él queda muy poca salud tomará decisiones en su lugar, presionará a su familia, eventualmente lo hará internar.

Gracias a Hipócrates, la medicina ha salido de las recetas más o menos satisfactorias que a veces reclaman los enfermos. Establece la salud como un *deber* que se le impone a todo ciudadano. El enfermo está allí como mero informante de la situación de un cuerpo que falla. Se supone que colabora con el médico en la medida en que puede identificarse

10. H. Kelsen. *Théorie pure du droit* Dalloz Paris, 1962. Hay versión en castellano, *Teoría pura del derecho*. EUDEBA, Buenos Aires.

EL ORDEN MEDICO

con los ideales propuestos por la medicina. Pero se lo supone colaborador del mismo modo en que por definición se supone inocente al acusado. Llegado el caso, no se dejará de imponerle los puntos de vista del orden médico, tal como al delincuente se le impone la sumisión a las leyes del país. La libertad se encuentra definida ahí como la aceptación del orden. Es cierto que este discurso, particularmente convincente y poderoso cuando se trata de la medicina, no podría ser cuestionado si no fuera la noción de libertad la que se encuentra hoy cuestionada.

El discurso médico no es un discurso sobre el hombre, sino sobre la enfermedad. No por eso lleva menos implícita una cierta idea sobre el hombre, sobre su libertad, sobre su Ser. De modo que podemos hacer remontar a Hipócrates los orígenes de ese discurso, no sólo debido a la gran coherencia interna de su obra, sino sobre todo al hecho de que ésta está en perfecta armonía con los ideales de la época en que nació, ideales sin los cuales el discurso médico no podría desarrollarse. El resto, esto es, las teorías a través de las cuales la medicina afirma su carácter científico, está en concordancia con las ideas que la ciencia se ha hecho sucesivamente sobre sí misma. Estas teorías son contingentes, porque están en relación con la contingencia de una época. La permanencia no es la permanencia de los hechos, sino la del discurso médico que los constituye como tales.

*La medicina es un discurso.
Poder e impotencia del discurso.*

Hipócrates dedicó un largo estudio a la impotencia entre los escitas¹. Merece que lo reproduzcamos aquí, porque es ejemplar de lo que es el discurso médico:

“... entre los escitas encontramos muchos hombres impotentes; se condenan a hacer los trabajos de las mujeres, y hablan como ellas. Se les llama *afeminados*. Los indígenas atribuyen la causa de esta impotencia a la divinidad, veneran a esta clase de hombres y los adoran, y cada cual teme para sí padecer esa afección. Yo creo que esta enfermedad viene de la divinidad como todas las enfermedades, que ninguna es más divina o más humana que la otra, pero que todas se parecen y que todas son divinas. Todas las enfermedades tienen, como ésta, una causa natural, y ninguna se produce sin causa natural. A mi juicio la impotencia sobreviene por lo siguiente: es el resultado de la equitación permanente de los escitas, que les provoca obstrucción en las articulaciones, dado que llevan siempre los pies colgando a un lado y otro de la cabalgadura, y a los que están gravemente afectados, esto llega a provocarles la claudicación y

1. Hipócrates, *Des aires, des caux et des lieux*, op. cit., t. I, pp. 33-5.

distensión de la cadera. Se tratan su impotencia como sigue: al comienzo del mal, se abren la vena situada detrás de las orejas. Cuando la sangre corre, la debilidad los empuja al sueño, y se duermen; algunos se despiertan curados, otros no. Pero este mismo tratamiento me parece que altera el licor seminal; porque detrás de las orejas hay venas que una vez cortadas privan a quienes han sufrido esa operación de la facultad de engendrar; me parece que son esas venas las que se cortan. Una vez que lo han hecho, si van con una mujer y no pueden tener comercio con ella, al principio no se preocupan demasiado, y se mantienen sosegados. Pero si fracasan en dos, tres o más intentos, se imaginan que han cometido alguna ofensa ante el dios al que atribuyen su desgracia, y se visten como mujeres. Declaran su impotencia; a partir de entonces, viven como las mujeres y se dedican a las mismas ocupaciones que ellas. Entre los escitas esta enfermedad no afecta a los hombres de último rango sino a los ricos, a los más poderosos por su nobleza y fortuna; la causa es la equitación, si los pobres están menos expuestos es porque no andan a caballo. Sin embargo, si esta enfermedad fuera más divina que las demás no debiera ser exclusiva de los más nobles y ricos, sino que debiera afectar a todos por igual, y aun preferentemente a los que poseen menos y que no ofrecen sacrificios, si es cierto que los dioses se complacen en los homenajes de los hombres y los recompensan con su favor. Porque los ricos pueden inmolar numerosas víctimas, presentar ofrendas y emplear su fortuna en honrar a los dioses, mientras que su indigencia les impide a los pobres honrarlos de la misma manera, y los acusan de su misma indigencia. De modo que el castigo de esas ofensas debiera afectar antes a los pobres que a los ricos. Pero, como lo he dicho más arriba, todo esto es divino como el resto; cada cosa se produce de acuerdo con las leyes naturales, y la enfermedad de la que hablo nace entre los escitas de la causa que he señalado. Además, a otros hombres les ocurre lo mismo; donde la equitación es un ejercicio diario muchos resultan afectados de obstrucción de las articulaciones, de ciática, de

LA MEDICINA ES UN DISCURSO

gota y se vuelven inaptos para engendrar. Estos males afligen a los escitas y hacen de ellos los hombres más impotentes; agreguemos a las causas de impotencia que llevan permanentemente calzones, que casi siempre están a caballo, sin poder llevarse ni siquiera las manos a las partes naturales, que el frío y el cansancio los distraen del deseo de la unión de los sexos, y que en el momento en que lo intentan ya han perdido su potencia viril. Esto es lo que tenía que decir acerca de la nación de los escitas.”

Podríamos elegir otros ejemplos igualmente característicos de la obra de Hipócrates. En particular, es especialmente conocido su estudio sobre la epilepsia². Hipócrates demuestra en él que la epilepsia no es en modo alguno el «mal sagrado», y no tiene ningún origen divino. Sus causas son naturales y han de atribuirse a un mal funcionamiento de la glándula pituitaria (la hipófisis).

La obra de Hipócrates ha suscitado comentarios diversos, no todos ellos favorables. Uno de ellos merece nuestra atención, porque proviene nada menos que del más célebre traductor de Hipócrates. Littré escribe: “A título de instrucción negativa, nada hay más curioso que ver cómo es posible conformarse con palabras y explicaciones que no explican nada.” Pero Littré es un tráfugo de la medicina, un «desertor», diría Georges Duhamel.

Más interesante es el breve y perentorio comentario que hace Bariéty³ acerca del texto que se refiere a la impotencia de los escitas: “La lógica del razonamiento es perfecta.” Porque Bariéty, de quien nadie podría dudar que es un gran médico, en la más pura tradición, no habla evidentemente a la ligera. Sin duda, su opinión está signada por el hecho de que a propósito de la impotencia no cabe decir que la medicina haya hecho grandes progresos desde Hipócrates. Salvo en los casos excepcionales en los que la impotencia es un síntoma que forma parte del cuadro clínico de una enfermedad

2. Hipócrates, *De la maladie sacrée*. t. III, p. 3.

3. Bariéty, *Histoire de la médecine*. Fayard, París, 1963. p. 103.

EL ORDEN MEDICO

general (la mayor parte de las veces endócrina) o local (lesión neurológica) sigue siendo casi siempre «idiopática». Lo mismo sucede con la epilepsia, que por lo general sigue siendo «esencial».

Es poco probable que un médico contemporáneo, aunque sea lector de Hipócrates, cosa que es excepcional, cuente con descubrir que su enfermo impotente practica la equitación, o aunque sea el ciclismo, y mucho menos que su curación dependa de que abandone esa práctica. Tampoco buscaría alteraciones de la hipófisis para explicar el origen de la epilepsia.

Un médico contemporáneo que siguiera estrechamente las enseñanzas de Hipócrates para aplicarlas a sus enfermos atraería sobre sí las sonrisas de sus colegas, que verían en semejante fidelidad al viejo maestro un respeto excesivo signado por una coquetería cierta respecto de sus lecturas. La medicina ya no funciona con los paradigmas vigentes en la época de Hipócrates, y el cuerpo médico tiende a encontrar su lenguaje en torno de nociones nuevas (por ejemplo la electroencefalografía y la quimioterapia en el caso de la epilepsia). Lo cual hace aún más digno de destacarse el hecho de que a pesar de que no han aportado nada decisivo, al menos para los sujetos afectados por esas enfermedades, los pasajes de Hipócrates referidos a la impotencia y a la epilepsia sean considerados por los médicos, y especialmente por Barriéty, como ejemplares del modo de proceder específicamente médico.

Esta aprobación se debe a que Hipócrates rechazó el argumento religioso como explicación de la impotencia, y dejó a un lado por principio todo oscurantismo en el estudio de este síntoma. Razón por la cual hizo de la impotencia una «enfermedad», y obligó a que se le buscasen causas naturales. Esto significa que desde su punto de vista, *existe un saber susceptible de dar cuenta de la impotencia*, no un saber oscuro, el de los dioses, que en el mejor de los casos podría adivinarse y ser exorcizado mediante prácticas religiosas o rituales (oraciones, ofrendas, sacrificios). Por el contrario,

se trata de un saber perfectamente articulable en unos términos que tienen su lógica propia. La etiología que invoca Hipócrates sólo sostiene una patogenia discernible, una patogenia que sin duda no es tan rigurosa como pretende Bariéty, cuando Hipócrates pretende que la sección de las venas situadas detrás de la oreja "desprovee a quienes han sufrido esta operación de la capacidad de engendrar"; pero después de todo cabe suponer que la debilidad ocasionada por esa intervención, tal como produce sueño, agrave la impotencia. De todos modos esto es sólo un detalle confrontado con la preocupación de Hipócrates por encontrarle una «causa natural» a la impotencia de los escitas.

Lo que es *encausado*, constituido como causa de enfermedad, es la equitación. Es evidente que Hipócrates, al tiempo que la privilegia, no se empeña en mantenerla de un modo absoluto. Hay muchas otras: el uso de calzón, el frío, el cansancio, la imposibilidad de "llevarse la mano a las partes naturales", etc. Es evidente que lo que le seduce al médico contemporáneo que lee a Hipócrates no es el descubrimiento de esta u otra etiología, sino la instauración de un método, o mejor dicho, de un discurso sobre la enfermedad, sobre su etiología y su patogenia. Un discurso que permite *constituir como hechos* unos elementos que sin él seguirían siendo meramente contingentes, inesenciales. Así, aun cuando no podamos suscribir por entero la afirmación de Bariéty según la cual "la lógica del razonamiento es perfecta", no podemos dejar de estar de acuerdo en el interés que reviste el discurso hipocrático, en la medida en que permite, si no establecer, sí al menos sospechar, que hay una cierta cantidad de elementos que han de entrar en relación (de causa) con la enfermedad. No demos cuenta de que aquí no se trata tanto de la equitación como de cualquier otro motivo de compresión que pueda comprometer la circulación sanguínea y el influjo nervioso que interesa a las partes que se denominan tanto «vergonzosas» como «naturales» o «sagradas».

Cabría decir también que la etiología que invoca Hipó-

EL ORDEN MEDICO

crates es falsa, y que salvo en casos excepcionales de tumor no es la compresión del perineo lo que provoca impotencia, cosa de la que debiera haberse dado cuenta, porque al dedicarse los escitas a "trabajos de mujeres", lo cual con toda seguridad implicaba que abandonarían la equitación, su impotencia debiera haberse curado. Esta objeción aparentemente elemental no llamó la atención de Bariéty, dado que no se refiere a ella. En efecto, se trata de otra cosa, pues Hipócrates se empeña en instaurar el discurso médico, lo que quiere decir que *para establecer ese discurso hay que privilegiar ciertos hechos y excluir lo que contradiga ese discurso*.

Las conclusiones de Hipócrates pueden ser falsas, y sostenerse sólo con la condición de no tener en cuenta más que algunos elementos; no por ello su razonamiento es menos médico en el más estricto rigor de la disciplina. Del mismo modo, un médico puede, por ejemplo, atribuir un dolor epigástrico a una úlcera de estómago, cuando se trata de un cáncer; también puede suceder que el dolor se deba a que otro órgano, la vesícula biliar, o el páncreas, esté afectado. Pero cualquiera sea el error cometido, no está por ello menos *dentro del discurso médico*. En cambio se saldría evidentemente de él si le dijera a su enfermo que lo que le produce dolor en el vientre es la mala conducta de su mujer o las humillaciones que le hace sufrir el capataz. Asimismo, si intentara relacionar su sufrimiento con la mala suerte que le ha echado un vecino malévolo y algo brujo; si acusara a su enfermo de haber cometido faltas morales, de haber faltado a la piedad; si a modo de único remedio le recomendase hacer decir misas, es evidente que se saldría de su función de médico, que se saldría del discurso médico. En el primer caso, el de un error de diagnóstico, el médico, aunque se equivoque, se mantiene «en lo verdadero» del discurso médico (para retomar una expresión de Canguilhem). Pero al invocar lo psicosomático, la brujería o la religión, se saldría del discurso médico para entrar en otra lógica.

He elegido sólo ejemplos extremos, y en cierto modo absurdos, pero es indudable que acerca de la enfermedad se

LA MEDICINA ES UN DISCURSO

puede articular un discurso diferente del discurso médico. Menos que cualquier otro, el médico no puede ignorar que una persona puede abandonarse a la enfermedad y hasta morir a consecuencia de ello, a raíz de acontecimientos particularmente dolorosos que llegan hasta a quitarle toda razón de existir. La enfermedad, que probablemente se lo lleve consigo, tal vez tenga muy poca importancia en comparación con esos acontecimientos. Asimismo, la enfermedad que ocasiona la muerte de un anciano tiene sólo un interés meramente anecdótico, cuando en realidad se muere de viejo. Pero estas consideraciones carecen por sí mismas de interés para la medicina. Enunciarlas no sirve para nada, porque no desembocan en ninguna práctica. Un médico no se lanzará a hacer consideraciones sobre la miseria humana y la misericordia divina, y si lo hace, será fácil para cualquiera discernir su turbación; juzgará que el mal desborda con toda verosimilitud los recursos de su arte. Por interesantes que sean todos los discursos posibles sobre el mal y la enfermedad, no atraen la atención del médico si no están en el orden médico.

Agreguemos que no saldríamos de ningún modo del discurso médico si creyéramos necesario sustituir las posibles etiologías de una enfermedad por una explicación de orden psicológico. Hipócrates no deja de evocarlas a propósito de la impotencia de los escitas. Dice que "no pueden llevarse la mano a las partes naturales" y que "son distraídos del deseo de unión de los sexos". Se diría que el investimento libidinal reconocido al caballo apartaba a los escitas de los intereses eróticos heterosexuales. Al referirse a la impotencia de los que más pueden, dado que los señores son los más afectados, sustituiríamos la génesis debida a causas naturales por una psicogénesis. Lo cual nos llevaría a consideraciones acerca de la frecuencia comparativa de la impotencia sexual de los grandes ejecutivos de nuestros días y de los obreros especializados. La hagiografía de la virilidad triunfante bajo la forma del caballero antiguo es sin duda tan engañosa como la del «superman» del éxito social y de las tiras ilustra-

EL ORDEN MEDICO

das. Por cierto que invertir en actividades de pura ostentación una energía que se otorga a los placeres específicamente eróticos, es tomar la representación de la virilidad por la virilidad misma. Para bien o para mal estas consideraciones no pueden llevarnos muy lejos en el fortalecimiento del discurso médico, al añadirle a una organogénesis una psicogénesis. Lo cual sería la aplicación de un sistema conceptual a un objeto que no es el suyo.

El discurso médico pone en evidencia ciertos hechos, al permitir articularlos en la lógica que les es propia. No sólo los privilegia. Impone cierta mirada en el dominio por él constituido. Es una disciplina de evaluación de los hechos, e impone una disciplina a quien mantiene ese discurso. Al limitar el campo de visión, impone cierta perspectiva, hace ver, como lo ha mostrado con claridad Michel Foucault⁴. Porque lo que el médico observa es lo que puede inscribirse en cierto campo de saber, con exclusión de cualquier otra cosa; es lo que puede constituir una teoría, o al menos un diagnóstico, que tenga alguna coherencia. El resto no existe para él.

Sin duda la observación es un don, pero es un don que se adquiere. El diccionario de Littré indica para «*observer*»:

1°. Conformarse con lo prescrito por alguna ley, por alguna regla (sentido original, porque en latín *observare* significa: conservar alrededor). "Observaré, Señor, un parecer importante..."

2°. Considerar con aplicación las cosas físicas y morales. "Observar la naturaleza, observar los síntomas de una enfermedad, observar las costumbres de las diferentes naciones."

Porque el médico se conforma al orden del discurso médico se le da el saber observar. Su fe es la del discurso. No es casual que Hipócrates hubiese sido el observador excepcional que sabemos que fue, y el hombre que decretó las reglas metodológicas y deontológicas de la medicina. Cuando

4. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, op. cit.

LA MEDICINA ES UN DISCURSO

en la actualidad hablamos de la medicina (y de las demás ciencias) como de una «disciplina», es ante todo para señalar que quienes la invocan han aceptado adoptar como norma la observación de sus leyes. La conquista de la «observación» del enfermo, que es la disciplina fundamental impuesta al estudiante de medicina que se acerca al lecho del enfermo, la disciplina a través de la cual se le juzgará cuando pase sus «clínicas» es la instalación del discurso médico. Su «observación» (es decir, el texto en que consigne lo que ha observado) habrá de recoger todo lo enunciable en términos médicos, y también, por supuesto, ha de excluir todo cuanto no sea enunciable en ese discurso. Su aptitud para mantener ese discurso será juzgada tanto por lo que habrá excluido como por lo que habrá sabido retener. No ha de hablar siquiera de lo que no ha incluido.

Como estaba en los orígenes del discurso médico, Hipócrates no podía dejar de cumplir el acto de fuerza, la “violencia ejercida sobre las cosas”⁵ que constituye la instauración de un discurso. Sobre los escitas se hubieran podido enunciar muchos otros discursos, un discurso etnográfico por ejemplo, o un discurso sobre su religión, sobre sus mitos... Sólo se ha retenido el rechazo por Hipócrates de toda superstición. Pero en última instancia lo más interesante es *el rechazo del discurso del propio enfermo*. Discurso que hubiera podido concentrar nuestra atención. Porque los escitas impotentes, al convertirse en «hombres sagrados» y en objeto de adoración de los demás hombres, no dejaban de sacar ciertas ventajas de su nueva condición. No es tan evidente que al “condenarse a los trabajos de las mujeres” se sumieran en un estado de decadencia. El sistema de valores al que implícitamente se refiere Hipócrates al hablar de la impotencia de los escitas como de una enfermedad, tal vez fuera obvio para un griego de la época clásica (aun cuando la homosexualidad reinante en los medios intelectuales cuestiona la naturaleza de la virilidad así promovida). Por cierto que en-

5. M. Foucault, *L'Ordre du discours*, Gallimard, París, 1970.

EL ORDEN MEDICO

tre los escitas el problema de la condición femenina no era simple, como lo atestigua la presencia de una solución particularmente original, como lo es la constitución de grupos de Amazonas. Tal vez Hipócrates las conociera, porque a propósito de ellas escribió una estupidez digna de mención: "En Europa, hay un pueblo escita que vive junto al mar de Crimea y que es diferente de los demás pueblos: las mujeres andan a caballo y tiran al arco... No tienen seno derecho, porque siendo todavía pequeñas sus madres les aplican sobre él un hierro al rojo que las quema e impide que el seno crezca; lo cual desarrolla por completo la fuerza y la plenitud de su brazo y de su hombro derechos⁶."

Vemos que los caballos siempre le crean problemas a nuestro querido Hipócrates. Pero, por una vez, Galeno confirma el asunto del seno: "A las muchachas amazonas les quemaban el seno derecho para que los alimentos afluyeran con mayor abundancia a la mano y al brazo de ese lado y los fortalecieran más⁶."

La explicación de la fuerza de las Amazonas por la ablación del seno entra sin duda en el discurso médico, pero es totalmente inverosímil, y la iconografía de las Amazonas la ignoraba. ¿Tal vez Hipócrates fue víctima del juego de los significantes? Porque es probable que la etimología del término amazona sea *omo cena* (mujer fuerte) y no *a macena* (sin mama). De todos modos, cuando el discurso médico se pone a hablar de cosas que de lejos o de cerca conciernen al sexo ¡tiene una sorprendente tendencia a decir necedades!

Tampoco la mirada médica sobre la epilepsia aportó gran cosa. Tal vez se hubieran aprendido más cosas sobre esta enfermedad si se le hubiera concedido más atención a su carácter «sagrado», que le otorgaba un estatuto no desdeñable a quien la padeciera, y que tenía las suficientes consecuencias sociales como para ser llamada «mal de los comicios». ¡Cuántas crisis, tanto históricas como epilépticas, de-

6. P. Samuel, *Amazones, Guerrières et Gaillardes*, éditions Complexe, París, 1975, p. 49-50.

LA MEDICINA ES UN DISCURSO

bieron de producirse en estas condiciones! Sin hablar de la cantidad de crisis epilépticas «verdaderas» de las que (tan vagamente) sabemos que están relacionadas con las circunstancias de la vida emocional y afectiva.

Al eliminar cualquier otro discurso, incluido el del enfermo mismo, el discurso médico deja de lado una cantidad de elementos no exentos en sí mismos de interés. Es propio del carácter totalitario del discurso médico (y de todo discurso) el hecho de no querer ni poder saber nada respecto de lo que *no le pertenece, porque es inarticulable en su sistema conceptual y no puede desembocar en ninguna práctica que fuese médica*. Estos elementos, extraños al discurso médico, y singularmente insistentes sin embargo, puesto que los enfermos los transmiten constantemente a los médicos, son verdaderos «no hechos» desde el punto de vista de la medicina. Los sufrimientos varios, que desde el punto de vista médico no tienen justificación, las alteraciones funcionales, los cambios de humor, del sueño, de la vida sexual, sobre todo la angustia, y todo lo que constituye el fondo de una suerte de reivindicación permanente y habladora, es acogido por el médico con mayor o menor buena voluntad, pero él sigue enteramente desprovisto de recursos, tanto para darles una explicación científica aceptable como para tratarlos, dado que los diversos medicamentos a los que puede recurrir no tienen más especificidad que la antigua triaca.

“No hay hechos que no sean hechos del discurso?” Es lo que hemos de recordar cuando la ideología actual nos lleva a pensar que los hechos constituyen un núcleo sólido, duro, insensible a la moda de teorías siempre discutibles, cuando nos vemos arrastrados a creer, junto con la publicidad, que “Nada de discursos, hechos...”, cuando precisamente la publicidad es un discurso capaz de hacer vender cualquier cosa (medicamentos incluidos) con la sola condición de que esa cosa ocupe su sitio en un discurso.

De modo que en primera instancia los hechos son algo

7. Jacques Lacan, Seminario del 13-1-71.

EL ORDEN MEDICO

que puede ocupar un sitio constituyente en el discurso. En los textos de Hipócrates que hemos visto con el caballo, el calzón, el frío, el cansancio, las venas detrás de la oreja, en el discurso sobre la impotencia; es la glándula pituitaria en el discurso sobre la epilepsia. Los hechos son cualquier cosa que constituye «apariencias», «semblantes», en cuanto permitan a un discurso sostenerse. Lacan daba como ejemplo mismo de «semblante» lo que le permitió a la astronomía constituirse, a saber: la observación de las constelaciones, que son el ejemplo mismo de un agrupamiento enteramente artificial de estrellas que no tienen entre sí nada en común, salvo el encontrarse agrupadas en la misma zona de nuestro cielo. «*Semblante*», lo que no significa falsedad, puesto que es un «hecho» el que sean reconocibles en su equidistancia, y por consiguiente semejantes a la imagen que ya sugirieron en el curso de observaciones anteriores. De este semblante que es una semejanza hay que extraer conclusiones, si no referidas a los astros observados como pertenecientes a la constelación, sí al menos referidas a los demás astros (sol, planetas) que no obedecen a esa ley de permanencia de nuestra observación. También podemos sacar otras conclusiones sobre nuestro alejamiento respecto de ellas, sobre los movimientos de nuestro planeta, etc. Así es como una ciencia se constituye mediante el establecimiento de semblantes a partir de los cuales se vuelve posible razonar.

La medicina siempre tuvo y tiene que constituir las semblanzas con las cuales funciona. Los síndromes, las enfermedades, son ante todo semblanzas, en la medida en que son semejantes o casi semejantes en cierto número de enfermos. Al encontrar de manera permanente y casi idéntica los mismos síntomas, la misma evolución de un enfermo a otro, se pueden constituir entidades que cobran el valor científico de su permanencia. Esto no debe hacernos olvidar que en ese trabajo de clasificación que es la nosología se tiende a constituir la enfermedad como un ser, a hacer una ontología de las enfermedades, lo cual no es más sostenible que pretender constituir en seres a las constelaciones celestes. El semblante

LA MEDICINA ES UN DISCURSO

que es la enfermedad, correría entonces el riesgo de constituir, si nos dejásemos llevar por él, la máscara con la que sería identificado el enfermo. La medicina no debiera olvidar que su discurso le permite conocer admirablemente la máscara, pero nada más. Sobre todo, no debiera imaginarse que basta con retirar la máscara para que aparezca el hombre. Porque detrás de la máscara hay otra máscara, la que nos permite ver otro discurso.

SRM Cursos®

SRM Cursos®

*El amo-maestro del discurso.
El discurso del Maestro de Cos*.*

Todo amo necesita de un esclavo (uno al menos) que le reconozca su poder. Todo maestro necesita un alumno (uno al menos) que le reconozca su saber. Es en este sentido que se atribuye a Hipócrates el título de Maestro: Maestro de la Escuela de Cos, y de todos los médicos que invocan su enseñanza. Hipócrates ha sido reconocido como quien dispensó una enseñanza magistral, proporcionó método y saber a quienes debían aplicarlo lo más escrupulosamente posible. Es indudable que a Hipócrates no se lo hubiera leído de manera muy diferente de haberse admitido que su saber le venía de los dioses. No por ser atribuido a la autoridad de la ciencia el saber médico que hoy se enseña tiene menos audiencia, al contrario. Los estudiantes reciben un saber constituido, y no se pierde el tiempo haciéndoles ver de dónde ha sido extraído ese saber. Tanto el maestro como sus discípulos sacan ventaja de la situación: el Maestro no es impugnado por sus discípulos, que no conocen sus fuentes, y

* Desde su título, todo este capítulo gira en torno del doble sentido del término francés *«maître»*: «maestro» y «dueño», que no tiene en esa doble acepción término castellano exactamente equivalente. (N. del T.)

EL ORDEN MEDICO

el discípulo debe su saber sólo a su Maestro. El poder del médico ante sus enfermos no será menor. Cuanto más prestigiosa es la autoridad del Maestro, menos tiene que arriesgarse uno mismo en lo que se propone. Al médico, discípulo de los más grandes maestros, sólo le queda ganar la confianza de su enfermo. Sus títulos universitarios contribuirán en mucho a ello. Tendrá que hablar, a la cabecera del enfermo, como maestro y señor. Está investido de un poder casi religioso. Fue consagrado con el título de doctor. Es un alto funcionario de la medicina.

Sin embargo, la cualidad de maestro y amo del médico está menos consagrada por la siempre discutible verificación de su saber en el curso de sus exámenes de facultad, que por la prestación del Juramento (por el que atestigua su fidelidad al Orden médico) y por la demostración de su aptitud para sostener el discurso médico: redacción de observaciones en el curso de las pruebas llamadas «clínicas», y también redacción de una «tesis». Sin duda la tesis no aporta gran cosa al saber médico, y a veces ha sido comprada ya hecha en una oficina especializada; la exigencia de una tesis sigue manteniendo sin embargo el principio de que todo médico participe en la construcción del edificio del saber, el principio de que se declare como «autor» del discurso médico, al igual que sus pares. Todo médico es un maestro y un amo.

Para mantener su posición de dominio todo médico debe ser un personaje. Hipócrates dedica un capítulo entero a la descripción de cómo debe ser: "Ha de ser norma para el médico tener buen color y no ser flaco, porque el vulgo cree que quienes no gozan de un buen estado físico no están en condiciones de atender a los demás como corresponde. Además ha de ser muy pulcro en su persona. Indumentaria decorosa y perfume agradable, de olor nada sospechoso. Porque por lo general eso le gusta al enfermo. En cuanto a lo moral, el sabio además de ser discreto debe llevar una vida muy regular. Esto favorecerá mucho su reputación. Sus cos-

EL AMO-MAESTRO DEL DISCURSO

tumbres serán honorables e irreprochables, y él será para con todos grave y humano, porque ponerse en evidencia y prodigarse, aun en los casos en que sería útil, provoca desprecio. Ha de regirse por las libertades que le da el enfermo, porque cuando las mismas cosas se presentan excepcionalmente a las mismas personas son bienvenidas. En cuanto a su apariencia, su fisonomía será reflexiva pero no austera, porque entonces resultaría duro y arrogante. Por otra parte, el que se abandona a la risa y a una excesiva alegría es visto como extraño a las conveniencias; cosa que hay que evitar cuidadosamente. La justicia presidirá todas las relaciones, porque la justicia debe intervenir a menudo. Las relaciones del médico con los enfermos no son insignificantes. Los enfermos se someten al médico, y éste está continuamente en contacto con mujeres, con muchachas, con objetos preciosos. Respecto de todo eso el médico debe conservar las manos limpias. Así debe ser el médico en su alma y en su cuerpo¹."

Éstas cosas ya no se enseñan, y sin embargo podrían integrar el manual de la respetabilidad burguesa. Sin embargo el Dr. Knock no deja de recordar su importancia al tambor: "Llámeme Doctor... Contésteme: 'Sí, Doctor' o 'No, Doctor'... Y cuando tenga la oportunidad de hablar de mí fuera de aquí no deje de expresarse así: 'el Doctor dijo', 'El Doctor hizo'. Eso tiene una gran importancia para mí." Tampoco Toinette se equivocaba: "Vea, señor, aunque sólo fuese por su barba, ya es mucho y la barba hace más de la mitad de un médico." (Molière, *El enfermo imaginario*.)

El médico es un personaje heroico, caballero de la ciencia y del deber. Se expone a riesgos considerables porque cuida las enfermedades más graves, sin que sepa muy bien qué es lo que le otorga su aureola, si el riesgo de contagio o el hecho de que su enfermo haya estado a punto de morir: el cirujano tiene tanto más prestigio cuanto más peligrosas son las

1. Hipócrates, *Œuvres complètes*, IV, Editions Javal et Leblanc, p. 27.
2. Jules Romains, *Docteur Knock*, 1923.

EL ORDEN MEDICO

operaciones que practica; participa del riesgo mortal que su intervención le hace afrontar a su cliente.

La autoridad y la importancia del médico son atestigüadas por signos indiscutibles. Sus títulos le permiten hablar en voz alta, así como llevar el caduceo en su coche le asegura una casi impunidad ante la policía. Su sala de espera siempre llena prueba que es muy solicitado, que está sobrecargado. Mientras espera, el público discute, habla de «él», con lo que se crea un estado de sugestionabilidad favorable a su prestigio y autoridad. Si se trata de un gran médico, sólo tras una larga espera se consigue una entrevista con él. De cualquier manera, se hará desear. Hasta su vida privada tiene que contribuir a su prestigio.

“¿Qué clase de vida lleva? Una vida de forzado. En cuanto se levanta, es para correr a sus visitas. A las diez, pasa por el hotel. Lo veréis en cinco minutos. Y de nuevo visitas hasta el límite del distrito. Sé que tiene su automóvil, un hermoso coche nuevo, que conduce a toda velocidad, pero estoy segura de que más de una vez al mediodía sólo come un bocadillo³.”

Porque la vida privada del médico es una vida de infierno, y nadie lo puede ignorar... Muchas veces lo importunan de noche. Puede ser que lo llamen por teléfono en casa de los amigos con quienes va a cenar. Nunca está seguro de poder ir a un espectáculo. Lo importunan hasta en la peluquería. Su esposa, elegante burguesa, deplora esta vida difícil en la que ella tiene que participar, pero está de acuerdo en que su gran hombre se debe ante todo a los enfermos. Participa discretamente del saber y del prestigio de su marido. Se le suelen pedir consejos, al menos en lo que concierne a los niños. Sabe que contribuye al prestigio de aquel a quien ella a veces llama «el doctor».

No faltan en la historia de la medicina vidas de médicos ~~cien~~polares, hasta heroicas⁴. Los medios de comunicación

3. *Ibid.*

4. H. M. G. *or, Grands médecins... presque tous.*

EL AMO-MAESTRO DEL DISCURSO

de masas no dejan de hacer la hagiografía de los «hombres de blanco». Tienen razón; los médicos son valores más seguros que los príncipes y que las actrices; y se cuentan entre los pilares más sólidos del sistema social, porque son el ejemplo más indiscutible de lo bien fundado de los privilegios que se le conceden hoy a la competencia.

Cualesquiera que sean las ridiculeces que rodean este tipo de operaciones, los médicos tienen toda la razón en ocuparse de su imagen, rectificándola de acuerdo con los gustos de la época. El personaje que mantiene el discurso del Amo no puede ser un personaje cualquiera. La solidez de su inserción social, que ratifica su inscripción en la Orden de los médicos, es la garantía de la eficacia de su discurso, del que en parte es autor o al menos portavoz ante sus enfermos.

Lo imaginario no es una dimensión desdeñable, y si es algo irreverente hablar de él es porque por lo general se considera que esta imagen se desprende por sí misma, y no es buscada sistemáticamente. El Código de deontología, que se preocupa de la buena imagen de marca del médico, prevé la expulsión del médico que haya afrontado una sanción penal ⁵, aun cuando a priori no se ve muy bien por qué ha de convertirse alguien en mal médico porque haya emitido un cheque sin fondos. (Sin embargo, es cierto que en este nivel de la jerarquía social a veces uno se encuentra en descubierto, pero no se hacen cheques sin fondos.)

La respetabilidad de todo el cuerpo médico está en juego en la de cada médico en particular. Razón por la cual ha de dirigirse a sus colegas y a sus maestros cuando tropieza con una dificultad. Hipócrates, que es un maestro también en este aspecto, no ha dejado de atribuir una gran importancia a la constitución de un cuerpo médico, coherente y respetable: "No es ninguna desgracia que un médico, en alguna ocasión embarazado delante de un enfermo y no viendo con claridad a causa de su inexperiencia, reclame la presencia de otros médicos con quienes consultar el caso, y que se asocia-

5. Hipócrates, *Préceptes*, I, IV, Javal et Leblanc, p. 27.

rán con él para encontrar el remedio." El cuerpo médico es el garante del saber médico. Hay que apartar de él a los malos médicos, a los que "prueban por sí mismos que surgieron de la nada (*sic*) con la sola ambición del renombre, del dinero y del lujo. Estos evitan el comercio con los demás, frecuentan sólo a otros malos artesanos como ellos, y rechazan todo orden útil".

Hoy el Orden útil es la Orden de los médicos, porque a pesar de las críticas y las chanzas de que es objeto, representa al cuerpo médico en su preocupación por la respetabilidad, que es una de las preocupaciones principales de cada médico. Lo cual lleva al Colegio de los médicos a pronunciar exclusiones contra aquellos médicos que no se conforman a cierta imagen de marca. Es llevado también, y sin duda éste es el caso más frecuente, a cubrir con su autoridad a médicos atacados por sus enfermos a causa del prejuicio que les haya ocasionado un examen o un tratamiento inadecuado o ineficaz.

Los juristas no han dejado de conmoverse ante la constitución de una Orden de médicos, es decir, prácticamente de una jurisdicción específica y corporativa que escapa al orden judicial. En efecto, el juez judicial fue claramente puesto en guardia contra "el error que cometería si se erigiera en Sorbona médica" ⁶. Razón por la cual la posición del juez se vuelve muy delicada: "Recurrir al servicio de los expertos constituye una ayuda insuficiente a causa de los azares del análisis, las divergencias entre las escuelas y la solidaridad a veces excesiva que manifiestan los expertos para con sus colegas⁷." Recurrir al Consejo de Estado sería ineficaz porque "se considera que cuando el Colegio de los médicos se ha pronunciado sobre la existencia o ausencia de imprudencia condenable, el Consejo de Estado considera soberana la apreciación hecha por la Sección disciplinaria sobre la efica-

6. Louis Dubois, "Le juge administratif, le malade et le médecin" en *Mélanges offerts à Marcel Waline*, p. 400.

7. *Ibid.*, p. 400.

EL AMO-MAESTRO DEL DISCURSO

cia o inocuidad de la terapéutica puesta en práctica, e incluso sobre el carácter abusivo de las prescripciones. Tampoco hay decisión que otorge indemnización al enfermo que se pretende víctima de un error terapéutico⁸."

Al constatar un fallo del Consejo de Estado del 31 de enero de 1964, referido al perjuicio físico ocasionado por una intervención quirúrgica hecha sin el consentimiento explícito del enfermo, Louis Dubois dice: "No hay mejor manera de negar todo valor, incluso moral, al respeto de la integridad física y de la libertad personal." La Orden de los médicos es prácticamente la única referencia para el juez, y éste no se muestra "más audaz (que el Consejo de la Orden) sino al juzgar la corrección de los métodos de diagnóstico o cuidados, refiriéndose sobre todo al criterio incierto de los usos profesionales, y a comprometer la responsabilidad del médico cuyos cuidados no están de acuerdo con los datos adquiridos por la Ciencia"⁹.

De modo que el enfermo se encuentra prácticamente desarmado ante el médico, que sólo tiene que rendir cuenta a sus pares. El enfermo y los jueces tienen un estatuto que es el del incapaz, porque *en este terreno la ley es la competencia*. El médico escapa así a la ley común.

Hipócrates ya había evocado perfectamente el epílogo que cabe formular cuando una enfermedad tiene un desenlace funesto: ¿Quién es el responsable? "El médico que pone manos a la obra, sano de espíritu y de cuerpo, que razona sobre el caso presente, y entre los casos pasados, sobre los que se parecen a éste... o el enfermo que prefiere lo que le hace agradable la enfermedad a su curación, que sin duda no quiere morirse, pero es incapaz de firmeza y de paciencia?" Pregunta: "¿Cuál de las dos alternativas es más verosímil: admitir que el enfermo, así predispuesto, no cumplirá o cumplirá mal las prescripciones del médico, o admitir que el médico, en las condiciones que hemos descrito, hará pres-

8. *Ibid*, pp. 400-401.

9. *Ibid*, p. 398.

EL ORDEN MEDICO

cripciones equivocadas?" Concluye con mucha firmeza respecto de ese "desenlace funesto, de cuya responsabilidad quienes no saben razonar descargan a los verdaderos culpables para arrojarla sobre quien no pudo hacer otra cosa". Curiosa conclusión. Quien "no pudo hacer otra cosa" no es el muerto, ¡sino el desdichado médico injustamente atacado¹⁰."

En más de dos milenios las cosas no han cambiado demasiado. La medicina no puede ser juzgada porque es su propio legislador. No hay sitio desde donde juzgarla. Hay que fiarse de la sabiduría de los médicos, que se juzgan entre sí. Su discurso es un discurso de amos que no han de repartir nada con nadie.

La cohesión del cuerpo médico es el garante de esta responsabilidad. Por consiguiente, todos los médicos son iguales en términos de derecho. El título de doctor en medicina garantiza una igualdad en la formación y en el saber. Todo médico tiene, pues, derecho a practicar las intervenciones y tratamientos que considere útiles, en cualquier especialidad. Derecho algo atemperado por la institución de las especializaciones que limitan prácticamente el poder que tendría el médico de cubrir todo el campo de la medicina. Sin embargo, persiste la conformidad del principio de igualdad que proporciona el acceso al título de doctor.

Para afianzar el poder médico, allí está aún, ejemplar, la obra de Hipócrates. Porque no es el poder en tanto tal lo que se busca. En su época, los médicos ejercían por lo general actividades diversas, como Empédocles, que además de médico era estadista, legislador, urbanista, poeta... En cambio, con Hipócrates, el poder del médico no le debe nada sino a su saber, a su función. Tampoco recurre a los dioses. La divinidad no cumple función ninguna en la génesis de las enfermedades, de modo que no tiene sentido invocarla para conseguir la curación. El médico no recomendará plegarias ni sacrificios. El poder del sacerdote, al igual que el poder

10. Hipócrates. *Œuvres complètes*, III, Javal et Bourdeaux, p. 192.

EL AMO-MAESTRO DEL DISCURSO

político, pertenece a un orden que no es el del poder médico. Sólo para explicar casos desesperados se recordará que existen «enfermedades divinas». En este caso, hay que “abstenerse de tocar a quienes estén más afectados por el mal, pues está situado, como es sabido, por encima de los recursos del arte”.

El médico tiene que independizarse constantemente, además, de todos los poderes temporales. Del poder del dinero especialmente. De modo que brindará parte de sus cuidados a los pobres, para dejar sentado que su ambición no es hacer fortuna. El Dr. Knock no vacila en atravesar el distrito para atender a una vieja pobre. Además había preparado su llegada al país estableciendo un día de consultas gratuitas. Es cierto que la gratitud de la atención ha contribuido ampliamente a establecer la imagen de la abnegación médica. También dio lugar a la fundación de hospitales donde se constituyó el saber médico. Michel Foucault nos transmite la confesión cínica de la función de la caridad hospitalaria¹¹: “Al explicar en el año VII cómo funciona la clínica de partos de Copenhage, Demangeon, contra todas las objeciones de pudor o discreción, argumenta que en esa clínica solamente se recibe a ‘las mujeres no casadas, o que se presentan como tales. Se diría que nada está mejor pensado, porque es la clase de mujeres cuyos sentimientos de pudor se supone que son los menos delicados’¹². De modo que esta clase moralmente desarmada, y tan peligrosa desde el punto de vista social, podrá ofrecer grandes servicios a las familias honorables; la moral encuentra su recompensa en quienes la pisotean, porque como estas mujeres ‘no están en condiciones de ejercer la beneficiencia... al menos contribuyen a formar buenos médicos, y devuelven con usura a sus bienhechores los favores recibidos’. La mirada del médico tiene un criterio estrechamente ahorrador por lo que se refiere a los intercambios contables de un mundo liberal.”

11. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, op. cit.

12. J. B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seul hospice à Copenhage*, Paris, an VII, pp. 34-6.

EL ORDEN MEDICO

Por último, el poder médico siempre se ha desmarcado del poder político. La leyenda conservó: "Hipócrates rehuyendo los regalos de Artajerjes." Es cierto que el episodio no tuvo lugar, que no puede haber tenido lugar. Pero no por no tratarse de un hecho histórico es menos portador de verdad. No es porque Artajerjes fuera un tirano y un bárbaro —y por consiguiente un enemigo— por lo que Hipócrates se negó a ir a atender a sus tropas arrasadas por la peste. Su negativa fue la misma cuando el pueblo de Abdera lo llamó para que atendiera a Demócrito, que presentaba síntomas de locura: contestó que una nación no tenía que depender tan estrechamente de un hombre. En cambio aceptó por fin ver a Demócrito cuando el requerimiento le fue hecho por el interesado a título personal.

Pero no nos llamemos a engaño con la independencia de la que se jactan los médicos de todos los tiempos. Significa solamente que los médicos no quieren reconocer ningún otro poder que el poder médico. Se niegan a servir a un poder ajeno a su disciplina. Sin embargo están obligados a tener en cuenta otros imperativos, además de los imperativos médicos, especialmente exigencias que son de orden económico, social, administrativo, humano... Pero conservan influencia sobre estos elementos extraños al poder médico. El médico se quiere esclarecido, pero no por eso es menos un déspota.

El médico debe afirmar su poder sobre todo ante el enfermo y la enfermedad. Hipócrates afirma: "Al mismo tiempo que haré la demostración de mi arte, aniquilaré los argumentos de quienes pretenden envilecerlo¹³." En estos casos sólo la medicina, y sólo ella, permite la curación. Debe reinar absolutamente sobre lo que constituye su dominio. Cosa que tiene sus dificultades, pero Hipócrates responde: "El adversario objetará que muchos enfermos se han curado sin la intervención del médico. Estoy de acuerdo, pero me parece que es probable que aun sin médico hayan hecho uso de la

13. Hipócrates, *De l'art*, t. II, p. 190.

EL AMO-MAESTRO DEL DISCURSO

medicina¹⁴." De modo que no ha de atribuirse la curación a la defensa espontánea del organismo, sino a la suerte o a la intuición del enfermo y a su entorno. Esta es una toma de posición totalitaria, de la que ya hemos visto que es específicamente médica en su desconfianza frente a las reacciones espontáneas del organismo. Otra objeción se refiere a las enfermedades que culminan en la muerte. Pero ya hemos visto que Hipócrates no vacila en atribuir su responsabilidad al enfermo, no a la medicina.

Convencer al enfermo de la superioridad del saber médico no es una tarea sencilla. El médico afirma su prestigio con el pronóstico: "Creo que lo mejor para el médico es que sea hábil en su previsión, penetrante, y que exponga de antemano el presente, el pasado y el futuro de sus enfermedades. Al explicar lo que omiten, ganará su confianza y, convencidos de la superioridad de sus luces, no vacilarán en someterse a sus cuidados. Así el médico será justamente admirado, y ejercerá su arte con habilidad." La obra de Hipócrates no comprende menos de cuatro extensos capítulos dedicados al estudio del pronóstico: "Prognosis — Piorrética I — Preñociones coacas — Piorréticas II"; por lo menos el último capítulo es apócrifo, y está dedicado a los fracasos proféticos de los discípulos de Hipócrates. Es fácil imaginar que los consejos del maestro habían podido suscitar vocaciones de adivinos antes que de médicos. Sin embargo, al establecer el pronóstico hay algo más que la preocupación por dar prueba de un talento adivinatorio. El discurso médico se emparenta con el profético en el sentido en que alude a ello Michel Foucault. Anuncia el porvenir, y por lo mismo que lo constituye contribuye a crearlo. Mediante su intervención, el médico modifica el curso de la enfermedad, aun en ausencia de toda intervención medicamentosa o de otro tipo, pues modifica la relación del enfermo con su enfermedad. ¿No se espera de la visita del médico que procure un alivio a la angustia, una esperanza salvadora en la curación? En cambio a partir de

14. *Ibid.*

EL ORDEN MEDICO

Hipócrates y hasta nuestros días, el médico tiene por norma no pronunciar un pronóstico fatal, que sólo agravaría el estado del enfermo y suprimiría las pocas posibilidades de curación que siempre ha de suponerse que tiene. El Código deontológico obliga al médico a no decirle toda la verdad al enfermo: Art. 34. En la práctica, esto significa también que ha de hacer ciertos diagnósticos cuando la enfermedad se considera fatal. Diagnóstico y pronóstico son tan próximos que el público suele confundir sus nombres: "¡Los médicos reservan su diagnóstico!" Es cierto que cuando la Facultad «condena» a un enfermo, este juicio de realidad tiene más peso que el juicio de valor sobre el criminal «condenado» por los tribunales, que todavía puede apelar al recurso de gracia. Existe un parentesco entre el hechicero y el médico capaz de establecer un pronóstico: el porvenir está inscrito en las palabras que pronuncian. Los anatomoclínicos del siglo XIX se relacionan con los arúspices: supieron analizar las entrañas antes de abrir el vientre. El porvenir está inscrito en ellas como en un libro, y la medicina aprendió a leerlo.

¡Poder del discurso médico! El estudio del cariotipo del feto susceptible de sufrir una anomalía cromosómica permite determinar así el sexo de la criatura que va a nacer. Y los padres van a considerar la fecha de este anuncio como la fecha del nacimiento. Es la fecha en la que averiguan el sexo y eligen el nombre; también es la fecha en que deciden no recurrir al aborto que una anomalía cromosómica justificaría.

Discurso magistral, discurso del amo, el discurso médico lo es menos por las tomas de posición personales y colectivas dirigidas a asegurar el prestigio necesario ante el público y los enfermos, por su rechazo de todo orden que no sea específicamente médico, que por *el acto médico* propiamente dicho, el que se produce junto al lecho de los enfermos: *la clínica*.

La primera etapa de este proceso consiste en la afirma-

EL AMO-MAESTRO DEL DISCURSO

ción: usted padece una enfermedad. Su cuerpo está habitado por una enfermedad en la que usted no está personalmente comprometido. El enfermo es así invitado a desprenderse de toda interpretación subjetiva de lo que le sucede. Está invitado a mirarse como a otro, a desconfiar de lo que experimenta, porque todo lo que experimente ha de interpretarse en función de esa enfermedad que él no puede conocer y que sólo el discurso médico puede interpretar. El enfermo se ve definido como: hombre + enfermedad. Lo que sellará su entrada en el discurso médico es el *nombramiento* de la enfermedad, el *diagnóstico*. A través de ello, el médico muestra que lo que padece el enfermo tiene un lugar en el sistema de los significantes que constituye el discurso médico. Este nombramiento, incierto, no comporta solamente el aspecto negativo que comporta toda categorización. Además, y sobre todo para el enfermo, es un acto que contribuye a disipar su angustia. Todo eso que experimentaba, y que no se podía relacionar con lo que podía interpretarse a partir de su saber sobre sí mismo, toda esa oleada de sensaciones penosas, dolorosas, angustiantes, muchas veces cargadas de culpabilidad, es retomado en el discurso médico, que afirma que puede encontrarse un sentido en lo que hasta entonces era un puro no-sentido. Y el médico afirma que domina ese sentido nuevo, o que puede llegar a tenerlo bajo su dominio. Dominio al menos verbal, aun cuando no pueda reducir la enfermedad. Cuántos estados indefinidos pueden, entonces, ser transformados en afirmaciones tan perentorias como dudosas, al modo de: "Usted está deprimido, y la depresión es una enfermedad." "Usted es alérgico, y la alergia es una enfermedad." "Usted es alcohólico, y el alcoholismo es una enfermedad"¹⁵.

Como el médico no puede pretender conseguir del mismo enfermo todas las informaciones necesarias para el cumplimiento del acto de dominio que es el diagnóstico, no vaci-

15. J. Clavreul, "L'alcoolisme est une maladie", *Information psychiatrique*, 1971, vol. 47, n° 1.

lará en interrogar a la familia, e incluso a los sirvientes más humildes y a los esclavos, dice Hipócrates. Así se enterará a menudo de lo que se le había ocultado u omitido. Pero sobre todo tratará de hacer aparecer signos diferentes de los que conoce el profano: "Cuando los signos son muchos y la naturaleza no los proporciona de buen grado, la medicina ha encontrado los medios de coacción a través de los cuales la naturaleza violentada se abre sin perjuicio; así relajada, ella revela a quienes conocen el oficio lo que es preciso hacer." De modo que queda abierta la puerta a todos los análisis «clínicos», y también a los exámenes «paraclínicos» a través de los cuales el médico se entera de lo que sólo puede interpretarse a partir del discurso médico. Hipócrates inauguró la práctica de la punción del tórax (¿de carácter explorador o curativo?). Pero la naturaleza «violentada» por los análisis paraclínicos, ¿lo es siempre «sin perjuicio», como afirman Hipócrates y los mejores de entre quienes le siguieron?

Ningún otro ejemplo ilustraría mejor lo que dice Foucault del discurso: que es una "violencia ejercida sobre las cosas" ¹⁶. El discurso médico constituye en su orden lo que podía haber sido interpretado en un discurso religioso, moral, familiar, social, psicológico. Con mayor o menor delicadeza el médico rechaza lo que puede enunciarse como consideración sobre el mal, la culpabilidad, la vergüenza, el pudor. El sufrimiento mismo es un signo entre otros. A veces se busca atenuarlo por conmiseración hacia el enfermo, o porque es susceptible de agravar la enfermedad, pero se la «respeta» cuando su evolución es un signo que permitirá desarrollar o invalidar el diagnóstico. No se dan analgésicos en caso de un síndrome abdominal agudo.

Discurso totalitario, por consiguiente, y que excluye que el enfermo oponga sus razones a la razón médica. Sin duda el médico pide el consentimiento del enfermo para practicar sus análisis, pero se trata de una precaución más formal que

16. M. Foucault, *L'Ordre du discours*, op. cit.

EL AMO-MAESTRO DEL DISCURSO

real. El enfermo no sabe exactamente a qué se expone con los análisis y tratamientos que se le proponen, y el médico no puede explicarle todo, so pena de infligir angustias inútiles con la exposición de las incertidumbres y riesgos que el enfermo no está en condiciones de comprender, en la medida en que su estado morboso no le procura la serenidad deseable, cuando no lo ha vuelto totalmente inconsciente (si está en coma, por ejemplo). De todos modos el orden médico se impone, y aunque el médico no consiga que el enfermo se someta a lo que él ordena, la presión de la familia y los allegados es tal que casi siempre se logra su sumisión. De hecho no hay ninguna solución de recambio al discurso médico, salvo, a veces, la complacencia de otro médico, que a pesar de todo está menos preocupado por complacer al enfermo que por poder responder, llegado el caso, ante sus pares, es decir, ante la jurisdicción de la Orden de los médicos, de lo que ha hecho o dejado de hacer. No es necesariamente garantía de que actuará de la mejor manera.

Habría que hablar de la extensión del orden médico más allá de la relación médico-enfermo. Porque también allí han entrado en las costumbres las consideraciones del Dr. Knock "sobre los supuestos estados de salud". "Un hombre sano es un enfermo que no sabe que lo está", y ha de someterse a los análisis de la medicina preventiva, vacunación, etc., que le dirán lo que él no sabe ni experimenta, y le propondrán o le impondrán las medidas necesarias para evitar las enfermedades. Pues también la medicina sabe cada vez más que hay enfermedades contagiosas, epidémicas, que interesan a la sociedad en general más que al sujeto mismo, y como en este caso por lo general la que paga es la sociedad, tiene derecho a vigilar la salud de cada cual. Si por una parte el derecho a la salud se ha convertido en un derecho imprescriptible de todo hombre, por la otra se ha suprimido entonces su derecho a la enfermedad.

«El imperialismo médico» es un término que han empleado los juristas para designar el absolutismo de las decisiones del tribunal que constituye la competencia médica, repre-

EL ORDEN MEDICO

sentada por el Consejo de la Orden, excluyendo cualquier otra jurisdicción. Este término podría aplicarse a las extensiones de poder del médico en los dominios que en principio son extraños a él. Ha intervenido al lado del Inquisidor contra el brujo, al lado del magistrado contra los criminales. En los hospicios de la Revolución separó a los sifilíticos, a los locos, a los delincuentes, a las prostitutas, que hasta entonces se mezclaban en el mismo vertedero. Su acción fue casi siempre «liberal», pero su dominio es cada vez más grande y cada vez menos discutido.

Sería vano emitir un juicio de valor sobre el discurso del amo. Se desarrolla con la misma certeza de un fenómeno natural, y se extiende mucho más allá, tanto de la personalidad de cada uno de los médicos que contribuyen a instaurarlo, como de sus opositores. Hipócrates tuvo el mérito de establecer con fuerza los elementos que lo constituyen. Su lectura nos permite ver que no son los imperativos técnicos de la tecnología contemporánea los que le dan el aspecto que conocemos. Por el contrario, es el discurso en sí mismo el que tiene sus propias leyes. Al volverse cada vez más riguroso, su desarrollo se ha adjuntado a los elementos de saber y de técnica que le permiten prolongarse de manera cada vez más coercitiva.

La exclusión del deseo.

Se trata de una leyenda y justamente porque lo es se la puede rechazar. Sin embargo, es lo que nos ha llevado a tomarla en cuenta, dado que si se difundió ha de ser porque encubre alguna verdad, aun cuando no pueda probarse su carácter histórico.

Se dice que cuando el joven Hipócrates asumió sus funciones de médico en el templo de Asclepio de Cos, la primera en consultarle fue una muchacha de nombre Avlavia, cuya enfermedad se resistía a los cuidados de su padre, que era él mismo médico, y de todos aquellos a quienes había consultado. Ni los ungüentos, ni las cocciones, ni las plegarias y ofrendas hechas a los dioses, lograron atajar el mal. Después de examinarla, Hipócrates estimó que era un caso que superaba los recursos de su arte, y le aconsejó que fuera a consultar al oráculo de Delfos. La muchacha obedeció. El oráculo le anunció que debía volver a su país, que se curaría, y que el joven médico que la había examinado la amaría y se casaría con ella. Y efectivamente, Hipócrates y Avlavia se casaron, vivieron mucho tiempo y tuvieron muchos... hijos médicos.

A esta historia que señala en cierto modo el comienzo de

EL ORDEN MEDICO

la medicina, podemos oponerle otra, que señala de algún modo el comienzo del psicoanálisis.

Ernest Jones cuenta que Breuer se había apasionado por Anna O., esa muchacha tan inteligente y tan hermosa a quien tenía en tratamiento psicoterapéutico a causa de su neurosis. Hablaba de ella con tanto entusiasmo que la señora Breuer se alteró, obligó a su marido a interrumpir la cura, y el matrimonio Breuer resultó tan convulsionado por esta aventura que hicieron un viaje a Venecia... del que la señora Breuer volvió embarazada. En cuanto a Anna O., ¡tuvo un embarazo nervioso! También Sigmund y Martha Freud se vieron muy conmocionados por la aventura, y Martha le escribió a Sigmund que a ella no le gustaría nada que su marido tuviera una aventura como esa. Un tanto indignado, Freud le contestó que era demasiado orgullosa al pensar eso, al imaginarse que su marido estaba a la altura del profesor Breuer, porque sólo un médico célebre podía ser objeto de semejante pasión.

Al parecer, Hipócrates limitó a esta aventura con Avlavia las interferencias entre la vida profesional y la vida amorosa. En todo caso, convirtió en regla deontológica la negativa por parte del médico de aprovechar la situación privilegiada que le da su función junto al enfermo tanto como a su familia y sus esclavos. Esta regla no está decretada para el mayor bien de los interesados, puesto que después de todo nada prueba (la historia de Avlavia sería un ejemplo) que una aventura amorosa con el médico no sea favorable en algunos casos a la evolución de la enfermedad. Esta prohibición protege al mismo médico. Se trata de establecer los papeles a desempeñar. La pasión está del lado del enfermo: en efecto, su enfermedad al menos es una pasión, un sufrimiento. ¿Cómo podría "el enfermo, sufriente todo él, razonar mejor que el médico"? Por su parte, el médico está del lado de la Razón. Claude Bernard retoma por su cuenta lo que dice Bacon: "No hemos de tener nunca los ojos humedecidos por las pasiones humanas." Las lágrimas alteran la visión, y la mirada es el órgano de los sentidos que le permite al mé-

LA EXCLUSION DEL DESEO

dico garantizar el valor científico, objetivo de su trabajo. Por consiguiente, cualquier médico se resiste a atender a uno de los suyos, a una persona a quien quiere. Sabe que su amor le hace perder su sangre fría, su mirada fría, la distancia que ha de conservar respecto a sus enfermos.

Mientras que la clínica médica se termina allí donde empiezan la pasión y el deseo, la aventura psicoanalítica, y también su clínica, comienzan con la transferencia, esa "puesta en acto del inconsciente" (Lacan) y su obligado correlario, la contratransferencia del analista. De modo que la historia de la primera curación de Hipócrates no entra en las observaciones médicas. Y si es cierto que toda una parte de la observación de Anna O. sólo forma parte del anecdotario del psicoanálisis, ello se debe a que Breuer se negó a analizar su contratransferencia con Anna O. y prefirió escapar. Varios años más tarde, consultó a Freud, y cuando éste planteó el diagnóstico de embarazo nervioso, tomó su sombrero y su bastón y partió precipitadamente. Breuer no se convirtió en psicoanalista. Porque el psicoanálisis comporta necesariamente la toma en consideración y el análisis de un hecho, la pasión que no puede dejar de surgir en el paciente hacia su analista, pasión a la que éste no puede permanecer indiferente, aun cuando no la comparta —cosa que la medicina, por su parte, rechaza de antemano, aun cuando no hay nadie que no sepa que esa pasión se da. La medicina quiere conocer las pasiones sólo para desbaratar sus efectos.

Leyendo a Platón, cabe imaginar otro tipo de relación médico-enfermo. En el *Cármides*, Sócrates se hace médico para atender a Cármides que padece de dolores de cabeza por la mañana, al levantarse. Pero lo que le interesa a Sócrates no son los dolores de cabeza, sino la extraordinaria belleza de Cármides, y tal vez más aún la sabiduría del joven, alabada por su tío Critias, que aquí cumple en cierto modo no la función de mediador, si no de alcahuete. Al ver llegar a Cármides, Sócrates queda perturbado: "Ardía, ya no era dueño de mí mismo. Entonces comprendí la superioridad en materia amorosa de Critias, quien hablando de un mucha-

EL ORDEN MEDICO

cho hermoso le hizo a otro, y no a mí, la advertencia de que tuviera cuidado, que cuando un cervatillo se acerca a un león, éste puede arrancarle un pedazo. En efecto, yo tenía la impresión de haber caído en las garras de un monstruo así.¹ De modo que la partida no está resuelta de antemano. No se sabe quién la ganará, si el joven ciervo o el viejo león.

Sócrates prescribirá una hierba y un hechizo, pero dice esto "sin duda con algo de pena", porque ahora habrá que llevar a Cármenes al reconocimiento de que no se puede atender una parte del cuerpo sin atender al cuerpo en su totalidad, y que no puede cuidarse el cuerpo sin ocuparse del alma: sin esta precaución el hechizo no tendría efecto. Para que Sócrates se decida a revelar cuál es el hechizo, Cármenes tiene que convencerlo antes de su sabiduría, la que le fuera alabada por Critias. Ante la alabanza, Cármenes se ruboriza (lo que pone más en evidencia su belleza) y contesta que no puede ni decir que carece de sabiduría —porque sería contradecir a Critias— ni decir que la posee —porque sería una falta de modestia. Se entabla entonces un juego de seducción recíproca donde se hacen presentes el deseo de Cármenes de acceder a la sabiduría y la habilidad de Sócrates para discutir sobre ella. Ya no se trata entonces de dolores de cabeza, sino de amor a la sabiduría, de filosofía.

La situación no tiene la simplicidad de la relación habitual médico-enfermo que conocemos. La pasión está también del lado de Sócrates, y la sabiduría del lado de Cármenes. Diremos que tanto el uno como el otro están *divididos*, impulsados cada uno de ellos por un deseo doble, constituido por el amor a la sabiduría y el amor al otro. Cármenes sólo puede contestar una cosa, y es que está dividido respecto de ese objeto, el saber, del que puede decir solamente que lo ama. Además expresa muy bien que está dividido a causa de su relación con el discurso, dado que debe ser considerado sabio porque otro lo ha enunciado como tal, pero no

1. Platón, "Cármenes", *Diálogos*. Univ. Nacional de México, vol. II.

LA EXCLUSION DEL DESEO

puede decirlo si es él mismo el emisor de esa afirmación. Está dividido en razón de un hecho de lenguaje, que lo divide en tanto que es a la vez sujeto del enunciado y sujeto de la enunciación a partir del momento en que ha de hablar de su propia sabiduría. Sólo puede decir que no sabe nada de ella, que no puede tener saber sobre su propia sabiduría.

Estas consideraciones pueden ser juzgadas como simples sutilezas de filósofos. Pero, después de todo, Hipócrates también podía haberse preguntado si los caballeros escitas no estaban también ellos divididos, ambivalentes como se dice, ante su impotencia sexual. Es ostensible que Hipócrates no quería saber nada de eso. Un hombre ha de seguir siendo un hombre, y comportarse como tal. No entramos aquí en las argucias de los filósofos atenienses cuya homosexualidad tiende a demostrar que el hecho de ser un hombre no es incompatible con el deseo hacia otros hombres. Y, de la misma forma, que el hecho de ser un sabio no excluye el deseo de sabiduría. En medicina no se trata de considerar dividido al Sujeto: el hecho de tener pene ha de bastar para designar a un hombre como tal, y por consiguiente para establecer el objeto de su deseo. Cualquier falla ante este imperativo sólo puede remitir a un acontecimiento fortuito al que se designa como enfermedad. Lo normativo en cuanto al deseo sólo puede venir del cuerpo mismo, no del discurso. Por ello el médico está obligado a buscar toda causalidad en hechos materiales. Sabemos que la ambición de la medicina es prolongar esta causalidad exclusiva hacia todo lo que se presenta como anormal, incluso en el terreno de la psiquiatría, donde siempre espera encontrar algún aminoácido o algún gene que funciona mal.

Sócrates no toma el dolor de cabeza que sufre Cármides como un hecho, esto es, no se sitúa desde el comienzo en el vocabulario específicamente médico, que lo designaría «cefalea» o «jaqueca», para señalar que el mal ya no le pertenece a Cármides sino al médico. Al apoderarse del mal, el discurso médico necesita encontrar otros elementos de lenguaje con los cuales articular el síntoma, por ejemplo: trastornos

digestivos, frío, manifestaciones oculares, erupciones cutáneas, etc., y si estamos en la época actual, alteraciones de la tensión arterial, signos de hipertensión intercraneana, signos paraclínicos diversos, sanguíneos, radiológicos, electroencefalográficos, etc. La cefalea es atrapada de entrada en un sistema epistémico que puede dar cuenta de ella. El acto de dominio en que consiste el acto médico del diagnóstico consiste en afirmar que el lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad... al menos cuando la medicina haya progresado lo suficiente. Dará cuenta de la enfermedad descubriendo sus «causas naturales», las únicas que forman parte del discurso médico, así como habrá constituido otros síntomas en hechos, y los habrá reagrupado en síndromes. La situación instaurada así coloca el saber del lado del médico y el deseo (al menos de curar) del lado del enfermo.

En cambio Sócrates plantea el problema del saber. La sabiduría está tanto de su lado como del lado de Cármides, y Cármides se ve incitado a mostrar su «sabiduría», o al menos a discurrir sobre ella. En cuanto al deseo, está tanto del lado de Sócrates como del lado del «enfermo». Y ese deseo, que es deseo de curarse, es además deseo de enseñar sabiduría y de aprenderla. Plantea el problema de qué es la sabiduría, especialmente de qué es la sabiduría del cuerpo. Sócrates considera que corresponde apelar a la sabiduría de Cármides porque ésta es inseparable de la sabiduría del cuerpo.)

Esta no es una cuestión médica propiamente dicha; más bien es una cuestión previa a toda medicina. Implica el presupuesto socrático de un saber que preexiste al hombre, siendo la función de los filósofos ayudar al hombre a reencontrar las ideas que lo constituyen. Sócrates no puede dejar de comprometer a Cármides en una mayéutica donde podrá encontrar la sabiduría perdida de su cuerpo, gracias a su deseo de sabiduría que se confunde con su deseo a secas. ¿Cabe considerar que aquí se propone una especie de alternativa al discurso médico que conocemos, una especie de medicina psicossomática? En todo caso, un discurso psicoanalítico no podría desarrollarse sobre esta base. Lacan propuso el tér-

LA EXCLUSIÓN DEL DESEO

mino de «epistemosomática»² en lugar de «psicosomática», señalando así que quien quiera referirse a algo más preciso que a consideraciones sobre la «psique» y a las ideas de las que de todos modos sólo se conoce lo que de ellas se dice, necesita comprometerse en un análisis epistemológico del discurso sobre el cuerpo.

Encontramos en Freud elementos teóricos³ que justifican los fundamentos del discurso médico. Freud nos dice que el organismo busca el estado de menor tensión, y se esfuerza por alcanzarlos por los caminos más cortos. Es el principio del «nirvana», primera formulación que dio a lo que habría de ser designado más explícitamente como pulsión de muerte. El deseo sexual es un estado de tensión que busca resolverse en el acto sexual, que con el orgasmo procura la resolución de la tensión, la detumescencia. Asimismo, el organismo entero en tanto está vivo se encuentra en un estado de tensión que sólo ha de resolverse en la muerte. De modo que toda la vida es un prolongado rodeo que demora la tendencia de la materia animada a volver a lo inorgánico, a lo mineral. Más allá del principio del placer está el principio de realidad, que consiste en diferir ese retorno al estado de resolución de la tensión. El principio de realidad mantiene el estado de tensión con la esperanza de que esa demora aportará una felicidad más grande, un mayor placer, con la posibilidad de que esa mayor felicidad sea postulada en la vida eterna. De modo que el sujeto renuncia por un «plus de goce» al placer inmediato. La función de la educación consiste en establecer la prohibición del placer inmediato para permitirle al sujeto educado el acceso a ese acrecentamiento de goce prometido a quien no se satisface con la resolución inmediata de la tensión. El instinto animal, que es un saber, también le hace cumplir al animal un largo ro-

2. "Table ronde du Collège de médecine, février 1966", *Lettres de l'EPF*, n° 1.
3. S. Freud, "Más allá del principio del placer", *Obras completas*, vol. II, *Una teoría sexual y otros ensayos*. Biblioteca Nueva, Madrid.

EL ORDEN MEDICO

deo para que quede asegurada la supervivencia de la especie. No es paradójico, que tras un largo trayecto, el salmón muera como individuo en el momento en que asegura la fecundación, es decir, la supervivencia de la especie. Deseo sexual y pulsión de muerte están indisolublemente unidos. La muerte es la suerte del animal sexuado. El principio de realidad está al servicio del principio del placer, es su prolongación.

Es pues con razón, aunque no siempre a conciencia, que la medicina desconfía del deseo y de la búsqueda de placer. Esta búsqueda es un camino que conduce a la muerte, aunque no sea directamente. La finalidad de la medicina es prolongar todo lo posible ese camino. Se propone sobre todo impedir que el organismo encuentre en la muerte el circuito más corto que le permita la resolución de la tensión cuando ésta es particularmente viva, como en las enfermedades agudas y los traumatismos graves.

Más allá de las enfermedades agudas el médico desconfía del enfermo, "que prefiere lo que le hace agradable la enfermedad a lo que es conveniente para su curación". Incluso entre los sujetos sanos la medicina introduce su orden, que tantas veces se superpone al orden natural, y del que se distingue radicalmente en el hecho de que no dicta sus prescripciones en función de lo que es más agradable, sino en función de lo que ha podido ser científicamente analizado. Así es como la comida se juzga en función de su contenido en calorías, vitaminas, sales minerales, y no en función de su sabor. En última instancia, es preferible que una comida no sea demasiado sabrosa, porque tanto el enfermo como el sano abusarían de ella. Esto es también válido para los medicamentos y tratamientos de todas clases, que a menudo parecen tanto más eficaces cuanto más dolorosos y desagradables sean. La dietética de los bebés y de los niños suele imponer todavía hoy aditivos seguramente muy bien compuestos, pero que la vuelven poco apetitosa. La madre participa del orden médico cuando tiene que imponerle algo al bebé, con el riesgo de quitarle el gusto de la vida. ¿Acaso no se

LA EXCLUSION DEL DESEO

impone ella misma un régimen desagradable para engordar o para adelgazar, que por otra parte viene a compensar lo que le impone el régimen de la vida social, que no es menos coercitivo ni más natural? En cuanto a la vida sexual, está encauzada en la observación de normas decretadas a veces con precisión. El coito practicado regularmente forma parte de la higiene sexual, con el riesgo de transformar la vida amorosa en una prestación de servicio, en un deber conyugal. Pero ¿qué no se haría para evitar los desenfrenos? La «liberación sexual» preconizada por Reich, o por otros más oscuros, sigue perteneciendo al orden de la prescripción médica. En ella, las relaciones sexuales forman parte de la prevención de las neurosis. El orgasmo forma parte de la prescripción. ¿Es de extrañar que en esas condiciones se acceda al orgasmo tan excepcionalmente?

Al sustituir el orden del deseo por el suyo, la medicina se vuelve moralizante. El médico no juzga la enfermedad del mismo modo cuando su paciente ha contravenido explícitamente el orden médico. Como el orden del deseo es diferente del orden médico, y por consiguiente muchas veces viene a contradecirlo, todo lo que atestigüe una vida «disoluta» del enfermo será generalmente mal recibido por el médico. Este suele mostrarse severo cuando debe ocuparse de enfermedades venéreas o de abortos. Las consultas de dermatología son particularmente penosas, sobre todo para las mujeres impúdicas que han pillado enfermedades sucias. El modo como se practican los raspados suele ser lo bastante doloroso como para sospechar una intención moralizante, con el fin de desalentar a la «criminal» de volver a empezar. Por supuesto que la actitud no será la misma si se supone que la interesada no encontró ningún placer en las relaciones sexuales que tuvo (violación, por ejemplo).

Tampoco la ingestión de un tóxico se juzga del mismo modo si es resultado de una prescripción médica que si se trata de una toxicomanía «salvaje». Lo mismo sucede con el alcoholismo, aunque los médicos son más tolerantes con el alcoholismo mundano o con el de los hombres de negocios,

EL ORDEN MEDICO

más cercanos a ellos, para quienes se puede encontrar la excusa de las obligaciones profesionales. Pero cuando la toxicomanía no tiene justificaciones, lo que se ve en ella es solamente la búsqueda de placer, y tanto el médico como los enfermeros explican que ya bastante trabajo tienen con las enfermedades «verdaderas» como para que vaya uno a sobrecargarlos enfermándose a propósito. Tampoco los suicidas se salvan de que los traten con dureza: además, si han fracasado ¿no quiere decir que no era en serio? Las consideraciones sobre la histeria son una gran ayuda para evitar un exceso de compasión.

La medicina no puede aceptar la derogación de su orden salvo que quepa invocar otro orden. Por ejemplo, garantiza con su presencia las pruebas deportivas, porque el deporte constituye un ideal convencionalmente admitido. Se conforma con condenar el uso de drogas, pero no critica el espíritu de competencia que es su causa. Asimismo, proporciona alternativamente sedantes y estimulantes a los ejecutivos y a los obreros agotados. La farmacopea se pone al servicio del orden social en cuanto la coartada invocada baste para que el médico no vea dónde encuentra el sujeto su placer. Se admite el riesgo vital por la patria o la revolución, o por cualquier otra causa considerada noble, pero se condena la imprudencia cometida por la sola búsqueda del placer.

Intercambio de buenos procedimientos: el moralista agita el riesgo de las enfermedades para incitar a sus administrados a una vida honesta. Y el médico, por miedo de ver oponerse al orden médico el orden del deseo, aconseja también una vida ejemplar. El enfermo y el futuro enfermo tienen que estar preparados para doblegarse ante el orden médico, es decir, para participar de ese orden. Y si se deja abierta la brecha del deseo ¿no se alterará el juicio mismo? "En tanto que función del conocimiento, un juicio tiene que ser siempre objetivo, es decir, tiene que ser emitido sin considerar lo que puede desear el sujeto que lo emite⁴." Los ju-

4. H. Kelsen, *Teoría pura del derecho*, ed. franc., p. 29.

LA EXCLUSION DEL DESEO

ristas no dicen nada diferente de los médicos. Las histéricas son casi las únicas en contradecirlos. Atestan las salas de espera de los médicos, pero nunca consiguieron otra cosa que hacer que las regañaran con aspereza.

SRM Cursos®

SRM Cursos®

*El objeto de la medicina
define el deseo del médico.*

El deseo del médico se dibuja sobre el fondo de exclusión del deseo que instaura el discurso médico. Los psicoanalistas se han visto especialmente llevados a hablar del discurso médico en tanto instancia represora del deseo, y se han dedicado, por una parte, a mostrar cómo a pesar de todo en la práctica médica (y en detrimento de ella) aparecen otros deseos, y por otra, a mostrar cómo deseos de origen infantil encuentran una sublimación en el ejercicio de la medicina. Sin embargo, no me parece posible hacer de ello el centro de nuestra exposición, y por la razón que da Canguilhem citando a Platón: "En mi opinión, decir que el médico se ha equivocado es sólo una manera de hablar, es como decir que se han equivocado el calculador o el gramático; en realidad yo creo que ninguno de ellos se equivoca, nunca se equivoca mientras merece el nombre que le damos; y hablando con rigor, ya que te preocupa el rigor en tu lenguaje, ningún artista se equivoca; porque sólo se equivoca en la medida en que su arte lo abandona, y en ese sentido ya no es artista¹." Así es como nosotros nos interesamos en definiti-

1. Platón, *La República*, 340 d.

EL ORDEN MEDICO

va por el deseo del médico, en tanto constituido por el discurso médico y toda otra consideración sobre el deseo ha de juzgarse en función de lo que aquél ordena.

Desde el juramento de Hipócrates y sin duda en todas las prácticas de la medicina, la deontología prescribe la exclusión del deseo. Cuesta bien poco decir que no es tan simple, y que entre médico y enfermo abunda el deseo, aun cuando en las publicaciones científicas se evita poner nada de esto al descubierto. En ese sentido el médico desempeña una función no desdeñable en la vida de los enfermos, que a veces están enfermos sólo de falta de amor, y también indirectamente en la vida de los miembros de la familia, que padecen las consecuencias del investimiento libidinal y del prestigio al que es promovido el hombre de ciencia que se ocupa del cuerpo y formula prescripciones e interdictos. También el médico aprovecha las ventajas de una práctica en la que su desvelo por los enfermos le sirve a veces como coartada para breves encuentros de los que no está excluido el «paso al acto» (sexual). Los comentarios psicologizantes sobre estas situaciones están demasiado difundidos como para que valga la pena detenernos en ellos, aunque creo necesario denunciar una suerte de complacencia en reírse abiertamente, en las conversaciones privadas, de hecho pese a todo marginales, y en convertir en temas de estudio para grupos especializados, los encantos y los dramas de la «transferencia» cuando no son más que un refrito moderno de las historias de «éxitos galantes».

El hecho de que haya una erotización de las relaciones entre médicos y enfermos no nos autoriza tampoco a tratar de sistematizarlas como si fueran una relación del tipo hombre-mujer que se superpone a la de «médico-enfermo». Los datos estadísticos y antropológicos sobre los que pretende apoyarse J. P. Valabrega² no tienen nada de decisivo en este punto, y debieran estudiarse teniendo en cuenta la predominancia masculina en la elaboración de todo discurso

2. J. P. Valabrega, *La relation thérapeutique*, Flammarion, Paris, 1962.

EL DESEO DEL MEDICO

del amo. Porque no es sólo en la medicina donde las posiciones de dominio están ocupadas preferentemente por hombres. Tampoco me parece viable asociar la vocación médica a una posición «viril» o «castradora». En este sentido se puede llegar muy lejos, como lo hace el autor, y considerar que ser médico es prolongar los «juegos del doctor» a que juegan muchas veces los niños. Pero ¿por qué no hacer un análisis inverso? ¿Por qué no considerar más bien que son los niños quienes traen de integrar en sus juegos una de las situaciones más significativas que ven practicar a los adultos? El intento de dominio en el que el niño se ejercita, reproduciendo en su juego la relación médica, es tan importante como el pretexto que así encuentra para satisfacer su curiosidad por el sexo del otro. Sin duda, también cabe decir que la elección de una especialidad por parte del médico se hace en relación con preocupaciones, conflictos, tendencias, fantasmas inconscientes que marcaron su infancia. El deseo de cada médico está amasado con los significantes que constituyeron su historia personal, y hasta podríamos añadir, sin arriesgarnos demasiado, que no cualquier estructura de la personalidad le permite a alguien llegar a ser médico.

¿Pero, adónde pueden llevarnos estas consideraciones si no es a arrojar una sospecha sobre el deseo del médico, a presentarlo, en cierto modo, como impuro en relación con un ideal? ¿No habría que ver acaso en las pretensiones de analizar el deseo del médico en componentes que lo remiten a su propia historia, un intento de trasponer —en pequeña escala— las exigencias del psicoanálisis didáctico tal como lo comprenden ciertos autores, es decir, cuando esperan de él que los ponga al abrigo de los chascos de su propia contratransferencia? Este punto de vista, que no me parece en absoluto sostenible para la teoría del análisis didáctico³, lo es todavía menos para la formación médica. Si alguien hace un psicoanálisis, lo hace para su beneficio personal, y sólo

3. *Faire la théorie de la didactique, Scilicet, 3-4. D'un discours à l'autre, l'institution dite du contrôle, Scilicet 6.*

EL ORDEN MEDICO

secundariamente, si se estima que en él ha adquirido una experiencia suficiente del Inconsciente, uno puede autorizarse a convertirse en analista. Esto no es aplicable de ninguna forma a la medicina. La disciplina que constituye la formación médica es especialmente eficaz para que se realice la represión de todo deseo personal, porque en pago de ese sacrificio promete las satisfacciones específicas del ejercicio de la medicina. Cada médico acepta el principio de no hacer de su vida profesional el campo cerrado de sus satisfacciones personales, que se desarrollan mejor en su vida privada. La licencia de costumbres de la sala de guardia se corresponde con la austeridad exigida en las salas del hospital.

Por otra parte, el médico no se interesa en el cuerpo del enfermo, como lo dan a entender interpretaciones a veces malévolas, siempre contingentes, sobre la base de que la relación médico-enfermo es, con el matrimonio, la única en que la institución autoriza, y por consiguiente obliga, a tocar el cuerpo del otro. Toda la historia de la medicina (sobre todo en las medicinas no occidentales) está marcada por el escaso interés de los médicos hacia los estudios anatómicos y fisiológicos. Estos siempre han preferido las discusiones abstractas sobre la esencia de las enfermedades y se han apartado del análisis clínico. Actualmente, de nuevo, un médico puede hacer casi enteramente su diagnóstico partiendo de los elementos recogidos en el historial, más rico en análisis «paraclínicos» que en observaciones recogidas en el análisis clínico, que pone el cuerpo del médico en relación directa con el del enfermo. La «presentación de enfermos», gran rito de la exposición magistral, es cada vez más la presentación de un dossier en el cual el enfermo es una comparsa.

Sólo el siglo XIX y los comienzos del siglo XX vieron a los médicos interesarse directamente por el cuerpo del enfermo, y esto debido a un hecho: el descubrimiento de la importancia de la anatomía patológica. Cabría decir que el médico se interesa por el cuerpo en tanto está muerto —o condenado a morir. Se ha hecho mucho hincapié en que los estudios de

EL DESEO DEL MEDICO

medicina comienzan poniendo al estudiante frente a cadáveres, lo cual no tendría como única función enseñarle anatomía, sino también confrontarlo con la única realidad que constituye el objeto de la medicina. Esta interpretación no me parece fundada. Si bien el análisis del cadáver le enseña algo al médico, el médico ignora la muerte en su especificidad, y sólo se ocupa de sus causas, esto es, de las enfermedades. En todo caso, de los estudios de anatomía patológica no cabe sacar la conclusión de que sea algo del orden de la pulsión de muerte lo que habitaría al médico en su actividad profesional, como lo hace Lemoine⁴.

Por lo demás, no deja de ser cierto que «*carabin*» es un término francés que se aplica tanto a una variedad de insecto necróforo como a los estudiantes de medicina. Pero esto es sólo un chiste fácil. *No es el cuerpo muerto como tal lo que interesa al médico, sino lo que en él se puede leer.* Al proponerle otra lectura de la enfermedad, los progresos de la fisiopatología vinieron a ocupar el sitio de los estudios de anatomía y de anatomía patológica. La muerte del enfermo ha dejado de interesar al médico desde que se han vuelto más importantes los análisis en vivo. Ya no hay en los servicios esos enfermos a quienes se conservaba un poco por caridad, pero de quienes se esperaba que murieran para saber lo que tenían. Esta desagradable práctica cesó a partir del momento en que los exámenes paraclínicos permitieron «hacer violencia a la naturaleza» sobre el cuerpo vivo. El cuerpo es sólo el sitio donde se inscribe la enfermedad. Lo que se llama «un caso bonito» nunca ha aludido a consideraciones estéticas sobre el cuerpo del enfermo, ni vivo ni muerto. Sólo la enfermedad o las enfermedades de las que es portador lo entregan a la admiración de los médicos.

El *resto*, es decir, el cuerpo del enfermo, no es objeto de su deseo, porque es sólo lo que queda cuando la enfermedad se ha retirado. Razón por la cual la medicina ignora con la

4. Lemoine, *Lettres de l'École freudienne de Paris*, n° 9, Congrès d'Aix en Provence, 1971.

EL ORDEN MEDICO

misma ignorancia lo que hace a la vida y a la muerte, lo que constituye el deseo, y el goce.

En la constitución del deseo del médico hay que asignar un sitio importante al problema de la *identificación*. Misse-nard y Gelly⁵ dicen que el estudiante de medicina y el mé-dico joven «se identifican» con sus enfermos. Esto se refiere a sentimientos de simpatía, empatía, conmiseración, com-pasión, en los que se reconoce mucho menos la noción de identificación en el sentido en que de ella hablan los psicoa-nalistas, que la ideología cristiana y burguesa que da cuenta así de las obras de caridad, a través de las cuales adquiere buena conciencia y aparta la mirada de la injusticia que se perpetúa en otra parte. Es cierto que los médicos jóvenes y los estudiantes no dejan de sentirse turbados en su imagen del cuerpo, hasta el punto de experimentar a veces manifes-taciones hipocondríacas y nosofóbicas que llegan a ser gra-ves. Pero la causa de esas manifestaciones ;no es la frecuen-tación de los enfermos sino la del discurso médico! Altera-ciones de ese tipo aparecen también en los *Three men in a boat* de J. K. Jerome, cuya única lectura es un libro de medi-cina, o bien en personas que leen asiduamente, o en los ac-tuales estudiantes de medicina que en la actualidad no ven un enfermo en tres años.

La noción de identificación del médico con su enfermo es un concepto cómodo ante todo para explicar el «deseo de curar». Se le atribuye al enfermo como si fuera un deseo «natural», y así se explica que por identificación el médico se apropie, interiorice el deseo de curar de su paciente. Ex-plicación simplista, de la que ya hemos visto que está al ser-vicio de la ideología médica, pero que no es en absoluto sos-tenible.

En materia de identificación sólo hemos de retener la del enfermo con su médico, porque es una identificación *signifi-cante*. Razón por la cual el médico ha de tener buen aspecto,

5. Misse-nard et Gelly, "Le processus d'identification au cours des études médicales", *Psychologie médicale*, 1969, 2. 1.

EL DESEO DEL MEDICO

como recomienda Hipócrates, y sobre todo encarnar los prestigios de la ciencia por su conducta y por la sabiduría de sus prescripciones. Por esa vía el "sujeto-supuesto-saber" (sabe al menos que la curación es posible), el médico, es objeto del deseo del enfermo en una relación de tipo transfereencial como aquella de la que habla el psicoanálisis. El deseo dirigido a la persona del médico se confunde con el deseo que tiene de apropiarse de su saber, o mejor dicho de las ventajas de su saber. A falta de apoderarse del médico, el enfermo toma una medicina, un medicamento. El emperador Marco Aurelio no quería tomar la triaca sino de la mano de Galeno en persona. La absorción hace la identificación, y ella es la portadora de la curación. Molière, que sabía bastante sobre los enfermos, y no solamente de «enfermos imaginarios», lo señaló claramente: Cleantes pudo ser curado cuando lo convirtieron en médico.

Es necesario plantear el problema de la identificación con el médico, tanto más cuanto que no deja de tener consecuencias prácticas. Missenard y Gelly⁶ oponen dos imágenes identificatorias para el estudiante de medicina: la del enfermo, como hemos visto, y la del gran médico, el patrón. Proponen favorecer el primer tipo de identificación con el enfermo. Lo cual sería, según ellos, la suerte del médico interno. En este sentido, se han llevado a cabo intentos, en particular institucionalizando las prácticas de los estudiantes de medicina junto a los médicos internos.

Pero esta iniciativa, de por sí difícil, no tardó en cambiar de rumbo⁷. En verdad, era de prever que los médicos soportarían mal la confrontación con estudiantes que supuestamente estaban más al corriente que ellos de los últimos progresos en medicina; y además los estudiantes mismos no tenían otra meta que la de volver a sus modelos de identificación, es decir a sus patrones.

En el fondo, estas consideraciones convergen con la je-

6. Missenard et Gelly, *op. cit.*

7. Intervención de M. Burnen a propósito del informe de Missenard, *op. cit.* p. 66.

EL ORDEN MEDICO

rarquización de la medicina del tipo más tradicional. Todo lo que no sea identificación con los más altos valores *en el orden médico* se percibe necesariamente como un fracaso, y de nada sirve querer disimularlo justificando la posición del médico común mediante una presunta competencia en las relaciones humanas que no tendría el gran patrón. En la jerarquización de la medicina hay algo sin duda inevitable, pero es abusivo presentarla como necesaria, y finalmente contribuir a constituirla estableciendo una clase de médicos supercompetentes, «investigadores» y especialistas, al tanto de los últimos progresos técnicos al tiempo que en la cúspide de los honores, mientras que a los médicos internos les tocaría como consuelo el reconocimiento de los méritos de una práctica que los acercaría más a los enfermos, que los haría más «humanos», aun a riesgo de proponerles una formación psicológica adaptada. Hamburger escribe: "El médico de medicina general es el moderador natural de los aspectos meramente técnicos de la medicina (iba a decir el defensor natural del enfermo contra los técnicos, pero esto iría más lejos de lo que pienso)".⁸ Vemos que no se le escapan los problemas que plantea la deshumanización de la medicina. Pero la jerarquía así constituida sigue siendo una solución puramente «técnica». Además de que no puede tener eficacia ninguna, porque llegado el momento, el médico corriente se inclina ante el gran médico, escamotea el verdadero problema. Balint constituyó sus grupos en primera instancia con trabajadores sociales, y sólo posteriormente formó grupos de médicos. Así es como se tiende a formar una subclase de médicos que en última instancia no son otra cosa que trabajadores sociales con información sobre medicina y psicoanálisis, reducidos a la función de orientadores y de *public-relations*, frente a organismos cada vez más temibles; en última instancia se encargan de asegurar la ideología médica con el máximo de recursos, y de posibilitar la unificación del deseo del médico.

8. Hamburger, *La Puissance et la Fragilité*, Flammarion, París, 1972.

EL DESEO DEL MEDICO

Pues es en definitiva el médico importante, el patrón, quien encarna al personaje ideal del médico. Y cuando se exaltan las virtudes de la intuición psicológica, del sentido de lo «humano», ello se hace con la misma condescendencia con la que se habla del saber de la enfermera y de la entrega al enfermo. Todo esto no tendría ningún sentido si el orden y el saber médicos no vinieran a cubrirlo. El patrón, que está en la cúspide de la jerarquía, tiene mucho más que una función (hospitalaria) que cumplir. Sostiene su propia imagen porque es el sostén de todo el edificio. Sabemos que no tolera sus fracasos (terapéuticos) y menos todavía sus errores (de diagnóstico). Su función consiste ante todo en llenar las brechas del saber médico, teorizando sobre sus propios fracasos, haciendo progresar el saber. Debe ensanchar el orden médico e instaurar su reino allí donde sólo había el caos. Es el dueño, y en tanto tal debe «investigar», constituir los nuevos significantes mediante los cuales queda garantizado el dominio de lo real. Si no lo hiciera, se despojaría a sí mismo de la condición de maestro donde lo sostiene el consenso de todo el cuerpo médico, cuyo representante es en la cumbre.

Lo que el patrón, el profesor, el maestro, debe mostrar, es que el objeto de su deseo de médico es la enfermedad como tal. Otrora, el jefe de servicio establecía el diagnóstico, daba prueba de su maestría y dominio, y confiaba negligentemente al médico interno la tarea de establecer el tratamiento. No perdía el tiempo en futilidades y sabía que el deseo de curar no está en la cúspide de la pirámide del saber médico. La cátedra de terapéutica era menos codiciada que la de clínica. Actualmente la jerarquía de valores sigue siendo la misma, pero los «investigadores» suelen localizarse más a menudo en los servicios y en los laboratorios, donde no están en contacto directo con los enfermos. El patrón asegura incluso su prestigio no apareciendo con demasiada frecuencia en las salas, y preparando las publicaciones que garantizan el poder sobre la enfermedad.

EL ORDEN MEDICO

Hay que designar como *fóbica* la posición del médico respecto del objeto «enfermedad». El enfermero es quien se demora junto al enfermo y sigue hora tras hora la evolución de la enfermedad. En cambio, el médico sólo se queda el tiempo que dura el diagnóstico, al que se añade el breve intercambio de la receta médica y los honorarios. Siempre tiene prisa, aunque el pretexto que invoca (los demás enfermos que esperan) no baste siempre para explicar su prisa por abandonar el sitio de la enfermedad una vez que ésta ha sido diagnosticada. Una vez identificada, la enfermedad deja de interesarle, y va a otra parte en busca de un objeto nuevo. El patrón sigue el mismo proceso. Una enfermedad bien identificada, conocida, no le interesa. Su papel consiste en ir a la conquista de enfermedades nuevas, sea que todavía no estén identificadas como tales o que sean portadoras todavía de muchas incógnitas.

De modo que la enfermedad es un objeto para el médico en la medida en que es desconocida o mal conocida. Cuando su realidad hace su aparición en el orden médico, deja de constituir el objeto de su interés, de su deseo. Y esto permite interpretar por qué los médicos durante tanto tiempo no se han desmarcado de una concepción ontológica de la enfermedad. Las discusiones sabias y filosóficas concernían a un Ser que se les escapaba siempre, que se manifestaba sólo bajo formas engañosas o al menos sospechosas de una sintomatología incierta. Un Ser que tenía la palabra: la enfermedad se manifestaba en un sistema de signos, cuyo estudio remitía tanto a una semiótica de lenguaje como a una semiología tal como hoy la entienden los médicos.

Objeto del interés del médico, la enfermedad es la *causa* de ese interés. Así es como se opera una inversión, a favor de la inversión que le permite al saber médico operar. Un ejemplo entre otros nos lo brindan aquellos a quienes se denomina «*enfants du rein*», «niños del riñón». D. Silvestre advierte que no se sabe si se designa de esa manera el riñón que es la sede de su enfermedad o el riñón artificial que garantiza su supervivencia y a veces permite su curación. Asi-

EL DESEO DEL MEDICO

mismo, la puesta en *causa* de los microorganismos tiene como consecuencia su estudio especializado *in vitro*, como así también la contribución, la instauración de la antibioterapia que también se hace *in vivo*. Aquí como allá, el soporte de la enfermedad constituido por el cuerpo del enfermo se borra para ser sólo el sitio —sin duda privilegiado— de su aparición y desarrollo. Se convierte en el *terreno*.

No por haber abandonado una ontología simplista, que buscaba conocer el ser de la enfermedad tras de una sintomatología, la medicina se plantea menos el problema de su *realidad*. Realidad que tiene consistencia en razón de que entre en el lenguaje médico, con lo cual cualquier médico puede identificarla con los mismos términos. Sin embargo, la profundización de su estudio culmina con lo que Hamburger llama "la dispersión de la entidad enfermedad" ⁹. No por eso se plantea menos la cuestión de lo *real* en el punto extremo de la investigación médica. Aquí es donde ocupa su sitio el problema de lo *escrito*, o mejor dicho, el de la *inscripción* de la enfermedad, que sería independiente del lenguaje médico. Porque del lado del lenguaje médico los síntomas, las enfermedades indentificadas, los síndromes, se relacionan con el *sistema simbólico* que constituye el discurso médico. Pero lo real se ve identificado con la inscripción directa de la enfermedad, con su escritura. (Me refiero aquí a Lacan, que asocia la palabra con lo simbólico y la escritura con lo real). Es indudable que el éxito de la anatomía patológica se debe al hecho de que los médicos *leyeron* en ella (en el «libro abierto» ¹⁰ que es el cadáver) la inscripción de un real irreductible. No sin cierto abuso, porque era olvidar que la imagen del libro en el que está inscrito el destino después de todo es sólo una metáfora, y descuidar lo que luego enseñaría la fisiopatología. Ahora la reemplaza la lectura de cifras e inscripciones de los análisis paraclínicos. No sin frecuentes abusos también en este caso; por ejemplo, cuando un traza-

9. *Ibid.*, p. 59.

10. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, *op. cit.*, cap. 8.

EL ORDEN MEDICO

do electroencefalográfico adquiere un peso desmesurado en el establecimiento de un diagnóstico de epilepsia, cuando está demostrado que esta inscripción no es ni constante ni fiel; también por ejemplo cuando ciertos tratamientos se inician sólo en función de lo que pudo denominarse una medicina o una cirugía estética que tiene como modelo una norma radiográfica.

“El carpintero ansía la madera, el médico la enfermedad y el sacerdote los sacrificios», dice el *Rig-Veda*.

El deseo del médico tiene como objeto la enfermedad, porque es ella quien lo constituye como tal. Pero es el discurso médico quien constituye a la enfermedad como causa. Causa del sufrimiento del enfermo y causa de la intervención del médico. El efecto consiste en la supresión del hombre enfermo en tanto hombre. “Si queremos definir la enfermedad, tenemos que deshumanizarla (Leriche).” Ese es el efecto del discurso médico. El discurso se sostiene con un solo sujeto (Lacan). El único sujeto del discurso médico es el que lo enuncia, esto es, el médico. Esta enunciación se hace en la «receta» del médico, así como también en todo el utillaje montado por el desarrollo de la tecnología médica. Esta tecnología constituye la sustancia del discurso médico. El enfermo no tiene otra salida que la de plegarse a él. De lo contrario se excluye del discurso médico, firmando por ejemplo su registro en el hospital. Esa firma lo hace sujeto de nuevo: sujeto del discurso que habrá de sostener él solo, con y contra el discurso médico, es decir, contra todos.

El Código de deontología obliga al médico a imponer sus prescripciones: «art. 29». El discurso médico es normativo (lo que es normativo puede, como hemos visto, oponerse a la normatividad constituida por el organismo). El deseo del médico se inscribe por entero en esta normatividad que imponer el discurso médico, y no puede salir de él so pena de dejar de ser médico. Como para cada nuevo enfermo es autor de ese discurso médico, puede vacilar en el sentido que ha de darle en cada caso concreto, es decir, en la oportunidad de una intervención (de exploración o terapéutica) a

EL DESEO DEL MEDICO

practicar. Pero una vez tomada la determinación, debe poner manos a la obra para que el enfermo la acepte, el enfermo cuyo juicio es doblemente sospechoso, por su incompetencia y por el estado en que lo pone su enfermedad. Esta es la lógica en la que se ve comprometido el deseo del médico a raíz del discurso que lo constituye.

SRM Cursos®

SRM Cursos®

*El objeto de la medicina es la enfermedad.
Una ontología que insiste.*

Decir que el objeto de la medicina es la enfermedad puede parecer un lugar común, hasta el punto de que se considere inútil hablar de él. Sin embargo, lo que es una perogrullada para el público, y especialmente para el público médico, suele ser rechazado por los filósofos de la medicina, porque remite a una concepción ontológica de la medicina, de resonancias religiosas y místicas, que los comienzos del siglo XIX contribuyeron grandemente a conjurar, permitiendo que cobrara vigor la medicina contemporánea. Creo que por el contrario la cuestión sigue abierta, porque los médicos permanecen fieles a una ontología que, aunque no se la llame así, persiste haciendo caso omiso de los ataques de que es objeto. Aquí me esfuerzo en demostrar que tienen fundamentos para proceder así. El saber médico es un saber sobre la enfermedad, no sobre el hombre, que no interesa al médico sino como terreno en el que evoluciona la enfermedad. Para el conocimiento de ese terreno se han hecho necesarios los estudios sobre anatomía y fisiología humana, del mismo modo como el botánico no puede prescindir del suelo donde crecen las plantas, o como el zoólogo no puede ignorar el entorno donde vive el animal. Pero el sitio donde subsiste el objeto no es el objeto.

EL ORDEN MEDICO

Para poder constituir la enfermedad como objeto de estudio ha sido preciso darle una entidad, constituir la en tanto ser, reconocible en sus manifestaciones «semejantes» de un enfermo a otro. Sin duda los médicos no pudieron dejar de descubrir que ese «semejante» no puede sino remitir al semblante a través del cual se constituye todo discurso del amo o maestro, y por consiguiente constatar que el objeto que su ciencia constituye se disgrega conforme va siendo estudiado. Pero esto no puede impedir el necesario retorno a una conceptualización de la entidad «enfermedad». Hamburger escribe: "En última instancia, la dispersión de la entidad «enfermedad» podría alcanzar un grado tal en algunos dominios de la medicina que en virtud del singular rodeo de una creciente exigencia de rigor, los hechos darían la razón al antiguo concepto intuitivo que enunciaba: «No hay enfermedades, sólo hay enfermos.» Pero en seguida percibimos la inquietante dificultad científica que surge entonces, porque sólo hay ciencia de lo general y de lo correlativo, y no de lo particular¹."

Esta inquietante dificultad no es asunto del médico. Es asunto del filósofo de la medicina, y lo es también del enfermo, porque el enfermo permanece en lo particular. El hecho de que le expliquen que su enfermedad no le pertenece con exclusividad, no basta para hacerle olvidar que él es su sede. Y la inquietud se agrava especialmente cuando se ve afectado de lo que se llama sin exactitud ninguna «enfermedad mental», porque entonces no es sólo el sitio sino también el sujeto de su enfermedad. La aplicación de un concepto, perfectamente utilizable en otros sitios, se transforma entonces en un golpe de fuerza contra sí mismo, cuya función consiste en primer lugar en hacerle objetivar como otro lo que es suyo. Sus síntomas, su angustia, su delirio, tras el etiquetaje médico, vuelven a él como entidades que le fueran extrañas. Lo cual no deja de complacerlo, ya que en ello se apoya para

1. Hamburger, *La Puissance et la Fragilité*, op. cit., p. 59.

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

confirmar sus propios desconocimientos. Pero sin esperanza de encontrar el hilo de su propio discurso. En gran medida cabe decir que debido a que la psiquiatría se ha mantenido ingenuamente ontológica, a la zaga de la medicina, ha suscitado el importante movimiento antipsiquiátrico, que es esencialmente un movimiento antinosológico y antiontológico. No por ser antiontológico en sus principios el psicoanálisis escapa al peligro de caer en los callejones sin salida de la ontología, en la medida en que su nosología es un calco del modelo médico. En este sentido es que nos interesa la polémica acerca de la ontología de la enfermedad, sin duda más que a los médicos a quienes les importan bastante poco las discusiones filosóficas que no tienen gran incidencia en su práctica.

Los filósofos no dejaron de asociar el notable desarrollo de la medicina en el siglo XIX con la evolución de la polémica sobre la ontología. Para Michel Foucault se trata de mostrar que la medicina se ha vuelto científica y que la clínica ha cobrado consistencia sólo gracias a la posibilidad de referirse a la anatomía patológica. Creer que los progresos de la medicina se deben a una lucha constante contra el oscurantismo de épocas supersticiosas pertenece sólo a la ideología médica². Para el médico nunca hubo en realidad escasez de cadáveres, nos muestra Foucault remitiéndonos a documentos antiguos. Pero mientras la medicina seguía siendo ontológica, al médico le importaba poco inventariar los signos visibles pero engañosos de la enfermedad. Sólo la esencia de la enfermedad podía ser objeto de un estudio científico y presentar un interés general. El estudio de los casos no tenía otro interés que el de remitir al estudio de las especies. Lo visible de los síntomas permitía acceder a lo invisible del Ser de la enfermedad. El procedimiento médico se invirtió en el siglo XIX cuando, partiendo de los cadáveres para conocer lo viviente, descubrió que lo que era invisible en el ser vivo era visible en el cadáver. La clínica tuvo entonces que

2. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, op. cit.

esforzarse por hacer visible en el ser vivo lo que hasta entonces era invisible y sólo podía dar a conocer la autopsia. El Ser de la enfermedad deja entonces de ser una entidad interesante para el médico, porque éste se dedicará a localizar «la superficie de ataque», allí la autentificará antes de poder vencerla.

“Si en medicina existe un axioma, es el que dice que no existe enfermedad sin sede”, decía Bouillaud, refiriéndose al principio de los tejidos orgánicos de Bichat. Toda la anatomía patológica, al permitir «verificar» sobre el cadáver la realidad de las nuevas concepciones médicas, se desarrolló sobre estos principios nuevos que proporcionan la base de la nosología y del vocabulario médico contemporáneo.

A pesar de la importancia que tuvo el descubrimiento de la anatomía patológica, no creo que fuese la mirada médica la que cambiara de orientación. Al “abrir algunos cadáveres”, como dice Foucault, más bien fue un libro lo que los médicos abrieron. Llegaron menos a ver la verdad última de la enfermedad que a leer lo que la enfermedad inscribía en los cuerpos. La lesión orgánica cobró el estatuto del escrito, de aquél que indica el destino, aquél que permite interpretar la enfermedad, su evolución, la inconstancia de los síntomas, su carácter engañoso. La inscripción corporal tiene el estatuto de lo que no engaña, y por lo tanto puede reemplazar las hipótesis sobre el Ser. Pero esta mirada médica no es nueva, y no se lo debe todo ni a la medicina, ni al siglo XIX, cuando los Inquisidores se dedicaban a probar la posesión diabólica a través de la existencia de señales corporales (*punctum diabolicum, stigma sigillum diaboli...*)³. Y, del mismo modo, en esa época tampoco nadie se satisfacía con los signos inmediatamente visibles; formaba parte de la investigación inquisitorial la búsqueda de zonas sensibles del cuerpo, y en los procesos contra la brujería era indispensable la presencia de los médicos; lo cual no dejó de abrir el

3. J. Bodin, *De la démonomanie des sorciers*, Anvers, 1593, Livre Quatrième, p. 358.

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

camino a una psiquiatrización de la brujería⁴. A la recíproca, la psiquiatría siempre se consagró a la búsqueda de señales físicas, y hasta de una organicidad.

No habría que sobreestimar los efectos que tuvo sobre el progreso médico el advenimiento de una medicina localizadora. Las «fiebres esenciales», que son casi todas, siguieron siendo un enigma para el siglo XIX. Una medicina no localizadora, la pasteuriana, fue la que nos enseñó lo más importante sobre estas fiebres, al identificar los bacilos, las bacterias y virus que las provocaban, y al mostrar además que las localizaciones eran inconstantes, in fieles, con lo que abrió el camino a la terapéutica mediante vacunas, seroterapias, antibioterapias. ¿Hace falta decir que la medicina de Pasteur fue un retorno a la ontología mediante el abandono del sólido terreno de la anatomía patológica? ¿Y cómo no hacer notar que la Escuela de Cos debe su éxito a un rechazo de la medicina localizadora (la de la Escuela de Cnido)? No por eso la mirada que lanzó Hipócrates sobre las enfermedades fue menos la de un clínico, poco propenso a dejarse llevar por consideraciones metafísicas y patogenias místicas. Las fiebres que hubo de conocer, sobre todo la palúdica, se prestaban más a la observación médica por su duración, su periodicidad, los sitios donde se manifestaba preferentemente, que a un estudio anatómico poco convincente.

El hecho de ser o no localizador, no cambió en lo fundamental el método médico, que se ha dedicado menos a demostrar lo específico de la enfermedad de cada enfermo que a volver a hallar lo que identifica la enfermedad de uno y de otro. Razón por lo cual siempre tiende a ser ontologista. Por último, las afirmaciones de los ontologistas aparecen menos como monstruosidades científicas que como formulaciones sorprendentes en un lenguaje algo caído en desuso: "El Ser supremo no está sometido a leyes menos ciertas al producir enfermedades o al madurar los humores mórbidos

4. J. Wier, *De praestigis daemionum et incantationibus et veneficiis*, livre III, París, 1569.

que al cruzar las plantas y los animales... Quien observe con atención el orden, el tiempo, la hora en que comienza el acceso de fiebre cuartana, los fenómenos de temblor, de calor, en suma, todos los síntomas que le son propios, tendrá tantas razones para creer que esta enfermedad es una especie porque crece, florece y muere siempre del mismo modo, que para suponer que una planta constituye una especie⁵." El médico ha de dedicarse a las especies: "Quien describe una enfermedad debe distinguir los síntomas que necesariamente la acompañan y que le son propios de los que son sólo accidentales y fortuitos, como los que dependen del temperamento y de la edad del enfermo⁶." De modo que la enfermedad es un Ser ajeno al enfermo. Ante todo hay que asegurarse de su identidad: "Nunca hay que tratar una enfermedad sin estar seguro de su especie (Gilibert)." "Ella habita al enfermo. Entra y sale del hombre por la puerta (Sigerist)." Pinel se convirtió en el clasificador metódico de las enfermedades bajo el título de *Nosografía filosófica*. No cabe duda de que lo que hay que tratar es la *esencia* de las enfermedades. Así es como su obra es considerada como la obra de un naturalista antes que como la de un médico. El conocimiento de las enfermedades es identificado con su clasificación. La medicina es una tarea que no difiere fundamentalmente de la del botánico. No sin razón ni resultados: desde la medicina egipcia, que retiraba las lombrices, hasta la medicina de Pasteur, que identifica las especies de microbios antes de combatirlos. Fundamentalmente, el diagnóstico y la terapéutica dirigidas a luchar contra el agente causal agresor del organismo, consisten en esta identificación nosológica.

Los inquisidores y exorcistas no eran más ontologistas que los médicos cuando se negaban a admitir la presencia del Diablo en las brujas si no encontraban el sitio de su hue-lla. Más importante fue la negativa gradual a identificar la

5. Sydenham, *Médecine pratique*, París, 1784, t. 1, pp. 124-5 (trad. Jault).

6. *Ibid*; t. 1, p. 88.

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

enfermedad con el Mal. Pero ahí también, la evolución del pensamiento médico es menos evidente de lo que aparece.

En todos los tiempos el sobrevenir de las epidemias y de las enfermedades individuales fue interpretado como el de calamidades enviadas por los dioses para castigar las faltas cometidas por los hombres. Canguilhem describe así ese «maniqueísmo médico»: “La salud y la enfermedad se disputaban al Hombre, tal como el Bien y el Mal se disputaban el Mundo. Con gran satisfacción intelectual destacamos el párrafo que sigue en una historia de la medicina: ‘Paracelso es un iluminado, Van Helmont un místico, Stahl un pietista. Los tres innovan con genio, pero padecen la influencia de su medio y de las tradiciones heredadas. Lo que hace muy difícil la apreciación de las doctrinas reformadoras de estos tres hombres es la extraordinaria dificultad en que nos encontramos cuando queremos separar sus opiniones científicas y sus creencias religiosas... No es muy seguro que Paracelso no haya creído encontrar el elixir de la vida; es cierto que Van Helmont confundió la salud con la salvación y la enfermedad con el pecado; y el mismo Stahl, pese a su fuerza cerebral, en su exposición sobre la verdadera teoría médica recurrió más de la cuenta a la creencia en el pecado original y en la caída del hombre.’ ¡Más de la cuenta!, dice el autor, precisamente gran admirador de Broussais, enemigo mortal de toda ontología médica a comienzos del siglo XIX ⁷.” ¿Así que un médico, aunque sea antiontologista, debe creer un poco en el pecado original y en la caída del hombre?

Hay quienes se han ocupado en determinar la influencia de la época y de las condiciones de vida sobre la salud. Maret ⁸ muestra que cada siglo tiene sus enfermedades específicas, Lanthenas⁹ habla de los pobres “constreñidos a no tener descendencia o a procrear tristemente tan sólo seres

7. G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*. op. cit., p. 61, ed. fran.

8. Maret, *Mémoire où on cherche à déterminer quelle influence les mœurs ont sur la santé*, Amiens, 1771.

9. Lanthenas, *De l'influence de la liberté sur la santé*, Paris, 1792, p. 8.

EL ORDEN MEDICO

débiles y desdichados". En cuanto a los ricos "en el seno de la holgura y entre los placeres de la vida, su orgullo irascible, sus despechos amargos, los abusos y excesos a que los lleva el desprecio de todos los principios, los hacen presa de enfermedades de todo tipo; prematuramente... su rostro se llena de surcos, sus cabellos blanquean, las enfermedades los arrastran antes de tiempo". Tissot advierte que las enfermedades de la gente sencilla son sencillas, y que conforme crece la complejidad social "la salud parece disminuir gradualmente"; las enfermedades se diversifican, su número es grande ya "en el orden superior de los burgueses... y llega al máximo en la gente de mundo"¹⁰.

Aun en lo que concierne a la identificación de la enfermedad con el mal, no podemos dejar de advertir cuán poco se ha desprendido nuestra época de interpretaciones apresuradas, moralizantes y culpabilizadoras. Sólo han cambiado los términos, pero no dejamos de referirnos a las «enfermedades de la civilización». La organización social contemporánea, las condiciones de la civilización industrial, los ritmos de trabajo del obrero y del patrón, la polución y todas las perturbaciones de la ecología son responsables de gran cantidad de enfermedades. ¿No se ha llegado a decir que los débiles recursos de la medicina no hacen más que compensar las enfermedades producidas por una sociedad loca y degenerada? Más aún, ¿la medicina misma es responsable de gran cantidad de enfermedades, llamadas iatrógenas! El discurso sobre las enfermedades del siglo se refiere sobre todo a las enfermedades nerviosas, desde la locura hasta los desórdenes funcionales (que constituyen el grueso de la clientela de los médicos). Los hombres que se pretenden racionalistas y cartesianos dirán de buena gana que la neurosis es la enfermedad de las mujeres que se aburren (sin preguntarse si no es la enfermedad de las mujeres a quienes ellos mismos aburren). Y prácticamente no hay médico que no llegue a decir que las enfermedades se complican "en el orden supe-

10. Tissot, *Essai sur la santé des gens du monde*. Lausana 1770, pp. 8-12.

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

rior de los intelectuales" (si no de los burgueses), y que lleguen "a su máxima complicación en las familias de los médicos" (si no en las gentes de mundo). Porque todos sabemos y decimos que son los médicos mismos quienes padecen las enfermedades más desorientadoras, las más resistentes a los tratamientos. Sin duda, esas desdichas son el justo castigo de quienes han saboreado demasiado los frutos del Arbol del Conocimiento del Bien y del Mal, y que por consiguiente no se dejan atrapar dócilmente por el orden del discurso médico.

La lucha contra el Mal, fuertemente arraigada en la tradición médica, se vuelve de buena gana lucha política. Lanthenas soñaba: "La medicina será lo que debe ser, el conocimiento del hombre natural y social." El compromiso revolucionario toma el relevo de la ascesis y de la piedad que recomendaban los sacerdotes y que todavía hoy imponen algunas sectas místicas. Por otra parte, las prescripciones son más sorprendentes y se ponen al día: de la libertad sexual, laica y obligatoria, se esperan los mismos efectos que de la instrucción republicana. De la revolución proletaria se espera lo que no dio la revolución industrial, de la vida en comunidad lo que no puede dar la vida familiar. Son tonterías, y en eso los profesionales de la revolución no se equivocan, ni Marat que califica a Lanthenas de «pobre de espíritu», ni Trotsky que aconsejaba a sus amigos que fueran a consultar a médicos burgueses. Tomada demasiado en serio, la ideología médica obliga a salir del discurso médico. El alistamiento de la medicina en la política nunca fue favorable, ni a los movimientos revolucionarios, ni a la medicina.

En el siglo XIX, el rechazo de toda ontología de la enfermedad se tradujo de modo interesante en un neohipocratismo. Así como Hipócrates relacionaba los "temperamentos" del hombre con "los terrenos, los lugares...", Broussais, saliendo con violencia a la lucha contra los nosologistas, veía en el equilibrio entre el organismo y su contorno el secreto

de su buen funcionamiento, de la salud. El origen de todas las enfermedades residía "en el exceso o la deficiencia de excitación de los diferentes tejidos por encima y por debajo del grado que constituye la situación normal". Los trabajos de Claude Bernard sobre las perturbaciones del metabolismo de las glucosas se inscribían en esta definición de la enfermedad. La fisiología y la biología acudían en auxilio de la medicina. Había una continuidad entre la fisiología normal y la fisiología patológica. Lo cual no estaba libre de excesos: todo se convertía en una cuestión de grados. Broussais y Lynch llegaron a constituir una escala de grados de prevención, de cero a ochenta. Al abandonar la identificación de las «especies», la medicina dejaba de ser cualitativa para volverse cuantitativa.

Así es como apareció la noción de término medio, la posibilidad de definir la normalidad como correspondiente a lo que más se acerca a ese término medio, que se puede cifrar en las distintas medidas biológicas. Pero, tal y como lo desarrolla con precisión Canguilhem, ya no se trata de un promedio estadístico que recoja los resultados observados en una gran cantidad de individuos. El término medio es el que define el mismo organismo al desarrollar mecanismos que aseguran la homeostasis, el retorno a un estado de equilibrio específico cuando las circunstancias exteriores (las que dependen del medio ambiente) lo han perturbado. La noción de «normalidad» es reemplazada por la noción de que el organismo es «normativo», es decir, que establece sus propias normas, y las hace respetar, al menos en un medio determinado, dado que ciertas circunstancias (clima, esfuerzos) son susceptibles de modificar la norma decretada por el organismo.

Esto no deja de modificar considerablemente la noción de normalidad, y por consiguiente la de morbilidad. Referida sólo al individuo, una «anomalía» no es precisamente una enfermedad.

Es el caso de algunas anomalías crónicas que pueden pasar totalmente desapercibidas, y son compatibles con una

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

perfecta adaptación del individuo a su medio. Otras anomalías (la hemofilia, por ejemplo) sólo aparecen como tales si el sujeto está sometido a ciertos accidentes, como traumatismos; los únicos que ponen en evidencia las alteraciones de la coagulación sanguínea. ¿Pero no habría que considerar «normal» que el individuo pueda defenderse contra esas agresiones del mundo exterior? Hay otras anomalías, sin embargo, que pueden resultar favorables a la supervivencia de los individuos en ciertas circunstancias. Es el caso de la anemia de hematíes falciformes, que proporciona una resistencia particularmente grande al paludismo; esta anomalía privilegió la supervivencia de individuos que eran portadores de ella en zonas pantanosas del Africa negra y en la cuenca mediterránea. Sólo se convirtió en una enfermedad para los individuos que fueron transplantados a regiones más salubres, donde tuvieron que sufrir los inconvenientes de la anomalía bajo la forma de anemia, de disnea... Otras anomalías cromosómicas, como el mongolismo, sólo son reconocibles como tales en relación con una norma que corresponde al patrimonio genético más difundido.

De modo que el establecimiento de una norma no puede considerarse con relación a un solo individuo, y hay que hablar en efecto de enfermedad, refiriéndose a una norma que *es la de la especie y no la del individuo*, lo cual es evidente sobre todo cuando se trata de la hemofilia o de la idiotez fenilpirúvica, cuando el sujeto afectado está destinado a llevar una existencia marcada de peculiares sufrimientos físicos debidos a su anomalía. En mi opinión, hay que llegar más lejos que Canguilhem. Porque la anomalía no puede juzgarse exclusivamente en función de los perjuicios que ocasiona al individuo en su adaptación al medio natural. Este sería un punto de vista estrictamente médico, que exigiría de los demás individuos de la misma especie (los demás hombres) una tolerancia que ostensiblemente no tienen (y que es evidente que no existe en las otras especies animales). Por el contrario, es evidente que toda anomalía notoria provoca manifestaciones de rechazo para con el individuo que la pade-

ce (aun en los casos en que obra sólo el aspecto de una peculiaridad racial) o al menos hacia la anomalías misma (la acción «terapéutica» es entonces sobre todo reductora de la anomalía). El médico que exige la máxima tolerancia respecto de las anomalías y ostenta un liberalismo de principios, no aceptará sin embargo de buen grado casarse, o que sus hijos se casen, con sujetos portadores de anomalía. De modo que el portador de una anomalía, aun cuando ésta no le procure más que inconvenientes menores en su vida «natural» y cotidiana, habrá de sufrir el ostracismo (al menos sexual) del que es objeto, aun cuando ese ostracismo cobre la apariencia de una caritativa tolerancia. Ser anormal es también no ser conforme a las normas de la especie —o al menos sus ideales.

Puesto que la enfermedad, y en términos generales todo lo que es anormal, no puede ser analizado desde el punto de vista exclusivo del individuo, me parece necesario retomar una controversia muy importante, suscitada por Leriche y continuada por Canguilhem:

“Sea el ejemplo de un hombre cuya vida ha sido interrumpida por un asesinato o una colisión, sin que él hubiera acusado ningún incidente patológico. Según la teoría de Leriche, si una autopsia de intención medicolegal revelara un cáncer de riñón que el difunto portador ignoraba, habría que considerarlo como una enfermedad, aunque no habría nadie a quien atribuirle, ni al cadáver, ya que no puede estar enfermo, ni retroactivamente a la persona viva que no inquietó por ella, ya que su vida concluyó antes de que su cáncer llegara al estado de su evolución en el que de acuerdo con toda probabilidad clínica los dolores hubieran puesto en evidencia el mal. La enfermedad, que no existió nunca en la conciencia del hombre, se pone a existir en la ciencia del médico. Pues bien, creemos que *no hay nada en la ciencia que antes no haya aparecido en la conciencia*, y que en el caso que nos ocupa es el punto de vista del enfermo el que en el fondo es el verdadero. Veamos por qué médicos y cirujanos tienen una información clínica y a veces utilizan también

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

técnicas de laboratorio que les permiten saber que están enfermas personas que no se sienten enfermas. Es un hecho. Pero un hecho a interpretar. Ahora bien, los médicos de hoy pueden adelantarse y superar en perspicacia clínica a sus clientes habituales u ocasionales únicamente porque son herederos de una cultura médica transmitida por los médicos de ayer. Siempre ha habido un momento en el que a fin de cuentas la atención del médico se ha visto atraída por ciertos síntomas únicamente objetivos, por hombres que se quejaban de no ser normales, es decir, idénticos a su pasado, o de sufrir. Si hoy el conocimiento que el médico tiene de la enfermedad puede hacer que el enfermo prevenga la experiencia suscitó, llamó a aquel conocimiento. De modo que siempre de derecho, si no de hecho en la actualidad, hay una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, no es porque haya médicos que los hombres toman conciencia de sus enfermedades. La evolución histórica de las relaciones entre el médico y el enfermo en la consulta clínica no modifica en nada la relación permanente del enfermo con la enfermedad ¹¹."

La crítica de Canguilhem es totalmente irrefutable en la medida en que remite al médico a su deuda con el enfermo, y si no ha de ocuparse de la deuda que tiene para con el enfermo, se ocupará al menos de la deuda que antaño contrajeron sus antepasados con los enfermos que llegaron a ellos como *demandantes*. Canguilhem no deja de mostrar lo que es la deuda de toda la patología y la biología para con la constante presión de la demanda de los enfermos; ya he dicho que no podía menos que suscribir a ella porque es históricamente verdadera, y no puede sino incitarnos a hacer la crítica del mito de la investigación pura y desinteresada que de buena gana se atribuyen el sabio y también el médico, pese a la evidencia de lo que les enseña su práctica.

Por su parte las tomas de posición de Leriche han tenido

11. G. Canguilhem, *op. cit.*, p. 53, *id. fran.*

EL ORDEN MEDICO

el mérito enorme de atraer la atención del público médico sobre el hecho de que el sufrimiento existe independientemente de una enfermedad reconocible desde el punto de vista médico. Pues es cierto que en el orden del discurso médico el sufrimiento aparece identificado con el dolor, y el dolor es tomado como síntoma, o mejor dicho como señal, como indicio. Y el sufrimiento no es lo mismo que la enfermedad, porque si puede ser una señal, es una señal engañosa. "El dolor no está en los planes de la naturaleza." De modo que la enfermedad se define de otra manera. "La enfermedad es lo que incomoda a los hombres en el ejercicio normal de su vida" y "La salud es la vida en el silencio de los órganos." Esta viva toma de posición de Leriche contra una iatrocrazia que tiende a negarle al enfermo el derecho a referirse en primer lugar a lo que experimenta, permitió sobre todo preconizar ciertas intervenciones médicas y quirúrgicas que, sin proponerse lograr la curación de la «enfermedad» en el sentido médico del término, no por eso aportaban menos un gran alivio físico a los interesados. Leriche se vio llevado a hacer una distinción entre "La enfermedad del médico", definible a partir de criterios médicos, y "La enfermedad del enfermo", la que el enfermo experimenta como tal.

Sin embargo, cabe preguntarse si éstas no son posiciones de principio, destinadas a resolver una dificultad práctica. Lo cierto es que en lo esencial los médicos no están de acuerdo con las ideas de Leriche. Perciben sólo como aspectos menores de su profesión las intervenciones paliativas y calmantes que son llevados a practicar. No conceden de buen grado que la fisiología patológica sea "otro ritmo de vida", y considerarían que incurren en una falla profesional si no pusieran manos a la obra para restablecer una fisiología «normal». A la inversa, quien acusa sufrimiento y dolor sin que pueda plantearse ningún diagnóstico no es considerado como «un verdadero enfermo», y lo clasifican en el cajón de sastre de la psiquiatría y de la psicósomática, limitándose a darle remedios miserables, porque no tienen recursos para hacer otra cosa.

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

También el punto de vista que desarrolla Canguilhem presenta dificultades, porque es evidente que en realidad el hombre portador de un cáncer de riñón, en el ejemplo que cita, sería considerado indiscutiblemente como enfermo por cualquier médico, y que no hay lugar para oponer "el punto de vista del enfermo que es en el fondo el verdadero". Podríamos devolverle a Canguilhem su argumentación, y preguntarle cuál puede ser el punto de vista de ese «enfermo» (él es quien lo denomina así) dado que no hay nadie que pueda sostenerlo, ni el muerto, porque no puede ni el interesado antes de morir, puesto que nadie le preguntó por su salud. *Por último, al discurso médico sobre el cáncer de riñón sólo se le opone la ausencia de todo discurso por parte del «enfermo».* Ahora bien, no cabe duda de que de haber sido informado, en ocasión por ejemplo de un análisis médico sistemático, como los que en la actualidad son práctica corriente, el interesado se hubiera adherido a la opinión médica. Lo mismo que Canguilhem, Leriche escribe: "Se impone la noción de que la enfermedad del hombre enfermo no es la enfermedad anatómica del médico. Una piedra en una vesícula biliar atrófica puede no producir síntomas durante años, y por lo tanto no generar enfermedad, pese a constituir un estado de anatomía patológica (...). Bajo las mismas apariencias anatómicas se puede estar o no estar enfermo (...). No hay que seguir escamoteando la dificultad con la simple explicación de que hay formas silenciosas y larvadas de enfermedad: no son más que palabras. Tal vez la lesión no baste para constituir una enfermedad clínica, la enfermedad del enfermo. Esta es algo muy diferente de la enfermedad del anatomopatólogo.

Creo, por el contrario, que en este caso son los puntos de vista de Leriche y de Canguilhem los artificiales, porque suponen que el médico tendría una información sobre el enfermo sin haberlo examinado y, aun suponiendo que esto fuera posible, el médico se creería libre de la obligación de informar sobre ello al enfermo. Porque después de todo queda por evaluar si un cálculo vesicular indoloro o una apen-

dicitis crónica no corren el riesgo de agravarse un día, y lejos de todo posible auxilio médico. Es cierto que en este caso el «enfermo» tendría derecho a reprocharle al médico no haberlo puesto en guardia. Por otra parte es de notar que en la práctica, los interesados siempre están de acuerdo con el punto de vista del médico, y que aceptan someterse a los análisis y al tratamiento propuestos casi con tanta frecuencia como si la enfermedad les ocasionara una incomodidad efectiva. Además, ¿no aceptan también los tratamientos meramente preventivos que son las vacunas? En el fondo lo más notable es que *no existe un punto de vista del enfermo, una vez que se ha pronunciado el médico*. A lo sumo, se da un rechazo de la opinión médica, una negativa en cuanto a la competencia del médico o a la medicina en su totalidad, pero esto es prácticamente independiente de los sufrimientos subjetivos que experimenta el interesado.

Lo que es preciso poner en cuestión es la noción de conciencia mórbida, que no puede considerarse independientemente de la evolución del discurso médico. Canguilhem escribe y subraya: "No hay nada en la ciencia que no haya aparecido antes en la conciencia¹²." Pero esta conciencia evoluciona con los progresos de la ciencia. Si bien es verdad que en cierto sentido la primera es la demanda del enfermo, sin embargo hay que añadir que la demanda sólo puede existir y formularse en función de la esperanza que el enfermo tiene de que alguien sepa más que él y pueda venir en su ayuda. Sin duda lo primero es el sufrimiento del enfermo, pero no su demanda, que supone la existencia de un saber médico, por embrionario que sea. Por lo demás, la demanda dirigida al médico puede ser obra o sugerencia de un amigo, de los padres (sobre todo en el caso de los niños), y hasta de los poderes públicos. El hecho de que la enfermedad siga siendo esencialmente asunto de aquél que es su portador es una constatación de simple sentido común, pero precisamente por eso hemos de desconfiar de ella. Señala solamente

12. *Ibid.*, p. 53.

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

que el enfermo se ve afectado por lo que le sucede. La afirmación de que el enfermo es libre de hacerse examinar o no, de aceptar o no un tratamiento, no va más allá de una afirmación de principios. En realidad esta libertad sólo se ejerce en las circunstancias en las que el saber médico permanece en la incertidumbre. En lo esencial, el discurso del médico se dirige a desposeer al enfermo de su enfermedad, y en lo posible a liberarlo de ella.

Siempre ha sido vano el intento de la medicina, fundado en inobjetables razones filosóficas o humanitarias, de disociarse de una ontología de la enfermedad. Algunos médicos han tratado de separar las "enfermedades necesarias" de las "enfermedades accidentales" (Renault). Otros hablaron de "enfermedades de relevo" que protegen a los ancianos. La medicina homeopática hace mucho caso de estas tendencias morbosas que acompañan a un hombre durante toda su vida. Pero todo esto sigue siendo marginal en relación con el discurso médico, y no modifica su curso.

En el siglo XIX, el combate antiontologista y antinosológico fue obra de biólogos y filósofos antes que de médicos. Laënnec seguía estando bajo la influencia de Pinel. Broussais fue seducido por C. Bernard y A. Conte, pero se atrajo la hostilidad del cuerpo médico. Sin duda, las nociones de «simpatía» y de «irritación» no despertaban casi ecos en los medios médicos, pero fue sobre todo su lucha contra toda clasificación la que se enfrentó con la tradición médica. Recientemente, Mondor¹³ lo trataba de "médico ebrio de palabrería (...), charlatán vanidoso y ruidoso (...), sus astucias, su impudicia, su verborrágica combatividad, sus errores declamatorios (...), su aplomo de ilusionista". M. Foucault¹⁴ que transmite estos argumentos, dice de Mondor: "El imprudente no había leído los textos, ni había com-

13. H. Mondor, *Vie de Dupuytren*, París, 1945, p. 176.

14. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, op. cit.

EL ORDEN MEDICO

prendido bien las cosas." No estoy tan seguro de eso: los ataques de que fue objeto Broussais por parte de los médicos se deben al hecho de que la medicina no consiente de buen grado en dejarse despojar de su objeto. Los estudios referidos al hombre se mantienen marginales respecto de la medicina. La medicina no es una antropología, tampoco una antropología materialista. Las medicinas no occidentales y la nuestra hasta el siglo XVIII pudieron desarrollarse en una ignorancia prácticamente total del cuerpo humano. Sin embargo no se les puede negar ni su carácter científico ni su eficacia.

Incluso hoy es inevitable volver al concepto de enfermedad. Cualquiera sea el interés del estudio de las modificaciones cuantitativas que pueden sufrir las constantes biológicas, *la enfermedad sigue siendo un hecho cualitativo*. Atestigua que el organismo ya no es capaz, al menos temporariamente, de asegurar el mantenimiento de sus constantes biológicas, y esto es lo que justifica la intervención médica, al postular que el saber médico es capaz de garantizar lo que el organismo ya no sabe hacer. La relación médico-enfermo se funda sobre esa comprobación. Esta comprobación va más allá de la apreciación subjetiva que el interesado hace de su estado de salud. Como la mayoría de los órganos habitualmente funcionan al 1/4 o al 1/8 de sus posibilidades, una enfermedad puede permanecer desapercibida durante mucho tiempo. No por eso el organismo es menos incapaz de asegurar su lucha contra la enfermedad (agresión de microbio, tumor) que se desarrolla.

Decidir si alguien está enfermo o goza de buena salud, si es normal o anormal, es emitir un "juicio de valor", como escribe Henri Ey. Y en ese tribunal el único juez reconocido en definitiva es el médico, y cualquier otra persona resulta a priori sospechosa de incompetencia, y más aún de parcialidad; sobre todo el enfermo, que no puede ser simultáneamente juez y parte. El orden médico incumbe a la ciencia, pero ante todo y también es un orden jurídico. El es el que decide los casos y las intervenciones necesarias, él es quien

EL OBJETO DE LA MEDICINA ES LA ENFERMEDAD

decreta un sobreseimiento cuando escucha a los que sufren, aun cuando sufran solamente por el hecho de no ser reconocidos como enfermos. Al hacer de la enfermedad una entidad, el médico despoja de ella al enfermo para hacerla ingresar en un campo que le es propio. Así es como hemos de comprender la frase de Leriche: "Si queremos definir la enfermedad, tenemos que deshumanizarla."

SRM Cursos®

SRM Cursos®

*Saber; secreto; sagrado.
Sujeto-supuesto-saber.*

En Taxila, en la India, la enseñanza de la medicina es la enseñanza de la «sabiduría de la vida». Nadie podría dudar de que existe una sabiduría de la vida, dado que la vida garantiza su continuidad, dado que *el instinto es ante todo un saber* que le permite al individuo garantizar su conservación, y a la especie perpetuarse: saber preciso, descifrado por los biólogos, y que justifica los complejos comportamientos que observamos en ciertas especies animales y vegetales. Saber discutible sin embargo, porque siempre se retienen las soluciones más favorables a la supervivencia de la especie contra las soluciones mejores para el individuo; y ese mismo saber falla a veces, puesto que hay especies animales y vegetales que pueden desaparecer en el curso de la evolución. Desconocemos el orden al que obedece la naturaleza, solamente podemos suponerlo. El respeto al orden natural implica que aceptemos la desaparición del individuo, e incluso de la especie, en una interpretación religiosa y cosmogónica del mundo en la que una teoría de la reencarnación hace que el individuo acepte su desaparición. Estas son consideraciones sin duda respetables, pero vinculadas con una filosofía que sigue siendo fundamentalmente extraña a nosotros.

EL ORDEN MEDICO

En cambio la medicina occidental es resueltamente humanista, y obliga a preservar la supervivencia del individuo a costa del resto del mundo, e incluso a expensas de la especie. El creciente coste de las prestaciones llamadas sociales, por ejemplo, no deja de mostrarnos que ese «a expensas de la especie» se expresa efectivamente en términos de gastos. La opción es clara y constituye un desafío al orden «natural», en el sentido de que garantiza la supervivencia y la reproducción de individuos a quienes la selección natural habría eliminado sin piedad, en razón de sus taras y de su incapacidad para la adaptación. Biólogos y genetistas no han dejado de alarmarse, sin poder sin embargo, sino seguir trabajando en un sentido antiselectivo, so pena de preconizar una utilización racista de su ciencia, que justificaría especialmente la eliminación física o al menos la esterilización de los individuos no conformes con el ideal de la raza.

El saber médico no es inocente de opciones políticas que conciernen no solamente al porvenir de una nación sino al de la humanidad. No parece posible dissociar su desarrollo y su progreso del humanismo helénico primero, y de su reanudación en la época del Renacimiento. El saber médico se encuentra al servicio de cierto humanismo, al tiempo que es uno de los elementos que lo componen. La «cientificidad», la objetividad del médico, proporciona una visión del individuo, definiéndolo como normal, o como anormal, e impone una opción: garantizar la supervivencia a toda costa del individuo, o la eliminación de aquellos a quienes la medicina puede seleccionar en función de los criterios que establece.

La dramatización que impusieron ciertos hechos nacionales e internacionales tales como el fascismo no basta para demostrar que la humanidad ha hecho su opción y ha resuelto los problemas que los progresos de la medicina permiten sólo empezar a plantear. Los efectos del discurso médico se hacen sentir sólo desde épocas muy recientes, pero el problema está planteado desde que el discurso médico existe. Hipócrates, que era poco sospechoso de complacencia con

SUJETO-SUPUESTO-SABER

la religión, decía que los médicos son «hombres sagrados», y también nuestros contemporáneos consideran de buen grado que la medicina es un «sacerdocio», pese a la escasa ascesis que reclama en realidad el ejercicio de la profesión. Precisamente porque el saber médico sólo existe y se sostiene gracias a un discurso, no puede pretender la inocencia de la pura objetividad científica, y ordena la relación de un hombre (el médico en tanto funcionario del discurso médico) con otro hombre, el enfermo. Las tomas de posición que de ello se desprenden nada tienen que ver con un saber natural, con una «sabiduría de la vida». Ellas instituyen otro orden de cosas, emparentado con el que instaura una orden religiosa.

El saber médico funciona en el desconocimiento del discurso que lo constituye: "Las hipótesis pasan, la observación queda: una mirada lanzada sobre nuestro arte nos lo representa como una inmensa columna que se levanta en medio de los siglos, de un lado sobre la base siempre intacta de los hechos observados, y del otro sobre las ruinas dispersas de las opiniones humanas..." Esta representación pomposa e ingenuamente fálica del bien común de los médicos consagra, dentro de la más pura tradición médica, el don de observación como la virtud por excelencia del médico; y desdeña las opiniones humanas, incluidas las médicas, es decir, en lo esencial desdeña las teorías. El cuerpo del saber ha de considerarse en sí mismo, independientemente de lo que lo ha hecho necesario y sólo posible. Sólo su coherencia lo justifica, y su alcance significativo sobre las relaciones humanas es una incidencia posterior, por no decir secundaria. Paralelamente, se ignora lo que ha producido ese saber, o al menos no se lo ha hecho objeto de ningún estudio científico. La explicación por el don de observación, el genio de los grandes

1. Bichat, *Œuvre dédiée à Dassault*, citado en Mondor, *Les Grands Médecins*, p. 79.

médicos, ataja cualquier otra evaluación del proceso de descubrimiento. En el fondo, esta explicación que no lo es, pero que tiene fácil aceptación porque es halagadora para los médicos, se satisface con un pragmatismo que no deja mucho lugar para la teoría, reduciéndola a la función de soporte contingente e ideológico del pensamiento. La medicina, lo mismo que la ciencia en general, no está lejos de pensar que su progreso se debe a una sucesión de ensayos, de errores, y el mérito del cuerpo de enseñantes consiste en haber retenido, registrado, transmitido tan sólo los logros a las generaciones siguientes.

Con ello el saber que capitaliza el cuerpo médico es un saber universitario, y se jacta de no ser patrimonio de un solo hombre. De modo que lejos de aspirar a formar médicos que posean la totalidad del saber médico, los estudios de los médicos se dirigen a imponer una justa relación con el saber. Una encuesta reciente² señalaba que el 92% de los médicos y el 91% de los estudiantes de medicina estiman que los estudios les preparan insuficientemente para el ejercicio de la profesión: lo que significa prácticamente el 100%, si tenemos en cuenta el hecho de que muchos médicos están estrechamente especializados, otros son poco exigentes, otros son presuntuosos. Entonces se saca la apresurada conclusión de que los estudios están mal concebidos, demasiado centrados en las «ciencias fundamentales», de escasa utilidad en la práctica. Sin embargo, los estudios de medicina no son criticables desde ese punto de vista, porque sería desconocer que no es su objetivo formar «buenos» médicos. Ante todo se proponen inculcar una determinada idea sobre el saber médico. Lo más importante es enseñarles a los médicos que no pueden saberlo todo, distanciarlos de un saber pragmático, empírico y hábil que podría imponer respeto como si de un verdadero saber se tratase. De modo que el estudiante ha de aprender ante todo que el saber médico no reside en lo que él pudo retener. También aprenderá que los depositarios de

2. *Le Quotidien du médecin*, 76.

SUJETO-SUPUESTO-SABER

ese saber son otros. G. Duhamel llegó a escribir³: "Hijo de médico, médico yo también, padre y tío de médicos, tengo el derecho y el deber de preguntarme a veces qué le debo a la medicina... Ante todo me ha inspirado el sentido de la subordinación, el respeto por el maestro y por la justa jerarquía. En Francia la enseñanza de la medicina está regida todavía por costumbres sabias y prudentes. En la escuela y en el hospital se realiza bajo la dirección de hombres experimentados cuyas virtudes se pusieron en evidencia a lo largo de múltiples pruebas, y que mantienen con sus alumnos relaciones personales frecuentes y prolongadas. Todavía se les llama «patrones». El estudiante no los llama familiarmente «querido maestro», dice escuetamente «Monsieur», pero pronuncia esa simple palabra de un modo tal que nadie se engañaría..."

Sería un error no leer en este texto, que debiera figurar en una antología de la ideología médica, nada más que la glorificación de la estructura feudal de la jerarquía que reina en el cuerpo médico. Porque no basta con denunciar los «errores» de los estudios médicos, el paternalismo de quienes son denominados precisamente patrones frente a simples facultativos. Se trata de la relación de cada médico con el saber médico. Así como el enfermo se encuentra en la situación de «aquél que no sabe» ante alguien que es el representante y el funcionario del saber, cada médico tiene por encima de él a un sujeto de quien se supone que sabe más que él. Decimos que «se supone» porque la jerarquía no tiene límites hacia arriba, y siempre hay un médico (si es posible extranjero), una publicación realizada o por venir, que contendrá el saber en el que puede inscribirse lo desconocido de la enfermedad. Con ello, la angustia de la que es portadora toda enfermedad es reductible a un saber en defecto, falla que los equipos de investigación tienden a subsanar. Al *cuerpo del enfermo* que ya no garantiza su propia coheren-

3. G. Duhamel, "Forme et Couleurs", *Sur la formation médicale*, 1943, nº 3.

EL ORDEN MEDICO

cia, su normatividad, se le puede oponer un *cuerpo de saber* cuya coherencia es proporcionada por la cientificidad, y ese cuerpo de saber es, por su parte, propiedad de un *cuerpo médico*, no dissociable en sus distintos elementos.

Cada médico particular no es más que uno de los representantes del saber médico; es su funcionario, dado que su función es interpretarlo y aplicarlo. El ideal de la relación médico-enfermo implica tanto el anonimato del médico como el del paciente. El médico puede hacerse sustituir, aun en lo que se ha convenido en llamar todavía la práctica liberal. Y en el hospital es especialmente evidente que el enfermo no elige a su médico, que un médico sucede al otro de acuerdo con los horarios y los turnos de guardia de cada uno. Si la sensibilidad del enfermo es afectada por eso, esa es otra cuestión, y a veces los médicos intentan darse cuenta de si es así. Pero el cuerpo médico nunca piensa que eso pueda afectar a la tarea médica propiamente dicha, al contrario, la presencia de hecho de varios médicos sirve para paliar los eventuales errores y carencias de uno u otro entre ellos. Cada vez más, el enfermo se las tiene que ver con una consulta en grupo, o con un equipo de médicos que se consultan y que se mandan los enfermos uno a otro en función de sus especialidades, y cuando es hospitalizado, acude a un «servicio» que lleva sin duda el nombre de un «patrón», pero es probable que el enfermo no vea nunca al responsable del servicio, y se las tendrá que ver con un grupo de médicos, asistentes, internos, externos, que delegan y mezclan sus responsabilidades, firmando uno lo que habrá recetado el otro en función de los análisis practicados por un tercero, un cuarto, etc.

En definitiva, el mito se constituye cada vez más con un cuerpo de saber que podría y debería reunirse en un ordenador que hubiese capitalizado todo el saber (cosa que no cabe esperar de ninguna memoria humana), mito que a veces es enunciado expresamente⁴. El médico desempeñaría allí la

4. Hamburger, *La Puisance et la Fragilité*, op. cit., pp. 91-96.

SUJETO-SUPUESTO-SABER

función del sirviente que lleva a la máquina las informaciones, y sin duda garantizaría también la función de *public-relations* de la máquina. El hecho de que este sueño, que también podría considerarse una pesadilla, pueda materializarse en parte en un futuro próximo, no debe impedir que lo consideremos un mito.

El mito es el de un «saberlo todo», un «*saber absoluto*», que permitiría el acceso a un saber total acerca del cuerpo enfermo. Mito lo suficientemente apremiante como para que los médicos, que participan de ese mito general de la ciencia, dejen de hacerse preguntas acerca de lo que constituye ese saber y sobre su metodología. Al limitarse a hacer la contabilidad del saber acumulado, la medicina se refiere a su finalidad (el saber absoluto); da una interpretación teleológica de su constitución progresiva. De modo que no hay una historia de la medicina propiamente dicha, y los médicos se ven llevados a hablar de la «evolución» y del «progreso» de su ciencia y de su arte. Admiten sus aspectos anecdóticos, pintorescos, pero estos son siempre contingentes respecto de esa culminación final que es un saber totalizador, hacia el cual no dudan que tienden las investigaciones emprendidas por aquí y por allá; a tientas y a ciegas antaño y en las culturas no occidentales, coherentes y organizadas de unos siglos a esta parte, en relación con el perfeccionamiento de la supremacía de la ciencia. "El tiempo —como lo hace notar con exactitud Dominique Lecourt⁵— no tiene nada que ver. O mejor dicho: el tiempo sólo puede intervenir bajo la forma de la *demora* y de la *anticipación*. La historia de la ciencia es sólo un desarrollo, a lo sumo una evolución que lleva al conocimiento desde el error a la verdad; donde todos los conocimientos se miden de acuerdo con el último en surgir."

Al considerar que en última instancia no hay otra referencia que este saber absoluto y totalizador, que todo cono-

5. D. Lecourt, *Pour une critique de l'épistémologie*, Maspero, Paris, 1972, p. 11.

EL ORDEN MEDICO

cimiento se evalúa en la medida de su coherencia con el discurso médico, la medicina se cierra sobre sí misma en un *positivismo* tanto más riguroso cuanto que descuida incluso el enunciarlo en términos filosóficos. Si se somete a la crítica, es sólo a la crítica interna, y no recibe elementos extraños sino reduciéndolos a lo que no empaña su propia lógica. Es fácil imaginar la ignorancia sistemática de los saberes parciales que esta exigencia ha necesitado en el curso de los siglos: remedios de comadres y curanderos, de charlatanes y brujas, medicinas extranjeras o exóticas, cuyas experiencias y recetas, después de suscitar un movimiento de curiosidad, terminaron siendo arrojadas al capítulo de los maleficios demoníacos, brujerías, prácticas mágicas o supersticiosas. El escaso interés que se ha puesto de nuevo en todo ello se debe exclusivamente a la convicción adquirida de que todo eso es integrable en una ciencia que ha llegado un grado suficiente de madurez como para poder explicarlo todo. Sin duda se espera que la «hierba» utilizada empíricamente le confiese a la ciencia su alcaloide; pero si no lo tiene ¿habrá que fiarse del testimonio de quienes la utilizan? La seguridad con la que se explica la acupuntura en terminología de arcos reflejos, teoría que siempre recibe los honores cuando aparece, ignora deliberadamente que la medicina china se funda en la oposición de un principio femenino y un principio masculino, y que siempre se ha desentendido de la anatomía y de toda localización precisa para la aplicación de las agujas. Pero es el colmo que se haya llegado a justificar la medicina «coprológica» del Egipto antiguo por un conocimiento intuitivo de la acción de los antibióticos presentes en los excrementos. Esta recuperación de recetas y de prácticas, más complejas sin duda, por parte de la medicina contemporánea en la medida en que puede comprenderlas, testimonia ante todo la falta de interés de los médicos respecto de los intentos originales.

Habría mucho que decir, o mejor dicho que enumerar, acerca de lo que la medicina contemporánea ha perdido e ignora; por cierto que los médicos no dejan de observar en

múltiples circunstancias que se les escapa algo que tiene que ver con la relación que hay entre la evolución de las enfermedades, su aparición y su desaparición, y lo que no pueden situar en el marco confuso de lo «moral», en el cajón de sastre del «factor psíquico». Pero ahí reside lo que no se puede integrar en un proyecto exactamente científico donde el saber se identifica con el saber de lo previsible. No hay ninguna posibilidad de un saber totalizador acerca del deseo y del goce, no hay dominio posible, nada puede decirse en términos de un discurso médico en el cual el saber es indisoluble del poder que procura. De modo que la medicina se mantiene radicalmente ignorante no sólo de la sexualidad, como se ha dicho tantas veces, sino también de la muerte en tanto tal (se limita a conocer los caminos de acceso a ella), y de las funciones vitales esenciales (nutrición, respiración, motricidad...) en la medida en que son fuente de goce y de sufrimiento, y significativas como tales. Así es como el saber médico es notable tanto por lo que disgrega como por lo que instaura.

El desvanecimiento de la dimensión subjetiva del sufrimiento en favor de la dimensión objetiva del saber instituye una sacralización. Ya no se le ofrecen los sufrimientos al Señor, sino a la ciencia. En el momento en que el cuerpo, dismantelado en su aptitud para garantizar su defensa, para ser objeto de goce para sí o para otro, puede sobrevivir aún un tiempo como constituido en el lenguaje médico, como constituyente de su discurso en la medida en que es susceptible de ser materia de enseñanza. El campesino a quien le repugnaba recurrir al médico cuando estaba enfermo, apelaba a él en el momento en que la muerte se convertía en una certeza. Todavía hoy, podemos descuidar una enfermedad, pero no morimos sin «auxilio médico». Presencia ritual y actos rituales. Ante aquél que va a morir, siempre quedan por cumplirse ciertos gestos, aun cuando nadie, ni el interesado, ni la familia, ni el cuerpo médico crean en su eficacia. No nos resignamos a encogernos de hombros, a confesar la impotencia, la derrota. Ya que hay que morir, más vale morir

EL ORDEN MEDICO

dentro del orden. Si bien no es verdad que con los médicos "el enfermo muere curado", en cambio sí es verdad que cuando muere dentro del orden, dentro del Orden médico, cuando se sabe qué es lo que lo ha matado, se ha ganado algo sobre la muerte: se ha marcado un punto en las futuras luchas de la humanidad contra el destino. Es asombrosa la docilidad con la que los moribundos, las familias de los moribundos, particularmente las de los niños destinados a morir, aceptan que se les prolonguen los sufrimientos. Hay algo que se aúna con el sacrificio humano que nuestras religiones reprueban. La sacralización del sufrimiento y de la muerte los inscribe en el sistema simbólico del discurso médico y la trasciende. El hecho de que los médicos se defiendan de ella con la pretensión de que no hay que hacer nada en nombre de la ciencia que vaya en detrimento del enfermo no modifica nada en el asunto. La práctica cotidiana (al menos el rechazo de la eutanasia, para la que se pretexto la ley referida al rechazo de asistencia a alguien en peligro de muerte, o se invocan las incertidumbres del saber médico) cumple la sacralización de la enfermedad que constituye su inscripción lo más precisa posible en el discurso médico. Implacablemente, salvo excepciones que constituyen transgresiones. Por lo demás, ¿por qué ofenderse, cuando se esperan sacrificios individuales también por la causa de la patria o por la causa revolucionaria? El sacrificio personal por la causa de la ciencia es tanto más fácil de obtener cuanto que se le pide a alguien que de todos modos se considera perdido.

La medicina no debe exclusivamente a sus orígenes esta función sacralizadora. Las Asclepiádes eran todavía templos donde se imploraba a los dioses; también eran ya hospitales. Pero el hospital se ha convertido en el templo moderno, el templo de la ciencia. Al hospital se acude para nacer, para sufrir, para morir. Es cierto que nadie se priva de impugnar a la medicina, y hasta los principios de toda medicina. Ivan Illich⁶, entre todos, se ha dedicado a ello con gran talento.

6. I. Illich, *Némésis médicale: expropriation de la santé*, Le Seuil, 1975.

SUJETO-SUPUESTO-SABER

Pero qué importa, si llegado el momento, es decir, ante la muerte, la enfermedad... o incluso ante una parasitosis banal o una jaqueca, nadie se resistiría a emplear el saber médico, que es manifiestamente activo. Podemos evaluar entonces que las tomas de posición más vigorosas se doblegan cuando nos vemos confrontados con las realidades de la enfermedad. ¿En qué acaban las refutaciones más vigorosas, sino en aconsejar prudencia... es decir, en reiterar el antiguo adagio médico, *Primum non nocere*? La incredulidad tiene poco peso desde el momento en que acabamos cumpliendo los ritos. Observarlos es un alivio, y el resultado es la salvación. A fuerza de tomar agua bendita (a la venta en las farmacias) acaba viniendo la fe. La medicina realiza bastantes milagros como para que podamos ponerla en duda. Sin embargo es un error creer que el principal argumento en favor de la medicina se refiere a sus ostensibles logros, de los que demasiado de buen grado se dice que se remontan a unas pocas décadas. Es la *promesa del éxito*, que es promesa de un «*plus de goce*» que constituye la justificación de la medicina, promesa que no concierne al individuo solamente, sino a toda la humanidad en las generaciones futuras. Se nos promete un porvenir en el que el hombre, entre una y otra de sus estancias en el hospital (inevitables porque por lo menos nacerá y morirá ahí) será sistemáticamente examinado, radiografiado, verificado, provisto de regímenes y tratamientos preventivos que le garantizarán la *seguridad*, seguridad individual y social. La felicidad es previsible en este universo sin riesgos. Hasta la sexualidad tendrá que inscribirse en él. Se hace lo posible para ello. El *Informe Kinsey* y el *Informe Simon* constituyen las bases científicas de los monumentos de pedantería que se preparan para nuestra «higiene» sexual. Si hay mentalidades tristes que se ofenden por eso, ¿no están un poco enfermos (de la cabeza)? A ellos se les reservan las virtudes de la psicoterapia. ¿No era el término «*psicoterapia*» el que usaba la Grecia cristiana para denominar la acción de convertir a los paganos?

La medicina hace milagros. Pero desconfía de ellos.

EL ORDEN MEDICO

También la Iglesia rechaza los suyos cuando carecen de significación espiritual, porque son sospechosos de ser obra de la herejía o del diablo. Asimismo los milagros de la medicina siempre son sospechosos de ser el efecto de una vil sugestión cuando no se los puede interpretar en su orden, o cuando remiten a una comprensión demasiado vulgar. Razón por la cual los empiristas, ensalmadores, curanderos, barberos, todos aquellos a quienes se puede juzgar de viso, siempre constituyeron una casta aparte, una casta despreciada, en el medio médico. En casi todas las medicinas encontramos una distinción análoga; estaban los verdaderos médicos, que solían ser sacerdotes, poseedores de un saber verdadero, esotérico, a menudo religioso o mágico, el *Xabu* (Egipto), el *Asijutu* (Babilonia), el *Won* (China), el *Echuri* (Incas), el *Simana* (Tarascos), el *Tetlamicailico* (Nahuatl). Y por otra parte los que curaban, el *Swan* (Egipto), el *Asutu* (Babilonia), el *Yi* (China), el *Sncoyoc* (México), el *Xerhica* (Tarascos), el *Ahemn* (Mayas), el *Ticil* (Aztecas) ⁷.

El esoterismo y el carácter religioso del saber médico son afirmados continuamente. Los médicos deben preservarlos porque "han recibido de los dioses los principios que nos han transmitido". La práctica de la medicina sigue exigiendo la prestación de juramento, por curiosa que se haya vuelto esta práctica en nuestra sociedad. El juramento dice explícitamente: "Colocaré a mi maestro de medicina en el mismo rango que los autores de mis días, compartiré con él mi haber, y llegado el caso proveeré a sus necesidades; sus hijos serán hermanos para mí, y si quieren aprender medicina yo se la enseñaré sin salario ni compromiso. Haré participar de los preceptos, de las lecciones orales y del resto de la enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro, y a los discípulos vinculados a la ley médica mediante un compromiso o un juramento, pero a nadie más⁸." Hace milenios que el modo de

7. *Histoire de la médecine dans l'Antiquité, op. cit.*

8. Inscrición del gran anfiteatro, antigua Facultad de Medicina de París.

SUJETO-SUPUESTO-SABER

funcionamiento y de reclutamiento de los médicos prácticamente no se ha modificado. El nepotismo sigue reinando ampliamente en los servicios hospitalarios. Hay familias de médicos, de padre a hijo y a sobrino, cuando no a yerno. Está sobre todo la gran familia de los médicos. En un servicio, el «patrón» merece ese nombre. Es paternal, asegura a sus protegidos salidas y prebendas, no sin razones, porque la selección operada por la Facultad y los concursos hospitalarios no es demasiado convincente.

Proteger el secreto es el corolario de la instauración del saber. Cuando hay secreto es porque hay saber, y saber efectivo. Sólo se oculta lo que es precioso y posee un poder. Necesidad evidente en una época en que el saber médico era muy escaso. Cuando Hipócrates refiriéndose a ese saber dice: "Está prohibido divulgarlo entre los profanos"⁹, da lugar a que sospechemos que una intención puramente corporativa podía incitar a no revelar demasiado la escasa sustancia de un saber todavía embrionario. Y cuando ese mismo autor, tan capaz de resumir en un breve aforismo una rica descripción clínica consagra todo un capítulo a la preparación de las decocciones de cebada, vilipendiando a aquellos de sus colegas que preconizan otros métodos, no conseguimos convencernos de que el padre de la medicina hubiera encontrado el remedio soberano contra las fiebres, sino más bien de que trataba de lograr el consenso del cuerpo médico para una terapéutica dudosa. La receta, en este caso una receta de cocina, suscita problemas que evocan antes la cocina interna de un cuerpo constituido, mal constituido, que la discusión científica. Sin duda, se trataba más de ponerse de acuerdo respecto de una política común que de estudiar la legitimidad de un procedimiento.

Es probable que nuestras polémicas científicas contemporáneas sean más serias, pero no es menos cierto que la aridez de un lenguaje técnico preserva al cuerpo médico de la

9. Hipócrates, *Œuvres complètes*, *Le Serment*, livre II, Javal et Bourdeaux, 1932, p. 3.

EL ORDEN MEDICO

crítica de un público que no por eso tiene en menor medida el sentimiento de que a menudo las tomas de posición del médico dependen de la moda vigente. La lectura de las teorías médicas que por turnos fundan distintas posiciones es edificante desde este punto de vista, y nos deja perplejos respecto de las garantías que podemos tener en cuanto a lo que se nos presenta como sólida y definitivamente adquirido. Pero el secreto resulta siempre justificado a través de la afirmación de que el profano no puede tener acceso a los arcanos de una disciplina que es cada día más compleja.

Sin embargo, es cierto que el sentido esencial de la protección del saber médico no consiste en ponerlo al abrigo de las críticas que podrían suscitar sus inexactitudes y sus fracasos. Se trata ante todo de proteger la famosa *mirada médica*. Para ver, el ojo no ha de ser visto. Para legislar, el orden médico no debe someterse a ninguna ley que le sea extraña. No existe saber sobre lo que no se refiera a un saber totalizador y absoluto, postulado por una ideología positivista.

Lo que no puede enunciar la medicina es lo que distingue radicalmente su propio saber de lo que cabría llamar el *saber del instinto*, o más bien, para evitar lo que implica de incierto, y hasta de místico, el término instinto, el saber del que es portador el organismo y que le permite garantizar su conservación y su reproducción. Saber seguro y complejo, aun cuando pueda ser sorprendido en falta o inducido a error; no cabe duda de que es transmitido hereditariamente, y no se reduce a una adquisición por aprendizaje; tampoco es reductible al saber de las cosas, ese saber que hace que una molécula reconozca a la molécula con la que va a combinarse. El saber del instinto implica que se opera una selección, y que se retenga solamente un saber compatible con la supervivencia de la especie, que por eso mismo la asegura. Los trabajos de los biólogos han demostrado la existencia de ese saber¹⁰. La genética puede considerarse esencialmente como

10. Sobre todo F. Jacob, *La logique du vivant*, hay versión en castellano, *La lógica de lo viviente*, Laia, Barcelona, 1977; J. Monod, *El azar y la necesidad*, op. cit.

SUJETO-SUPUESTO-SABER

el estudio de la transmisión de la información necesaria para la constitución del animal (o del hombre) adulto, tanto en el nivel morfológico como en el de sus posibilidades de adaptación y reproducción que es, digámoslo una vez más, un saber muy complejo. Sabemos que esta transmisión puede fallar, ocasionando mutaciones y anomalías genéticas.

De todos modos, este saber no puede identificarse con el saber científico, en particular médico, y todo razonamiento por analogía sería engañoso. El saber científico no tiene soporte genético. Su único soporte es el lenguaje. En este sentido, obedece a sus leyes. Al menos cabe decir que está contenido en el *enunciado* del discurso científico sin que pueda inferirse sin embargo que su *enunciador* lo sepa: el copista, el que recita, pueden transmitir lo que ellos mismos no saben. El sueño dice lo que quien sueña no sabe, o no sabe todavía. El poeta, el sabio, el filósofo, no saben el alcance de lo que enuncian. Toda formulación, y sin duda más que ninguna otra una formulación matemática, tiene la peculiaridad de que sus implicaciones y aplicaciones son múltiples, debido al carácter intercambiable de los elementos que la constituyen.

De modo que el problema del saber de que un texto es portador no es reductible al saber de quien lo enuncia. La experiencia del psicoanálisis, que es una experiencia del discurso, es una experiencia donde se pone en evidencia más que en ninguna otra parte el hecho de que decimos más de lo que sabemos, y de que descubrimos que lo sabemos en un momento posterior. Nos damos cuenta de que hemos «hallado» (en el sentido en que el hallazgo es el «tropo», la figura estilística) una respuesta (no necesariamente exacta) a una pregunta que no habíamos planteado. El problema del sujeto se desliza del sujeto que enuncia el discurso al sujeto contenido en el discurso mismo.

No por eso se *supone* en menor medida que el enunciador del discurso sabe lo que dice, y lo supone más el que lo escucha que el que lo pronuncia. De ahí proviene la jerarquía del saber, particularmente notable en medicina. El en-

EL ORDEN MEDICO

fermo supone que el médico sabe más que él (que su organismo), el médico supone que el especialista, el patrón, sabe más que él, y el patrón supone que en alguna parte (en el futuro) existirá un saber totalizador. El elemento constituyente de esta jerarquía es el «no-saber» del organismo ante su «enfermedad»; y por esa razón el médico se ve promovido a la función de «Sujeto-supuesto-saber». El médico es ante todo «médico a su pesar», una exigencia que no es la suya, aunque él la comparte, lo ha elevado a ese puesto insostenible, la exigencia de una sociedad que en los juegos del lenguaje ha experimentado la posibilidad de ejercer un dominio sobre un real cuya esencia permanece sin embargo inaccesible.

Lo que Lacan llamó "la función sacralizada" del médico está vinculada con ese poder del discurso, poder de constituir un corpus que no es solamente de saber, a través del cual algo se propone y hasta se impone a quien tenga acceso a él. Los psicoanalistas no debieran olvidar que sus pacientes los colocan de entrada en ese sitio instaurado por generaciones de médicos, y que esto sucede cualquiera que sea el deseo que los pacientes pueden afirmar en cuanto al rechazo de una medicalización de aquello de lo que acaban de hablar. Porque siempre se trata de encontrar lo que el orden del discurso (de todo discurso) permite modificar en su propio destino.

*El ser sufriente - a la espera.
El enfermo.*

Lo que el enfermo no le pide al médico es que lo cure: porque eso se sobreentiende, porque la convención implícita en la consulta médica es que quien acude a la consulta está enfermo y espera del médico dejar de estarlo. Convención de la que cabe dudar que sea respetada realmente cuando el que viene a consulta tiene interés en ser reconocido como enfermo, especialmente para evadir obligaciones militares o profesionales o para conseguir alguna indemnización después de una enfermedad o de un accidente provocado por terceros. A los médicos no les gusta prestarse a esta medicina. No porque les obligue a sospechar de la veracidad de las afirmaciones del paciente —siempre sospechan de ella— sino porque la convención implícita de la demanda de curación resulta impugnada. Se considera que la práctica liberal de la medicina le asegura al médico que el enfermo es ante todo, si no exclusivamente, demandante. Razón por la cual el cuerpo médico se ve sujeto, más que el público, a una práctica llamada liberal, porque sólo ella constituye el fundamento ideológico de la medicina que es el deber de curar.

Sin embargo no es todo tan simple. Leriche habló de una “enfermedad del enfermo” caracterizada por el dolor que ex-

perimenta. Habría que decir más bien «*sufrimiento*», término que incluye al dolor, pero designa de modo más general el estado de tensión interna que ha de culminar en una resolución, especialmente en la crisis que señala el apogeo y el fin de las afecciones agudas descritas por los autores antiguos. «*Sufrimiento*», pues, con su connotación de «estar a la espera»*.

Ahora bien, no es en absoluto evidente que este estado de tensión del organismo deba ser considerado exclusivamente bajo el ángulo del dolor. Cuando Leriche dice que la salud es "el silencio de los órganos" olvida que la tensión del deseo sexual (y la del hambre, etc.) no es por cierto el silencio de los órganos. Una buena salud sin deseo sexual, sin hambre, sin sed, sin fatiga, sin necesidad de dormir, etc. es decir, sin estados de tensión, no sería salud. Y esos estados de tensión no son desagradables en sí mismos, no sólo en función de la promesa de saciedad, de distensión, de una descarga próxima, sino porque atestiguan una exigencia de la vida. Así que no es en absoluto ilegítimo hablar de una erotización de las sensaciones coenestésicas, aun cuando nos neguemos a incluir en ese término hechos de los que se beneficia el masoquismo.

De modo que sería abusivo pensar a priori que todo estado de tensión no espera más que una resolución, y sobre todo una resolución médica. Todos los médicos conocen a esas personas que tienen achaques continuos, y de quienes nadie —ni el médico, ni el contorno, ni el interesado mismo— imaginaría que pueden vivir sin sus pequeñas miserias. Más aún, hay casos en que una enfermedad accidental más o menos grave transforma favorablemente las relaciones con el mundo de la persona que la padece, hasta el punto de que temporariamente desaparecen graves manifestaciones neuróticas o psicóticas (cosa que no significa en

* El autor emplea la locución «*en souffrance*», que en lenguaje coloquial significa «a la espera», aplicado por ejemplo a una carta o paquete que todavía no ha sido entregado. Este es el sentido que retoma al explicar por qué prefiere el término «*souffrance*» y no «*douleur*». (N. del T.)

EL SER SUFRIENTE-A LA ESPERA

modo alguno, como se ha dicho apresuradamente, que las enfermedades psicosomáticas tengan que ver con la psicosis). Es indudable que la erotización de todo el cuerpo o de una parte de él a causa de una enfermedad (o de un embarazo) permite focalizar los estados de tensión, ofreciendo así una «solución» tal vez mediocre, pero tranquilizadora, a conflictos psíquicos insuperables.

Para muchos enfermos la enfermedad constituye un verdadero estatuto social y familiar que le confiere al sujeto una existencia que sin ella no tendría. En *La montaña mágica*, Thomas Mann ha mostrado cómo una comunidad de enfermos constituye un conjunto de significantes a partir de los síntomas de cada cual, confiriéndoles, si no una personalidad, si al menos una identidad. Lo mismo sucede en la vida familiar y social, donde es evidente que todo grupo social necesita tener su cretino (cristiano), su loco, su alcohólico, etc., que representan el papel de payasos y dicen la verdad que nadie se anima a decir, al tiempo que con el espectáculo de sus deformidades físicas y mentales demuestran qué hermoso y razonable es el resto de la sociedad. Los patronímicos, herencia de los motes que se le aplicaban a algún lejano antepasado, muchas veces dan cuenta de una enfermedad o de un defecto. Así es como la enfermedad es una tarjeta de presentación que señala e instaura relaciones humanas; al menos una relación, la que se establece con el médico. No es una relación demasiado satisfactoria, ni para el enfermo ni para el médico; pero el enfermo no renuncia a ella, pese a resultarle onerosa en más de un sentido. ¿Acaso no hay hombres que con las mujeres sólo entablan relaciones onerosas, aun cuando no se trate de prostitutas profesionales? La inversa es igualmente cierta, o casi. En estos casos, el dinero constituye una especie de garantía de que la relación no se extinguirá. En circunstancias en las que se establece una relación de tipo médico, el deseo de curar no está del lado del enfermo, porque éste no tiene, o casi no tiene, otra relación. Más bien está del lado del médico, pero debiera llamarse deseo de liberarse de un importuno.

EL ORDEN MEDICO

Así que el deseo de reconocimiento es pues, antes que nada, deseo de existencia; y para existir en el discurso médico, y por consiguiente ante el médico, hay que estar enfermo. Ciertamente que a veces no basta querer estar enfermo para enfermarse, pero cuando eso ocurre no hay que extrañarse de que el deseo de curar no sea tan intenso como se pretende. No hay ninguna necesidad de que la consulta sea interesada (por razones materiales) para que esté pervertida la convención implícita de una cura a solicitar. Alertado ocasionalmente de la existencia de una situación así, el médico se descarga a veces de ella derivándola a un psicoterapeuta. Con mayor frecuencia trata de manejar él mismo la situación. Pero en la mayoría de los casos se trata de una iniciativa condenada al fracaso, porque el enfermo desea precisamente ser reconocido sólo en un sitio de enfermo, en el discurso médico y en ninguna otra parte. Lo más frecuente es que médico y enfermo sepan mediante una convención tácita que, tras el tratamiento de una enfermedad, bien rotulada, se desenvuelve un juego cuyos elementos no conocen muy bien, y sobre el cual es preferible echar un púdico, y prudente, velo.

Sería abusivo transformar estos componentes de la demanda del enfermo en un elemento esencial de la consulta médica, introduciéndonos en una medicina psicósomática. Hay muchos otros: demanda de amor, provocar al médico para que haga una demostración de maestría, agresividad contra el hombre de ciencia y el burgués; demanda de que la autoridad del médico se interponga a modo de árbitro en un conflicto familiar, etc. Por lo general, el médico no ignora todo esto y se presta más o menos de buen grado a lo que se le propone, en función de sus tendencias personales y de la noción que tiene acerca de la función social del médico. Le sucede, y a menudo no sin riesgo, que se sale de la ortodoxia de su profesión haciendo practicar análisis paraclínicos que ocupan al enfermo y le dan la impresión de que alguien se ocupa mucho de él; dando un calmante al niño que alivia apenas la angustia de la madre; internando a un anciano

no en el momento en que los miembros más jóvenes de la familia se van de vacaciones, etc. El orden médico se pone así al servicio de las fuerzas del orden social y familiar.

Todo esto es sólo uno de los aspectos, y en última instancia una extensión de la función del médico. En estas circunstancias el médico pone la enfermedad entre comillas, y percibe a su «enfermo» como amurallado en sus síntomas, de los que no quiere ser desalojado, con lo que expresa confusamente su desdicha personal, familiar y social. El sufrimiento del enfermo lo divide. No puede negarse a responder a lo que le solicita, porque su ética lo obliga a hacerlo, tampoco puede responder adecuadamente con el arsenal de que dispone, por importante que éste sea. Adivina que no es él con su saber médico el poseedor de la palabra clave del asunto, sino su paciente, en su historia personal, en su «neurosis», como suele decirse; pero desde el sitio que ocupa por lo general no puede hacer nada, porque cualquier cosa que diga será interpretada como una encubierta negativa del sufrimiento del paciente, es decir, como un rechazo.

Lo que es fundamental, y constante, en la constitución de la demanda del enfermo es su entrada en el discurso médico. Podemos dar cuenta de ello a través de algo que es más que una comparación, la entrada del niño en el discurso de su madre. Porque, así como el enfermo no puede asegurarse su curación, el niño, en su prematuración, no puede satisfacer por sí mismo los imperativos de sus *necesidades*. Las expresa a través de gritos inarticulados. Y la madre interpreta esos gritos como *demandas*: demanda de alimento, de calor, de higiene, de amor, etc. Su grito es ya demanda y palabra antes de ser articulado, porque es interpretado en el discurso de la madre, discurso ya constituido y preexistente al nacimiento del niño, sobre la base de lo que supuestamente necesita un bebé. La madre puede equivocarse en su interpretación de los gritos que oye; también puede no estar en condiciones de intervenir eficazmente, si el niño está enfermo o si padece trastornos pasajeros. Puede equivocarse, pero

EL ORDEN MEDICO

también puede considerar que ya en su grito el niño la engaña, finge necesitar algo cuando lo que busca es acaparar su atención, y tal vez de manera abusiva. Puede negarse a responder al grito del niño por esa razón, en función de principios educativos; o bien acepta entrar en el juego viendo en el grito una demanda de amor a la que sería cruel y nefasto, incluso en el plano educativo, no responder. A partir del momento en que la necesidad, por imperiosa que sea, pasa por ese llamado que tiene lugar en el discurso maternal, deja de ser un grito para convertirse en palabra, ocupa un lugar en el lenguaje o más bien en la lengua llamada, y con exactitud, lengua materna. Se convierte en palabra, es decir, se hace sospechoso de mentir.

Ingresar en el discurso es ingresar en el discurso del Otro (que Lacan escribe A), porque es el Otro quien capitaliza los significantes en los que ha de articularse todo, lo que no quiere decir no importa cómo, puesto que el lenguaje es portador de las articulaciones específicas que lo constituyen. En él es reconocible la dimensión del engaño, y lo reconoce la madre, que con razón sospecha que el niño la engaña, la hace acudir para satisfacer otra necesidad que la que parece prioritaria, para medir, por ejemplo, el poder que tiene sobre ella simulando dolor. Engaño mutuo, porque ella misma, la madre, puede negarse a entrar en ese juego para no dejar que el bebé le imponga sus normas, o por razones puramente materiales, porque no está en condiciones o dispuesta a apaciguar, al menos de inmediato, las necesidades del niño. Así el hambre o la sed pueden engañarse con un chupete o un sonajero, o haciéndole acariciar el gatito. Es un procedimiento que suele dar buenos resultados, y que el adulto utiliza consigo mismo cuando decide «pensar en otra cosa», cuando el asunto no marcha. El discurso tiene un poder considerable para desviar el deseo de su objeto, y los fetiches y sonajeros son incontables. De todas maneras, lo que al comienzo no era más que una necesidad inarticulada, introduce, al pasar por los desfiladeros del lenguaje la problemática del Otro. Para el niño, el deseo de la madre (que se

manifiesta al menos en la interpretación que ella hace de los gritos del niño) es determinante para su futuro y la organización de los deseos, según que se los considere como aceptables, en función también de lo que la madre puede tolerar o no, en función finalmente de los caminos de desvío del deseo que ella le propone o le impone al niño.

Así que el deseo es lo que emerge de la necesidad una vez que su manifestación (en el grito, y luego en la palabra) se ha apropiado de los caminos del lenguaje. Necesariamente sigue sus leyes. Freud enunció reiteradamente que la pulsión no existe fuera de lo que la representa. Los representantones pulsionales se sitúan allí donde pueden aparecer en el lenguaje. También pueden ser reprimidos, pero no la pulsión misma, lo cual significa que la pulsión se hace representar en otra parte bajo una forma irreconocible pero aceptable en el discurso del Otro. De manera que no todo se reduce a una problemática de la necesidad, y lo que el Sujeto atestigüa más profundamente en su demanda es su ser fallido, su incansable búsqueda del objeto susceptible de colmar esa falta, ese «objeto *a*» del que Lacan demostró que era constitutivo de su fantasma, y en relación al cual todo objeto (sea seno, pene...) desempeña la función de objeto sustituto.

El «sufrimiento» del enfermo es siempre también espera del reencuentro con el «objeto *a*», evocación de la esperanza de que una mano acogedora y providencial supo lo que convenía para asegurar un goce reencontrado de su propio cuerpo, y lo supo *con un saber que no podía tener él mismo*, en la confusión de sensaciones no formuladas en que se hallaba. Así que espera de otro, el médico, que detente la verdad sobre su sufrimiento y lo apacigüe.

El enfermo que recurre al médico está en la situación del niño que recurre a la madre. En el sentido de que uno y otro imputan a la persona a quien apelan un discurso donde su apelación puede ser interpretada. Lo mismo que el discurso de la madre para el niño, el discurso médico es totalizador. Cuando M. Foucault dice: "La medicina no está constituida por la totalidad de las verdades que cabe decir sobre la

enfermedad"¹, no podemos seguirlo rigurosamente porque la noción misma de enfermedad pertenece al discurso médico, y porque en la vocación de ese discurso, si no de hecho, está el decir toda la verdad sobre la enfermedad, porque es su objeto. Con mayor precisión habría que decir: "La medicina no está constituida por la totalidad de lo que cabe decir sobre el sufrimiento." Porque el sufrimiento remite al sujeto que lo experimenta a su fantasma y a lo que constituye ese fantasma, esto es, a su propia historia y al discurso que puede sostener sobre su historia. Sobre la enfermedad, no puede mantenerse otro discurso que el discurso médico, no un discurso moral, ni religioso, ni otro discurso científico, porque la noción de enfermedad está constituida por el discurso médico, y ese discurso es ordenador de cualquier consideración que pueda hacerse sobre la enfermedad. En cambio hay un solo discurso sobre el sufrimiento, y es el de la persona que lo experimenta, es decir, el del «enfermo», aun cuando no podemos designarlo con ese nombre sin entrar ya en el discurso médico.

La medicina no quiere ni puede saber nada de ese sufrimiento. En el discurso médico el sufrimiento se llama dolor, u opresión, o fiebre etc. Existe para el médico sólo como *síntoma*, es decir, en tanto es formulable en los significantes que constituyen un síndrome que tiene un lugar en la nosología. En el fondo, el enfermo no le habla al médico en tanto tal; habla de sí como hablaría de otro, y el interés de lo que dice se debe exclusivamente al hecho de que es un observador privilegiado de su enfermedad. Lo que dice pertenece siempre al orden de ese «33» que tiene que repetir en voz alta para que el médico, al auscultarle los pulmones, evalúe la «pectoriloquia». De lo que se dice, el médico retiene exclusivamente lo que resuena en el discurso médico. Le importa poco si el enfermo tuvo su primer dolor precordial el día en que murió su hermano. ¿Qué significan esas cosas para él, sino anécdotas, indiscreción? Y aun cuando le atribuyera importancia, ¿a qué práctica lo llevaría esa constatación?

1. M. Foucault, *L'Ordre du discours*, op. cit. p. 33.

EL SER SUFRIENTE-A LA ESPERA

De cualquier manera no irá a prohibirle al enfermo que sus familiares mueran. Para el médico, la fecha de la muerte del hermano sólo tiene interés como punto de referencia cronológico que permite fijar una fecha: lo necesita del mismo modo que necesita uno de los elementos de un balance que comprenda el estudio de las perturbaciones vasculares coronarias, sanguíneas, etc. No tiene nada que hacer con el sufrimiento del enfermo en tanto no se limite al espasmo y a la obliteración de la coronaria. Al resto sólo puede dedicarle vagas palabras de compasión y simpatía que dependen más de la caridad que de la medicina. Además se guardará bien de dejar que el enfermo hable demasiado de su vida, y de todos los elementos que no forman parte, que no son integrables al discurso médico. Por otra parte no tiene tiempo para ello, porque otros enfermos le esperan. En cuanto al enfermo, más vale que no hable, no sea que se canse.

El enfermo no puede ignorar que será escuchado a partir del discurso médico. Su demanda se organiza en función de lo que sabe o cree saber que será escuchado y retenido por parte del hombre de ciencia. La educación médica del público le impedirá importunarlos con detalles ociosos, de manera que el médico no tendrá que expurgar lo que dice su paciente, o tendrá que hacerlo en una medida mínima. Es más de temer que éste, preocupado por hacer bien las cosas (y por sustraerse a la indiscreción médica), venga con una organización demasiado perfecta de sus síntomas, a veces con un diagnóstico preparado, y hasta con un proyecto terapéutico, esperando que el médico lo precise, lo ponga a punto y lo ejecute. Cosa muy desagradable para el médico, a quien no le gusta una sumisión tan agresiva y que desearía menos presunción. Porque el enfermo, «sumido en su mal», es incapaz de juicio, diría Hipócrates. Y Fiessinger, citándose a sí mismo, afirma: "El enfermo razona con su sensibilidad y su emoción, lo que quiere decir que su razonamiento es falso²."

2. Fiessinger, *Le raisonnement en médecine*.

EL ORDEN MEDICO

El médico no espera que el enfermo razone. Sin duda habla, pero no puede saber lo que dice. Porque lo que dice de sus síntomas cobra sentido sólo en el discurso médico, y desde ese punto de vista lo que dice su cuerpo es más seguro que lo que dice su voz. Los «signos clínicos» comportan los signos físicos (y los signos paraclínicos), pero la sintomatología «subjetiva» es sospechosa. Todo síntoma que pueda lograrse por la sola voluntad del sujeto o por sugestión, todo síntoma «pitiático» corresponde a la categoría de la histeria y se sale del campo médico propiamente dicho. No obedece a las leyes que conoce la medicina, lo cual lleva a la medicina a sacar la precipitada conclusión de que no sigue ley ninguna, dado que las leyes de la pasión no pertenecen al orden de la ciencia. Las únicas leyes que conozca el médico sobre los síntomas histéricos son las de un juego que tiene sus reglas, pero son las reglas de un juego que es el puro artificio de la hipnosis y de la sugestión. Permiten, o al menos permitieron el lucimiento de talentos de prestidigitadores, donde las histéricas fueron las comparsas ideales de un juego de pasapasa, donde restituían, bajo la forma de síntomas, lo que había puesto allí la medicina.

Las histéricas no son las únicas que abordan la consulta con esas pasiones que las empujan a ofrecer síntomas al médico, ese pasto a disposición del deseo del médico. Pasto o más bien cebo, porque el destino de la histérica consiste en proporcionar un incentivo que no es seguido por el cortejo de síntomas que retendría realmente la atención del médico. Para el médico el «verdadero enfermo» es el portador de una sintomatología no flotante, sino inscrita en su cuerpo y que puede inscribirse en el saber médico. En un primer momento la demanda del «verdadero enfermo» no se distingue en nada de la demanda de la histérica. Lo que trae es un conjunto que se ofrece al examen, y el examen médico tiene en común con el examen universitario el hecho de recibir la sanción del hombre del saber, que le otorga la inscripción en ese orden, con la responsabilidad consiguiente; o un rechazo, una imposibilidad de inscripción, con la expulsión a la clase infe-

rior, la de la subjetividad. Todos sabemos que las leyes de admisión a los exámenes no obedecen solamente a una ponderada evaluación de competencias, sino también a elementos más sutiles, donde la sumisión del examinado al orden establecido y su seducción no son factores desdeñables. Esto para evocar sólo lo más evidente de esta confrontación con el examen cuya costumbre nos hace olvidar lo que tiene de increíble.

El examen no es sólo una situación encrucijada. También es una palabra encrucijada. J.P. Brisset, que fue Jefe de Policía y a quien todo el mundo considera como un loco, habla del examen en su *Grammaire logique*³.

"Je me exe à mine ai. Tu te exe a mine a. Le sexe a mine a. C'est le sexe à la main ou à la mine que l'ancêtre s'examinait, sexe à mine ai. Mine a valu main. La main faisait mine et minait le terrain. Che mine, chemine; che main, chemin, disaient également: ici, la main. Donc le créateur de: Je m'examinai, etc., disait: J'ai mon sexe à la main, etc. C'est en examinant son sexe que l'ancêtre faisai son examen, son sexe à la main, son exe à main, son sexe à main. L'examen du sexe est le premier que l'on subit en venant au monde"*

Texto subversivo y loco, por cierto. Pero hay una lógica del significante. Por haberla seguido, J.P. Brisset tiene al menos el mérito de restituírnos una verdad primera, sobre el primer examen, un examen médico, un examen sobre el sexo que determina la inscripción significativa para el registro civil y en el fantasma de los padres.

J.C. Morali, que dio este texto como tema de examen

3. *Grammaire logique*, de J. P. Brisset, presentada por M. Foucault.

* Texto incomprensible fuera del vocabulario y la pronunciación franceses. Literalmente dice:

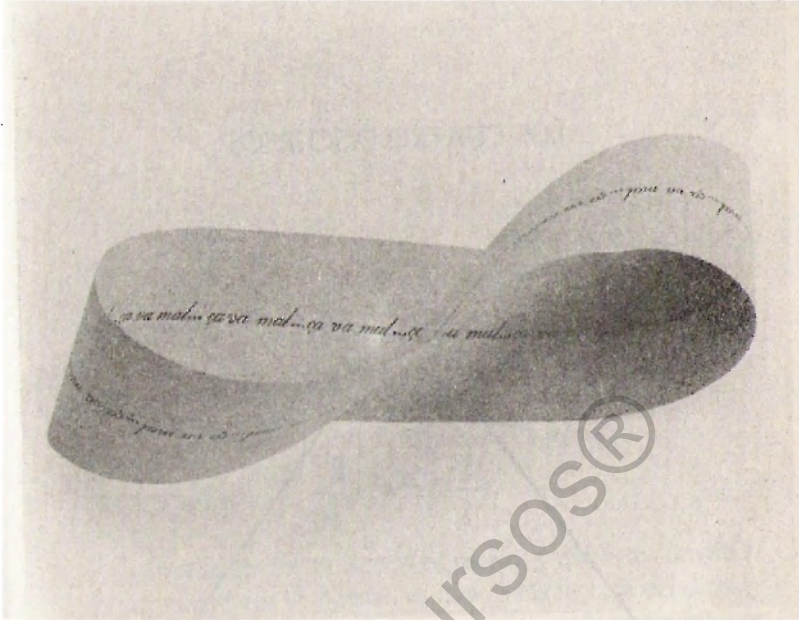
"Yo me exo a cara tengo. Tú te exa tiene cara tiene. El sexo tiene cara tiene. Es con el sexo en la mano o en la cara como se examinaba el antepasado, sexo con cara tengo. Cara valió mano. La mano hacía señas y minaba el terreno. Che cara, camina; che mano, camino, decían por igual: aquí, la mano. Entonces el creador de: Yo me examiné, etc. decía: Tengo mi sexo en la mano, etc. El antepasado hacía su examen examinando su sexo, con su sexo en la mano, su exo de mano, su sexo de mano. El examen del sexo es el primero que sufrimos cuando venimos al mundo." (N. del T.)

a sus alumnos de filosofía, también siguió esta lógica. Porque hubo de sufrir una sanción por parte de la Universidad... a causa de la presión de una personalidad extrauniversitaria que era... político, claro, ¡pero además médico y ginecólogo!

Porque ocupa la posición del examinador, de poseedor del saber, el médico coloca a su enfermo en una situación *dividida*, que se traduce en primer lugar en la ruptura que se produce entre el hombre y la enfermedad. El médico no escuchará nada acerca de lo que la enfermedad despierta del lado del fantasma, porque no está obligado a saberlo, salvo para sospechar sus efectos que corren el riesgo de entorpecer su intervención. Por otra parte, el enfermo puede encontrar satisfacción en la situación regresiva que le permite su estado, para limitarse a esperar que toda solución a su fantasma, toda resolución de tensión provengan de aquél en cuyas manos se ha entregado.

La palabra clave de la demanda del enfermo es «sufrimiento». «Sufrir, muere o cúrate, pero sobre todo vive hasta tu última hora»⁴, dice el médico, «Sufrir un momento más, todo es cambio, el eje da vueltas, mi corazón, sufrir un momento más»⁵, diría más bien el psicoanalista. ¿Es por azar que Littré asocia estas dos citas? Sufrir, a menos que yo produzca su proximidad y su lejanía. Más que un razonamiento, resuena la exigencia de la demanda que se nos dirige. No hay fórmula que pueda oponerse a ésta como poseedora de la verdad. Sólo se trata del modo como esté hecho el oído que la escucha, del discurso del que es portador quien puede escucharla. El «ça va mal» [«esto no marcha»] del enfermo se inscribe en una continuidad, como en una cinta de Moebius. Sólo el enfermo explora la continuidad de la única cara de la banda. Pero sólo colocándonos resueltamente de un costado, y excluyendo por consiguiente otra lectura, podemos leer la demanda.

4. J. J. Rousseau, *Émile*. Hay versión en castellano, *Emilo*, EDAF, Barcelona, 1978.
5. A. Chénier, *Élégie*, 27.



“El hecho de que un enfermo sufra más o menos, ¿es de algún interés para la Academia de ciencias?”

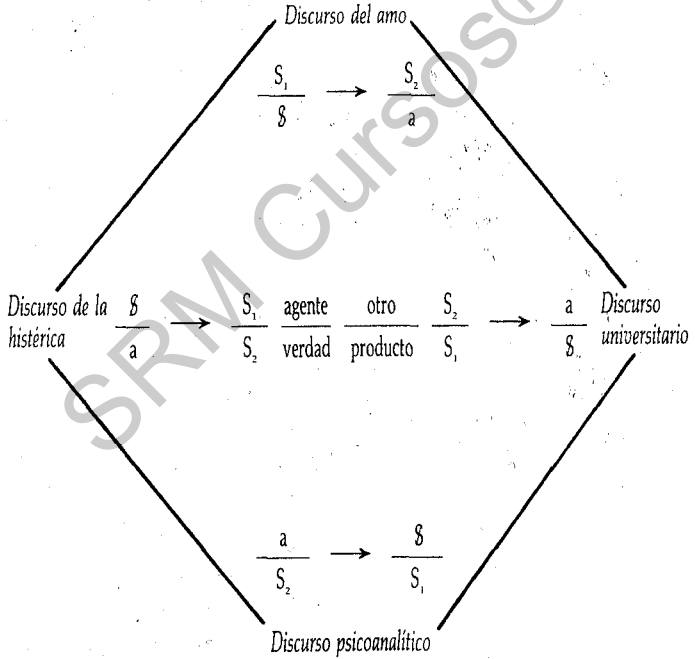
Malgaigne

“Le hace falta otra dimensión (dicho-mansión): la que comporta saber que, de la queja, el análisis no hace otra cosa que utilizar la verdad.”

Jacques Lacan

Gracias a su torsión, la banda de Moebius da lugar a la aparición de la otra dimensión (dicho-mansión), la tercera, la que ignora la proyección de lo imaginario sobre el plano.

LOS CUATRO DISCURSOS



*Discurso médico
y discurso psicoanalítico.*

Lo que hasta ahora hemos expuesto, y que está constituido por elementos dispersos, es una cierta lectura del discurso médico. ¿Con qué derecho, es decir, desde qué punto de vista es posible hacerlo, puesto que se podría objetar que el discurso médico es en sí mismo suficientemente coherente, y sus efectos son lo bastante poco discutibles como para que nos abstengamos de hablar de él con otra intención que la de presentarlo como modelo?

Me he referido constantemente al psicoanálisis, especialmente a la enseñanza y teorización de Lacan, y si no he tenido en cuenta siempre explícitamente sus formulaciones, era porque me parecía más importante mostrar que demostrar, es decir poner en evidencia, que una lectura psicoanalítica del discurso médico permitía despejar una cantidad de *hechos* que permanecen en la sombra mientras el discurso médico sea el único punto de referencia teórico reconocido. Por cierto que estos hechos no son ignorados y en muchos casos han sido escritos y descritos, aunque sea parcialmente. Pero en la mayor parte de los casos, se lo ha hecho con un espíritu polémico frente a la medicina; o bien se los ha señalado como fracasos y malentendidos que en su progreso la medicina

EL ORDEN MEDICO

está llamada a reabsorber. La intención crítica o laudatoria no cambia nada en el asunto; si el único telón de fondo teórico es el de la medicina, sólo en un «discurso histérico» se reagrupan esos hechos; es decir, en última instancia es la posición subjetiva del autor lo que se desprende, pero el discurso médico no se ve afectado por ello, dado que su vocación es reducir los desórdenes de la subjetividad e integrarlos finalmente en su orden.

Por el contrario el discurso psicoanalítico puede *oponerse* al discurso médico —en el sentido en que Lacan habla del “discurso del maestro” como si fuera *el Psicoanálisis al revés*¹. No se trata aquí de hacer ni siquiera una exposición sumaria de la teoría psicoanalítica. En la medida en que sea fácil pasar de un discurso de dominio a otro (basta con aprender las nuevas articulaciones conceptuales), tanto más problemático será el tránsito de un discurso a otro, porque comporta una subversión *subjetiva*. Un discurso se articula sobre una praxis, al menos la de un psicoanálisis personal, en lo que concierne al psicoanálisis. Tampoco hay atajos que eviten la lectura completa de un autor si nos dedicamos a deducir el rigor de sus formulaciones. Las de Lacan tienen el mérito de no poder ser apartadas de su función, que es permitir orientarse en un dominio, el psicoanálisis, donde demasiado a menudo la oscuridad viene a enmascarar la confusión de los autores, haciendo reinar un terrorismo verbal que se hace pasar por teorización. Daré algunas precisiones sobre los «cuatro discursos» de Lacan, y también sobre la noción misma de discurso tal como él la entiende, para establecer algunos puntos y permitir que se hable de ellos —no sin precisar que no retengo aquí más que lo que pueda esclarecer este trabajo, lo que necesariamente implica que lo reduzca y lo deforme.

Sabemos que los lingüistas centraron el proceso de la significación en torno del concepto de *signo*, constituido por la relación entre el significante que es su sustancia lingüística

1. J. Lacan, *La Psychanalyse à l'envers*, Seminario de 1971.

y el *significado* que designa lo representado por el *significante*. *Significante* y *significado* son «las dos caras de una única producción», de modo que están indisolublemente unidos en la relación $\frac{\text{significante}}{\text{significado}}$, como el anverso y el re-

verso están vinculados por una relación necesaria. No haremos aquí la crítica de esta aproximación, y nos limitaremos a recordar que no deja de suscitar algunas dificultades, especialmente cuando se trata de dar cuenta de aquello que se subraya como lo que ha de ser la «primacía» del *significante* para un estudio lingüístico riguroso.

Lacan se aparta de los lingüistas especialmente al considerar que en la relación $\frac{\text{significante}}{\text{significado}}$ la barra que separa los

dos elementos forma una barrera contra la significación, en lugar de constituirla. Por el contrario, la significación procede de la relación de los *significantes* entre sí, de su secuencia, del hecho de que constituyen una *cadena significativa*. Cada *significante* remite en primer lugar a otro, a los demás *significantes*, como una palabra del diccionario remite en primer lugar a las demás palabras del diccionario. Cada uno de ellos existe solamente en el sitio que le han dejado libre los otros *significantes*, con los cuales no puede confundirse, o al menos no puede hacerlo de manera duradera. Lo que disipa la confusión y permite que se constituya la significación es la trabazón, la secuencia de los *significantes*, que se organizan en una serie constitutiva del discurso.

De modo que el *significante* no cobra sentido sino en la cadena de los *significantes*. No hay una relación entre *significante* y *significado*. *Lo que el significante representa es un sujeto*, y esta representación del sujeto sólo tiene su consistencia por el sitio que ocupa entre los demás representantes, es decir, entre los demás *significantes*. "El *significante* es el representante del Sujeto para otro *significante*." Esta formulación incluye el problema de la enunciación, dado que la elección del *significante*, de la *cadena significativa*, modifica

el modo de representación del sujeto, constituyendo la escena donde se produce la representación y los elementos que habitan esa escena. Así es como hemos podido hablar de «examen» en contextos diferentes, que hacen de él en un caso una prueba médica y en el otro una prueba universitaria. Sólo el discurso en el que está incluido le otorgará su significación, y de ese discurso hemos de concluir por lo menos que el sujeto que lo enuncia se encuentra en una problemática médica o universitaria, aun cuando en ninguna parte diga «Yo» [*Je*]. En cuanto a J. P. Brisset, cuando habla de los exámenes, descompone el término en significantes más primordiales, de donde deducimos que es un lógico del significante... o un loco.

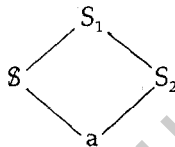
Cuando Lacan coloca la barra sobre la *S* que designa al Sujeto, escribiendo entonces $\$$, no sólo hace un desplazamiento de la barra originalmente colocada sobre el signo, que separaba el significante del significado. El Sujeto está dividido por ser a la vez sujeto del enunciado y sujeto de la enunciación. Se encuentra sobre todo en una doble relación: por una parte una relación con la cadena significante, y por otra una relación con el objeto. El objeto entendido, no según la tradición filosófica, como opuesto, como susceptible de oponerse al Sujeto, sino como vinculado con él en el *fantasma*. El fantasma no es una producción imaginaria a la que cabría oponer la realidad, sino la indicación de toda relación posible entre el Sujeto que discurre y lo real que su discurso tiende a circunscribir y a constituir como realidad. El objeto así designado (como «objeto *a*») deja en suspenso el problema de su realidad. Ante todo es reconocible como un sitio vacío, constituido por el Sujeto, sin que pueda referirse su realidad del solo hecho de su coalescencia con el objeto de fantasma. Su existencia sólo es la que ocupa en el discurso que lo constituye.

El discurso comprende al Sujeto ($\$$) en su relación con el objeto («objeto *a*»). Se inscribe en la cadena significante $S_1, S_2, S_3, S_4, \text{etc.}$, entendiéndose que el *significante* S_1 que representa al Sujeto (y no al objeto) ocupa en ella un sitio pri-

DISCURSO MEDICO Y DISCURSO PSICOANALITICO

vilegiado, y que la cadena de los significantes constituidos (S_2 S_3 S_4 , etc.) representa (bajo la *abreviatura* S_2) el sistema ya organizado, constituido como discurso que puede capitalizarse en un saber.

Los elementos constitutivos del discurso son cuatro: S_1 , el significante como tal, pero en su necesaria conexión con la cadena signifiante S_2 , y con el Sujeto $\$$ al que representa. El sujeto mismo no puede inscribirse sino en su relación con el objeto: *objeto a*. Estos elementos no están en una relación cualquiera entre sí, dado que cada uno se define en su relación con otros dos elementos. Sus relaciones recíprocas se escriben así:



Estos son los cuatro elementos fundamentales de todo discurso, lo que permite caracterizar cuatro discursos, según que uno u otro de esos elementos del discurso ocupe el primer lugar en torno del cual los otros tres elementos se organizan. Claro que sería artificial y abusivo querer identificar todo discurso que efectivamente se pronuncie con uno de estos cuatro discursos, y su análisis sólo tiene interés para designar los polos de atracción hacia los cuales tiende todo discurso. Son modelos con los cuales ningún discurso existente puede identificarse con rigor. Así que conviene tomarlos como otros tantos puntos de referencia que permiten facilitar, hacer posible el análisis de los discursos: no en función de la preeminencia de hecho de este o aquel discurso; y tampoco en función de un juicio de valor que nos haría proponer a uno de ellos como el modelo ideal de todo posible discurso. Por el contrario, es preciso subrayar su interdependencia, ya que ninguno de ellos se sostiene sin la existencia de los otros tres. El sitio privilegiado que sin embargo hay que

EL ORDEN MEDICO

otorgar al discurso del amo o maestro se debe exclusivamente al hecho de que es el discurso primero, el que da primacía al significante S_1 , es decir, al elemento constitutivo de todo discurso. El otro sitio privilegiado corresponde al discurso psicoanalítico, que toma en cuenta en primer lugar al objeto «a» como sitio del goce en tanto que el discurso del amo o maestro no puede articular nada sobre eso.)

1°. *El discurso del amo* es el discurso primero. Es aquél del que más cerca está el discurso médico². Sin él el signo sería solamente señal, portadora de información sin duda, pero no accedería a la significación. Al constituir el signo (o índice) en significante, lo ordena con otros significantes (es decir, con otros síntomas llevados al rango de significantes) y permite que emerja la significación.

Los signos son portadores de una información sobre la enfermedad. Pero esta información no merecería siquiera ese nombre si no hubiera nada para recogerla. Un signo de auscultación, por ejemplo, y más aún un signo paraclínico no informan de nada ni a nadie... hasta que el médico pueda hacer algo con ellos. Se convierte en información sólo porque el médico lo pone en relación con otros signos, cuyo conjunto constituye un síndrome, que a su vez puede atribuirse a una enfermedad. De manera que aquí lo importante no es «la mirada médica», sino el hecho de que el médico conozca un orden articulado de esos signos, o al menos que suponga que tienen un orden posible. Al recoger el máximo de esos signos, el médico postula la posibilidad de reagruparlos, de ponerlos en orden. Es decir, que aspira a ordenarlos en una cadena significativa. Gracias a la existencia del discurso médico, *constituye los signos (índices) en significantes*, y de su ordenación extrae una significación que es la existencia de una enfermedad. La etapa del diagnóstico es un acto de dominio, de maestría.

2. Allouch, *Journées de l'École freudienne, Lettres de l'École*, 1972.

DISCURSO MEDICO Y DISCURSO PSICOANALITICO

Se nos escapa la audacia de ese acto porque es cotidiano, y también porque en cierto modo esa audacia está señalizada por la existencia de cantidades de actos semejantes. Se hace más evidente cuando el médico se dedica a recoger signos de una enfermedad todavía no identificada, dado que el conjunto de los signos recogidos ha de conducir a una interpretación original. Este acto de descubrimiento se vuelve aún más fácil por el hecho de saberse que esa empresa es posible porque otros médicos la han llevado a cabo con otras enfermedades. Lo que le permite al investigador atreverse a realizar el acto de dominio no es sólo el saber constituido, ya inventariado, sino el hecho de que esa empresa ya ha sido intentada y lograda, en suma, que es posible un discurso médico.

La constitución del significante como tal (S_1) es entonces lo específico del discurso del Amo. Implica la referencia a la cadena significante (S_2) que contribuye a constituir y a la que prolonga. Lo cual se escribe, $S_1 \rightarrow S_2$.

Lo que sella el éxito del discurso del amo es que sucede con la subjetividad del autor. La pretendida objetividad del investigador es la retracción de la subjetividad del autor. Lo cual no significa que la subjetividad no exista, sino que *no tenga ninguna importancia para la inteligibilidad del texto*, cuyo alcance significativo sólo ha de sostenerse en su propia coherencia. Conceptos vagos satisfarán la función del autor del discurso del maestro: deseo de saber, deseo de curar, genio... en suma, no se hablará de eso. El misterio de los orígenes permite echar el manto de Noé sobre lo que no es otra cosa que inútil engorro. Nos contentamos con explicaciones anecdóticas: explicamos la ley de la gravitación por la manzana de Newton, y no por la lectura de Kepler, donde estaba escrita; la máquina a vapor por la marmita de Papin, y no por las necesidades de la sociedad industrial, etc. El discurso del maestro saca su fuerza del hecho de que se sostiene independientemente de la subjetividad tanto de quien lo enuncia como de quien lo escucha. La condena de Galileo y su retractación no tiene importancia para el enunciado: el aforis-

EL ORDEN MEDICO

mo «la tierra gira» no es por eso menos verdadero. La re-tracción de la subjetividad en el discurso del maestro se escribe colocando la $\$$ bajo la barra, para mostrar que el Sujeto no está manifiesto en el discurso:

$$\frac{S_1}{\$}$$

Ultimo punto: el producto del discurso del amo es la constitución de un objeto; hemos visto que en el caso del discurso médico ese objeto es la enfermedad. El objeto viene a ocupar el sitio del objeto «a» como sitio de lo desconocido del deseo. Así es como se establece el goce del que es portador el discurso científico en tanto constituye el orden gracias al cual el objeto hace su aparición. Bachelard no había dejado de advertir su incidencia. Sin embargo el objeto no aparece sino subsumido por los significantes del discurso; lo colocaremos por debajo de S_2 :

$$\frac{S_2}{a}$$

Al aparecer en el orden del discurso, y por consiguiente en una ley, desaparece en su relación directa con el Sujeto $\$$, es decir, en tanto objeto del fantasma: de ese modo el discurso del maestro se pone al servicio de la represión del maestro mismo. El objeto «a» desaparece como causa del deseo reapareciendo como hallazgo del discurso. Razón por la cual Lacan pudo decir de él: "El discurso del amo es el único que vuelve imposible esa especie de articulación que en otro sitio hemos designado como el fantasma, en tanto es relación del «a» con la división del Sujeto". Todo descubrimiento científico (y el diagnóstico es uno de ellos) suprime la división del Sujeto. El deseo del médico por su objeto es unificador

3. J. Lacan, Seminario del 11-3-1970.

DISCURSO MEDICO Y DISCURSO PSICOANALITICO

(de los médicos entre sí pero también del médico consigo mismo).

La formulación completa del discurso del amo o maestro se escribe así:

$$\frac{S_1}{\S} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

2º. *El discurso del universitario* como obligada prolongación del discurso del amo, privilegia la cadena significante S_2 , es decir, el discurso constituido en saber. En la Universidad nos las tenemos que ver con él, porque en la Universidad se enseña el saber adquirido junto a los amos-maestros. En la Universidad, son los profesores quienes leen a los maestros, o se supone que lo hacen. En la mayoría de los casos no leen otra cosa que documentos de segunda mano. Los estudiantes no lo hacen por sí mismos, y si son invitados a ello es para que recojan lo que los comentadores y transmisores hayan podido omitir del producto del trabajo del amo-maestro. La función de la Universidad es recoger y transmitir el saber, entendido como información organizada, capitalizada, acumulativa.

La transmisión de ese saber, destinado a ser transmitido de nuevo sólo parcialmente y tras haber sufrido necesariamente una degradación, no es un problema secundario. La Universidad lucha contra lo que es una entropía del saber, en el sentido en que hablamos de entropía de la energía. La pedagogía se esfuerza por reducirla; no por eso la entropía es en su principio mismo menos ineluctable, como lo es la entropía de la energía. La pedagogía sirve para recoger y organizar los significantes $S_2, S_3, S_4...$ entre ellos, sin privilegiar a ninguno, y sin recoger un significante nuevo salvo que ocupe su sitio en el orden de un discurso constituido. De modo que hasta cierto punto la Universidad obstaculiza el advenimiento de significantes nuevos, si son destructores del orden establecido. El saber constituido obstaculiza la to-

EL ORDEN MEDICO

ma en consideración de lo que no se inscribe en ese saber. Compone la pantalla que cautiva y captura la mirada sobre los hechos que constituye, pero excluyendo los hechos que no se inscriben allí. Lo que dice Kuhn sobre las Sociedades científicas como guardianas de los paradigmas constituidos se dirige al discurso universitario. Si S_2 ocupa el primer sitio, el significante amo S_1 tendrá que colocarse bajo la barra, puesto que no es el que ha de ser considerado como tal:

$$\frac{S_2}{S_1}$$

El saber considerado como tal y no en su relación con los significantes que lo constituyen, se justifica con su vinculación directa con los bienes del goce, y el goce de los bienes que procura el saber. La ciencia capitalizada en saber se prolonga en los bienes que procura $S_2 \rightarrow a$. La Universidad se prolonga en los técnicos y bienes de consumo que resultan del saber. Hemos visto que allí se atasca toda discusión acerca de los beneficios de la ciencia, por no haber distinguido el discurso del amo como productor del saber, y el discurso universitario como detentador de ese saber. El saber médico, en tanto constituido, se justifica con las indicaciones terapéuticas que proporciona: en lo esencial, bajo la forma del medicamento que es una «medicina».

Lo más interesante a considerar es la división del Sujeto, producto del saber constituido. División respecto de los bienes que la ciencia produce, como hemos visto. Sabemos que también el estudiante está dividido ante el saber que se le enseña, para su sorpresa y para la de sus profesores que no comprenden cómo es que no se precipita sobre lo que le ofrecen. Todo saber nos constituye como divididos; ¿no lo estaría el salmón, si supiera que al correr hacia el sitio de la còpula y la reproducción corre también hacia la muerte? El saber médico divide al enfermo, al separarlo en sus dos elementos: el hombre y la enfermedad. También a partir de la

DISCURSO MEDICO Y DISCURSO PSICOANALITICO

existencia de un saber constituido se perfila la posición de la histérica. Escribiremos la fórmula del discurso del Universitario:

$$\frac{S_2}{S_1} \longrightarrow \frac{a}{g}$$

3°. *El discurso de la histérica* es el que sitúa en el primer lugar la división del Sujeto. Bajo la forma de la patología vuelve a nosotros de manera ejemplar el problema del Sujeto, oculto hasta ahora bajo las articulaciones de la cadena significante, creada por el discurso del amo, al nivel del significante maestro, capitalizada como bien y como beneficio, como saber en el discurso universitario. En efecto, el discurso médico es el discurso científico típico, y es el que tiene una incidencia más cierta en la vida cotidiana. Desde los orígenes, y en todos los sitios donde se ha desarrollado, la histeria ha sido reconocida, y en lo que es en relación con el saber médico: esto es, lo que se puede parecer a todas las enfermedades sin ser ninguna de ellas, con lo que escapa al saber constituido; lo que reacciona de manera más extraña a los beneficios del saber, ya que todo tratamiento puede curarla milagrosamente, cuando en ocasiones el saber, los tratamientos más indiscutibles, fracasan por completo. Su extremo polimorfismo le otorga su unidad: *los síntomas no remiten al discurso médico, sino al sujeto mismo.*

Advirtamos que es en razón de la predominancia del discurso médico por lo que la histérica se presenta como «enferma». Pero cuando eran los teólogos quienes detentaban el discurso del saber sobre el hombre, eran ellos quienes se veían interpelados por las «poseídas». Sin duda los exorcismos tenían la misma eficacia que tienen los tratamientos médicos sobre las histéricas: eran imprevisibles. El diablo se mezclaba en ello, y a menudo era el exorcista el que salía derrotado. Se hacía poseer a su vez por la poseída.

EL ORDEN MEDICO

¿Por qué es una mujer la histérica? Por la misma razón que del lado del saber hay un hombre. La estadística constata pero no explica. Sin duda la antigua teoría del útero paseante, que ocasiona toda clase de enfermedades, llamadas histéricas, no es tan errada. Con ese *útero oculto*, nunca se sabe si no se ha evadido al sitio del cuerpo del que se queja la histérica. A lo visible, revelado por el hombre de ciencia, le corresponde lo visible de su pene. A lo invisible del útero le corresponde la connivencia de la mujer con las fuerzas oscuras. Puesto que testimonio vienes de *testes* (testículos), ¿qué puede «atestiguar» una mujer, que por definición no los tiene? Éste es al menos el juicio que no puede dejar de emitir el hombre del saber.

Porque la histérica no hace otra cosa que significarse a sí misma en su subjetividad a través de los síntomas que ocupan el sitio de S_1 : $\S \rightarrow S_1$. Los síntomas que produce en abundancia tienen una categoría particular como significantes frente a la cadena significativa $S_2 S_3 S_4$ en tanto la solicitan; allí el saber se ve continuamente interrogado, sin constituir sin embargo la relación articulada (entre S_1 y S_2) por donde se constituye el discurso del amo. Las histéricas son teóricas. Lo cual puede comprenderse en varios niveles: en el sentido en que una conversión somática plantea un problema teórico. También en el sentido en que Freud habla de las teorías sexuales del niño que resultan de las histéricas. En el sentido en que Lacan habla de la situación histérica en la que es colocado al hacer su seminario. Por último, en el sentido en que Kepler estudia paralelamente la astronomía y el sueño, mostrando así que no quiere desconocer el sitio de la subjetividad del sabio. El sitio de la histérica es aquél donde el destino de su discurso es más problemático. Aspira a producir un saber, a constituir una cadena significativa, razón por la cual lo colocamos bajo S_1 :

$$\S \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

DISCURSO MEDICO Y DISCURSO PSICOANALITICO

pero a falta de ser recibido como tal, su discurso sólo es considerado como remitiéndola a sí misma, a su objetividad, a su locura, a la hoguera donde se encuentran también los hombres de ciencia, o al menos sus libros.

Queda lo que la función misma de la emergencia de los significantes tiene por función enmascarar, su fantasma, su relación con el objeto «a»: Razón por la cual en la fórmula del discurso histérico lo colocaremos bajo la barra, bajo el $\$$:

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

4°. *El discurso del analista*, que viene en último término, es el único que proporciona las articulaciones donde se inscribe ese deseo. Pone en el primer lugar al Objeto «a», situándolo en su relación con el Sujeto $\$$: $a \rightarrow \$$. Lejos de ser una objetivación, y a la inversa una psicologización, el psicoanálisis es subjetivante al mostrar la función estructural del fantasma en la relación entre el Sujeto y el objeto «a» ($\$ \rightarrow a$).

El objeto «a» es el objeto primero y último del deseo. Es el objeto perdido, aquel del que se borra hasta el recuerdo. La ley no se limita a decir que no se debe gozar del objeto prohibido, sino que además tampoco se lo debe desear, es decir, ni conocerlo ni desear conocerlo. El interdicto, al desviar al Sujeto del objeto primero de su deseo, lo obliga a seguir el desvío de la búsqueda de todo objeto, que adquiere valor de objeto sustituto. Freud mostró cómo el juego de la sustitución del carrito y las palabras «Fort-Da» en el momento de la desaparición del objeto amado logran el renunciamiento a la madre ausente. El carrito, o las palabras, o cualquier otro objeto, puede ocupar transitoriamente el sitio del objeto «a». No es su realidad lo que lo hace valioso a los ojos del Sujeto, sino su posibilidad de articularse en su fantasma.

Para devolver el fantasma a su función, hay que destituir

EL ORDEN MEDICO

al objeto del saber con el que el discurso del amo lo ha constituido. Es lo que esboqué en el capítulo 2 refiriéndome a la manzana. Para que podamos poner en evidencia su valor de mero señuelo en el juego entre Jack y Jill tenemos que demostrar primero su escasa realidad como alimento, lo que pone al descubierto su importancia en uno y otro de los protagonistas, en función de lo que podemos suponer sobre sus fantasmas y sobre su relación con un trasfondo cultural común, que no es demasiado osado sospechar, dado que se da por supuesto que hablan la misma lengua. Así que si queremos conocer el fantasma personal de Jack y Jill tenemos que hacer a un lado S_2 , el saber sobre el objeto manzana tal como puede conocerlo el discurso científico, y también el saber sobre el mito de la manzana. Colocamos a S_2 bajo la barra:

$$\frac{a}{S_2}$$

De la colocación del «a» en primer lugar, resulta la producción de S_1 como significantes en su relación con $\$$. Lo escribimos bajo la barra, porque allí son reconocibles como representantes del Sujeto en su división. La fórmula del discurso del analista se escribe:

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\$}{S_1}$$

A partir de estas formulaciones sobre los cuatro discursos, no quisiera dejar de hacer notar que la posición personal del médico procede necesariamente de cada uno de ellos. En lo esencial, es discurso del amo, en el establecimiento del diagnóstico y del pronóstico, en la investigación, en su constante posición de conquista frente a lo desconocido de la enfermedad. También es discurso universitario cuando a par-

DISCURSO MEDICO Y DISCURSO PSICOANALITICO

tir del saber constituido de la medicina ofrece la terapéutica como un beneficio que devuelve al enfermo. Esto constituye en lo esencial el discurso médico propiamente dicho, que oscila continuamente entre uno y otro, desde el discurso del amo al discurso universitario.

Sin embargo, el médico no se salva de estar colocado en la posición histórica. Lo que hemos destacado en el amo del discurso nos muestra que no puede desdeñar el tener que significarse a sí mismo, esto es como médico. Y el «patrón», llamado a representar el papel del hombre que encarna el saber ante los estudiantes y los demás médicos, también debe significarse como tal en una actividad que no se limita a la mera prestancia. Porque dando la representación de su fantasma no se impondría a la estima que debe dar a sí mismo. Así es como se asegura la producción de significantes nuevos, algunos de los cuales pueden inscribirse en el discurso médico.

Por último, no podríamos desconocer que el médico puede ser llevado personalmente a adivinar que su enfermo tiene en la cabeza algo que no es precisamente ofrecerse al discurso médico. Lo cual lo llevará a veces a escuchar a su enfermo sin proponerse introducirlo en ese discurso. Pero entonces dejará de ser médico, lo cual no significa que sea capaz de mantener la posición de psicoanalista. El solo hecho de renunciar a medicalizar la demanda que le es dirigida, ya es prueba de una audacia poco común.

SRM Cursos®

Clínica médica y clínica psicoanalítica.

Por lo general, se considera que la clínica psicoanalítica se diferencia de la clínica médica en que no se dirige a la misma categoría de «enfermos», de manera que el único interés que tiene la confrontación de las dos clínicas consiste en plantear como corresponde los criterios de discriminación entre esas dos categorías, para decidir una orientación terapéutica. El problema queda entonces reducido a un problema clásico y rutinario en medicina: determinar la oportunidad de la intervención de este o aquel especialista médico según el síntoma que presenta el paciente. Por ejemplo, una perturbación en la vista puede ser asunto del oftalmólogo, pero también del endocrinólogo, del diabetólogo, etc. Hay un problema inicial de orientación del diagnóstico, y no conviene que un simple óptico, que ignora la medicina porque no tiene diploma, se meta a recomendar gafas a alguien afectado por un problema ocular, neurológico, u otro. Por tanto, el enfermo tiene que consultar a un oftalmólogo, que iniciará un tratamiento, o en caso necesario lo remitirá a otro especialista, o al óptico que le proporcionará las gafas.

Desde el punto de vista del orden médico, la condición del psicoanalista es parecida a la del oculista. Es una condi-

EL ORDEN MEDICO

ción que se inclina hacia el lado del oftalmólogo si es médico, y hacia el lado del óptico si no lo es. No es sólo el cuerpo médico el que le impone esa condición. Los psicoanalistas mismos, al no identificar lo que hace la originalidad de su propio discurso y de su clínica en relación con la medicina, se han dejado encerrar en esa alternativa. ¿No han afrontado algunos el ridículo reclamando en público, como Marie Bonaparte, que les sea otorgada una condición comparable a la de los cirujanos-dentistas y a la de las comadronas? Aunque no se la considere menor, esta situación subordinada no es aceptable, porque no pone en evidencia el hecho de que el psicoanálisis instaura un discurso diferente, y por consiguiente una clínica diferente.

En la práctica, los médicos proclaman de buen grado que es escandaloso que un psicoanalista tienda en su diván a un enfermo que padece un tumor cerebral o una sífilis nerviosa que justifican un tratamiento adecuado. A lo cual los psicoanalistas responden que es mucho más importante la cantidad de neuróticos e histéricas sometidos a intervenciones médicas y quirúrgicas inadecuadas, y que las consecuencias de esos errores no son menos temibles, aun en el plano vital, porque un neurótico puede desesperarse en vista de que su demanda no es escuchada allí donde debe serlo, lo cual puede llevarlo a soluciones desesperadas.

Estas acusaciones ponen en evidencia cierta mala fe recíproca. Porque en la mayoría de los casos no corresponde imputar al analista la priorización de las «causas psíquicas» sobre los síntomas del enfermo. Es el mismo médico, o la familia, quien recurre por propia voluntad a ese diagnóstico etiológico demasiado cómodo, que sólo se ha establecido en razón de la exasperación que provoca la persistencia de los lamentos, cuando no se ha hecho un diagnóstico médico propiamente dicho. Así sucede que un enfermo es embarcado por su médico en una psicoterapia improvisada, asociada a una quimioterapia, o incluso remitido al psicoanalista, como podría remitírselo a un curandero, como último recurso, pero sin que se le hayan practicado análisis elementales. En

CLINICA MEDICA Y CLINICA PSICOANALITICA

este caso sería algo abusivo atribuir al psicoanálisis la responsabilidad de la actitud dimisionaria de ciertos médicos demasiado apresurados.

A la inversa, la multiplicación abusiva de los exámenes paraclínicos, de los tratamientos médicos y quirúrgicos en los neuróticos, muchas veces se debe menos a la incompetencia del médico que a su creencia (más ingenua que interesada) de que los efectos psicoterapéuticos de una confrontación del neurótico con «realidades» terminarán por tranquilizarlo, o al menos por disuadirlo de que acuda al médico. Cosa que no sucedería si los médicos no estuvieran tan frecuentemente convencidos de que una cura psicoanalítica es una empresa prolongada, misteriosa, cara y sospechosa de charlatanismo.

A esta sospecha no le faltan fundamentos, porque el médico sólo conoce del psicoanálisis su ideología o más bien su mito, difundido por el considerable número de quienes, como dice A. Lussier, "tienen prisa (...) una vez concluida su formación (...) por alejarse del psicoanálisis"¹ para volver al ejercicio de la psiquiatría, o de la medicina llamada psicosomática, añadiremos nosotros. Al invocar el «factor psíquico» de toda enfermedad somática y la «complacencia somática» de toda neurosis, se practican azarosos arreglos donde el eclecticismo terapéutico hace las veces de doctrina en medio de una confusión teórica total. No cabe demorarse en esta «medicina» que, bajo el pretexto de hacerse cargo del «hombre total», de hecho tiende a convertir al médico en un hombre-orquesta. Bajo la cobertura del militantismo terapéutico, sólo sirve para retornar a una práctica médica y psiquiátrica tradicional, propia de quienes se hacen pagar un viaje furtivo a una disciplina psicoanalítica que no tardan en olvidar o de la que se desvían. En principio, los sitios donde coinciden médicos y psicoanalistas son sin duda aquellos donde puede decirse todo porque no hay posibili-

1. A. Lussier, "Evaluation des candidats à la promotion psychanalytique", en *Etudes freudiennes*, 1-2, 1969, p. 98.

EL ORDEN MEDICO

dad de rigor. En el mejor de los casos, son sitios de transición donde se afirman vocaciones, y en el peor, ciénagas donde las veleidades se hunden. El simple desarrollo del concepto de epistemosomática dado por Lacan permitiría salir de esta división entre *psique* y *soma*, que el guión de «psico-somática» acaba de separar.

Más allá de los compromisos indecisos o interesados, está la gran incertidumbre doctrinal de los mismos psicoanalistas en lo que concierne a la medicina. Freud se alejó muy poco a poco del vocabulario médico, afirmando en reiteradas ocasiones que el psicoanálisis en rigor no apelaba a conocimientos de medicina; de modo que debía autorizarse su práctica a quienes no eran médicos. También escribió: "En sus comienzos el psicoanálisis fue sólo un método terapéutico, pero quisiera que el interés de ustedes no se dirigiera exclusivamente a esta utilización, sino también a las verdades que encierra nuestra ciencia, a las conclusiones que permite extraer respecto de lo que concierne más de cerca al hombre: su propio ser, y por último a las relaciones que descubre entre las formas más variadas de la actividad humana²."

Pero en gran medida se sigue considerando que lo que constituye el campo freudiano es una extensión interesante pero facultativa del psicoanálisis, cuya vocación esencial seguiría siendo la cura de las neurosis y también de algunas «enfermedades» mentales o no. La condición del psicoanalista no médico sigue siendo inferior en las instituciones psiquiátricas y psicopedagógicas, donde trabaja bajo la responsabilidad de un médico, y con la amenaza de que un reglamento administrativo ponga fin a lo que no es otra cosa que una tolerancia, además mal pagada. Cuando las autoridades se oponen, como fue el caso de la fundación de la Sociedad psicoanalítica portuguesa, los analistas que no son médicos quedan excluidos.

Es cierto que ésta no es solamente sumisión al poder mé-

2. S. Freud, *Nuevas lecciones: Aclaraciones, aplicaciones y observaciones*.

dico. Las sociedades psicoanalíticas prácticamente no resisten el poder público: ¿Acaso en tiempos del nazismo los judíos no fueron apartados de la sociedad psicoanalítica alemana? Cabe preguntarse para qué sirve una sociedad psicoanalítica internacional si no es capaz de hacer respetar una decencia elemental y si se presta a ser una mera correa de transmisión de los poderes públicos, como lo es también la Orden de los médicos. Estos no son acontecimientos anecdóticos opacos, que podamos simular creer que no se reproducirán. Los psicoanalistas pierden toda posibilidad de resistir a los poderes cuando teorizan como criterio de normalidad la adaptación a la sociedad. Al precipitarse a aceptar la banqueta supletoria, el traspuntín que ofrece el *Establishment*, sobre todo médico, pero también universitario, los psicoanalistas adquieren sin duda alguna ventajas inmediatas, pero pierden lo que es propio de su vocación. Por ese camino, siguen la pendiente del discreto retorno al orden médico y universitario. El psicoanálisis impugna el principio mismo de la función superyoica de un *orden* al que habría que plegarse y adaptarse, y lo impugna tanto en su relación con los poderes públicos como en las curas individuales.

El psicoanálisis subvierte la noción misma de psicoterapia. La hipnosis y la sugestión eran la prolongación directa del discurso médico, en el sentido de que el médico influía decisivamente en las ideas exactas que el enfermo tenía que tener —en lugar de las suyas propias— para que desapareciera la neurosis. No bastaba con terminar con sus «contrasugestiones». No hay duda de que muchos «analistas» no han hecho otra cosa que retomar esa posición, considerando que su función consistía en darle al paciente la teoría exacta de su organización libidinal, y en terminar con las «resistencias» que se le oponen: con lo cual no hacen sino proponer un adoctrinamiento más sutil. Pero la teoría psicoanalítica no es un cuerpo doctrinario que habría que enseñar, sino el conjunto de pautas que permiten al analista escuchar al paciente. Este sufre por no poder decir lo que tiene que decir, por no poder «representar» sus pulsiones sino bajo la formá

desorientadora de sus síntomas. Así que la interpretación del psicoanalista no es la enunciación de la doctrina exacta, sino la puntuación de las encrucijadas *significantes* donde se detiene y se desvía la enunciación del deseo del paciente.

Paralelamente, resulta subvertida la noción de enfermedad mental. El médico continúa sin tener ninguna otra fórmula a proponer que la de un diagnóstico de eliminación. En el siglo XIX las enfermedades mentales se clasificaban al lado de las «fiebres esenciales», en tanto no correspondían a ninguna lesión anatomopatológica visible. Más tarde, en los tiempos de Charcot y de Babinski, la histeria era ante todo un diagnóstico de eliminación de afecciones neurológicas. Todavía hoy, la medicina no tiene nada más que decir, ya que han fracasado todos los intentos de discernir al nivel de los tejidos, de las células o de las moléculas, una etiología de las enfermedades mentales, a pesar de las esperanzas que han podido despertar los descubrimientos sobre enfermedades muy específicas, como la parálisis general, la idiotez fenil-pirúvica o el mongolismo. Al definir las enfermedades mentales por el hecho de que presentan síntomas cuya causa no es reconocible en el discurso médico, la medicina los arroja en el registro de un imaginario que se opone a lo «real», lo real tal y como lo piensan los médicos. Así concebido, lo imaginario es sólo inexistencia, nada en absoluto. La respuesta "Usted no tiene nada" que da el médico al enfermo «funcional», a la histérica o al fóbico, etc., significa la inexistencia de esos síntomas en el discurso médico, y en última instancia la inexistencia del consultante en tanto tal.

El psicoanalista no puede aceptar las neurosis como un diagnóstico de eliminación a partir del discurso médico, ni tampoco practicar ni hacer practicar exámenes clínicos o paraclínicos destinados a justificar la indicación de cura psicoanalítica. Aun prescindiendo del hecho de que una empresa inaugural como ésta tiene muchas posibilidades de constituir una desventaja considerable, y tal vez insuperable, para el inicio de un análisis, instaura al psicoanálisis en una posi-

CLÍNICA MÉDICA Y CLÍNICA PSICOANALÍTICA

ción médica dimisionaria respecto de la disciplina psicoanalítica propiamente dicha.

En ocasión de la publicación del caso Dora³, Freud da un ejemplo llamativo de lo que puede la clínica psicoanalítica en el establecimiento del diagnóstico: "Un colega me confió para un tratamiento psicoterapéutico a su hermana que hacía años seguía sin éxito un tratamiento por histeria (alergias y perturbaciones en la locomoción). Las primeras informaciones parecían corroborar el diagnóstico; dejé que en la primera sesión la enferma contara su historia. El relato era muy claro, pese a los episodios particulares a que hacía alusión. Me dije que no podía tratarse de un caso de histeria..." Así que Freud hizo su diagnóstico fundado en la ausencia de dificultades para la rememoración, un diagnóstico de eliminación a partir de la teoría psicoanalítica. La posibilidad por parte de la enferma de hacer un relato circunstanciado de su vida sexual le parecía un dato tan seguro para eliminar el diagnóstico de histeria como puede serlo para un médico la comprobación de un funcionamiento fisiológico normal. Añade: "Inmediatamente hice análisis somáticos muy cuidadosos, gracias a los cuales descubrí una tabes medianamente evolucionada, que posteriormente mejoró de manera notable con inyecciones de mercurio (aceite gris) aplicadas por el Dr. Lang."

La clínica psicoanalítica permite sobre todo establecer un diagnóstico positivo. Vuelvo a citar a Freud: "Poco tiempo antes de fin de año tuve un enfermo cuyo diagnóstico no sabía cómo hacer. Parecía sufrir una grave enfermedad orgánica, tal vez una enfermedad grave de la médula espinal, pero yo no estaba seguro de ello. Un diagnóstico de neurosis era tentador, y hubiera puesto fin a todas las dificultades, pero el enfermo se negaba resueltamente a toda anamnesis sexual, y sin ese tipo de antecedentes no puedo admitir una neurosis. En mi confusión, llamé a un médico a quien tengo sumo respeto y ante cuya autoridad me inclino de buen gra-

3. S. Freud, *Análisis fragmentario de una histeria (Caso Dora)*.

do. Le expliqué mis dudas, le parecieron justificadas y me dijo: 'Siga observando a su enfermo, verá que se trata de una neurosis.' Como sé que no comparte mi opinión sobre la etiología sexual de las neurosis, me callé, pero no oculté mi incredulidad. Unos días después, le dije al paciente que no podía hacer nada por él, y le aconsejé que viera a otro médico. Entonces, para mi sorpresa, se excusó de haberme mentado, por exceso de vergüenza; me reveló la etiología sexual que yo había buscado y que necesitaba para admitir una neurosis. Esto significó para mí un alivio, pero al mismo tiempo me avergoncé; hube de reconocer que mi colega había visto más claro que yo. Resolví que cuando volviera a verlo le diría que él tenía razón y que yo me había equivocado⁴."

Está claro que para Freud el diagnóstico de neurosis nunca se hubiera planteado como un diagnóstico de eliminación, y que por el contrario es indispensable plantearlo a partir de indicaciones fundadas en lo que la teoría psicoanalítica nos permite saber acerca de las neurosis. En la actualidad los psicoanalistas se ven confrontados con problemas análogos. Tuve ocasión de conocer la historia de una mujer que padecía un estado depresivo acompañado de insomnios y de vértigos. El eminente neurólogo a quien consultó, después de examinarla con cuidado en el nivel neurológico, estimó que se trataba de manifestaciones histéricas, y le aconsejó que volviera al psicoanalista con quien se había tratado durante varios años. Por el contrario, el psicoanalista afirmó que las perturbaciones que presentaba la enferma no podían atribuirse a una neurosis, porque eran incompatibles con lo que él podía conocer de su estructura. Pocas semanas después, aparecieron signos indiscutibles de un tumor cerebral, que en el curso de los primeros análisis no habían podido objetivarse, sin duda debido al acrecentamiento de la vigilancia de la enferma durante la consulta. Una evolución

4. S. Freud, *Interpretación de los sueños, Obras Completas*, Bibl. Nueva, Madrid, Vol. VI y VII.

rápida y fatal confirmó infortunadamente lo que el psicoanalista había estado en condiciones de suponer frente al neurólogo.

Seguramente hoy los psicoanalistas no formularían en los mismos términos los principios enunciados por Freud. Pondrían más explícitamente en relación con la transferencia las perturbaciones de la memoria de las histéricas. Asimismo, en la historia clínica que Freud relata en la *Interpretación de los sueños*, cabría recordarle que según su propia teoría debiera haber previsto que la etiología sexual no le fuera revelada de inmediato. Dicho de otro modo, el error de diagnóstico que confiesa con vergüenza (la misma vergüenza que tuvo el enfermo para hablar de sexualidad) no hace sino confirmar su teoría, dado que ésta no considera que la etiología sexual está en el origen de la neurosis sino cuando se acompaña de dificultades en la rememoración o de negativa a someter los problemas sexuales al examen propuesto. Todo esto ya forma parte del juego de la transferencia y la contratransferencia. La amnesia de uno o la reticencia del otro son síntomas tan dignos de destacar como los demás. No se trata de vencer los síntomas, sino de interpretarlos. La clínica psicoanalítica comienza ahí, en las manifestaciones de la transferencia, en el sitio donde se detiene la clínica médica.

Sin embargo, los médicos no ignoran la importancia de la adhesión del enfermo a su médico en términos de «confianza», sea que intenten favorecerla o que la desbaraten cuando el enfermo, por miedo, desconfianza o pudor oculta ciertos síntomas o se niega al tratamiento. Pero esta comprobación tiene importancia sólo como elemento contingente, inesencial para la práctica médica propiamente dicha. La evolución de la enfermedad depende de que se observen los ritos médicos, independientemente de los sentimientos conscientes o inconscientes que el enfermo tiene hacia su médico.

De modo que la clínica médica se otorga, y con razón, el derecho a transgredir todo lo que se refiera a las posiciones subjetivas del médico y el enfermo. El médico se sirve

EL ORDEN MEDICO

de la confianza del enfermo para obtener de él el mayor número de informaciones posibles, pero la obtiene también de los familiares del enfermo, y usa su autoridad para imponer todos los análisis clínicos y paraclínicos que pueda, de manera de establecer su diagnóstico con la mayor certeza y precisión que cabe. Asimismo, decide lo que conviene hacer en función de criterios médicos que sólo él conoce, y se empeña en que sean aceptados, reservándose la libertad de minimizar el riesgo de la solución que haya adoptado (para no despertar la angustia de su paciente), y de trazar un cuadro sombrío de lo que sucederá si no se cumplen sus indicaciones, con el fin de lograr el consentimiento. En nombre del principio según el cual el saber está en el médico y la ignorancia en el enfermo, queda justificado que decida como dueño absoluto, y nadie pone en duda que él sepa mejor que cualquier otro dónde está el bien de su enfermo, ni que él no pueda desear sino su bien.

La clínica psiquiátrica no difiere en lo fundamental de la clínica médica. Ahí también lo que importa es obtener la mayor cantidad posible de informaciones, y se reúnen las de la familia y las del asistente social, con tanto o más respeto que lo que el enfermo dice. En gran parte, este método es propio del interrogatorio policial. Lo cual no excluye ni los métodos de intimidación ni la astucia. A veces se ha comparado el interrogatorio psiquiátrico con las corridas, donde se espera al toro en ciertas encrucijadas, se prevén sus reacciones, se sabe que arremeterá contra lo que lo enfurece, ofreciéndose así a la estocada, al término de un combate que no es un duelo y cuyo resultado es previsible. Estos brillantes combates han atraído gran cantidad de espectadores y han hecho la gloria de los grandes clínicos. Actualmente, en ellos es de cierta utilidad el empleo del saber psicoanalítico. Permite al menos agitar un trapo rojo más. Pero aquí el psicoanálisis está puesto al servicio de un proyecto que no es el suyo, sino el proyecto médico. Aquí sólo se trata de justificar el encierro, al menos en una categoría nosológica preparada de antemano. Este método también tiene sus límites. No to-

dos los locos son buenos toros, y la clínica psiquiátrica siempre ha padecido el hecho de estar centrada en torno de lo que constituía su momento de gloria: la presentación de «enfermos interesantes» por el «patrón», brillante torneo cuyo reflejo se esforzaban por dar los médicos jóvenes al presentar enfermos en las oposiciones. Las obligaciones de la espectacularidad privilegian a ciertos enfermos, y en cada uno de ellos lo que se ofrece a la vista. La complicidad de los toros puede dar más brillo al espectáculo, también para ellos es el momento de gloria en el monótono mundo del asilo. Lo que sucede en una consulta pública necesariamente está marcado por la autosatisfacción que saca cada cual, tanto el clínico como el enfermo, de haber tenido una actuación brillante, y los espectadores de haber experimentado el estremecimiento de una aproximación a la locura y el sentimiento de haber comprendido algo de ella.

Lo que no pasa por las candilejas es más desconocido para la clínica psiquiátrica. Así no se ve que el loco aprende rápidamente lo que debe confesar de su delirio y lo que debe «criticar» en función de lo que quiere conseguir de los psiquiatras. Sin embargo, lo aprende igual como aprende el delincuente lo que le interesa callar a confesar a la policía. Sabemos que existe ese juego, sin más, en tanto viene a inscribirse en las reglas que impone la clínica psiquiátrica. Claro que para dar cuenta de él existen términos apropiados: desconfianza, simulación, autismo... otras tantas etiquetas que se agregan al historial del enfermo. De modo que la clínica psiquiátrica no puede conocer sino los sitios que ella misma ha constituido, como aquellos donde sabe que el otro irá voluntariamente a dar el traspíe. Sitios constituidos por el discurso dominante del que el psiquiatra es portavoz advertido.

El sitio donde aparece el síntoma no es ni puede ser independiente de su encuentro con el discurso del Otro, y esto es igualmente cierto al dirigirse al psicoanalista, al médico o al psiquiatra, dado que el Otro, el que Lacan escribe A mayúscula, contiene el "tesoro de los significantes", es decir,

EL ORDEN MEDICO

también el discurso dominante. El discurso analítico no deja de reforzar, en la medida en que está ampliamente difundido, ese discurso dominante, y en tanto tal contribuye a constituir una sintomatología que sin él sería localizada de otro modo. Así es como se llama frigidez lo que no era sino pudor o reserva femenina. Los interesados mismos, independientemente de toda coacción jurídica, social u otra, interpretan como síntomas las perturbaciones de la vida sexual y social que en otro tiempo se clasificaban en las categorías de la perversión, la delincuencia y la criminalidad. La extensión de la noción de síntoma llega muy lejos. Cuando Lacan dice de la huelga que es un síntoma, o aún: "La mujer es el síntoma", no se trata de simples fórmulas paradójicas destinadas a encerrar en una psicopatología nueva los avatares de la vida sexual y social. Los hechos ordinarios y extraordinarios de la vida privada o pública constituyen otros tantos sitios donde puede interrumpirse y por consiguiente ocultarse el discurso de cada cual. Esto no comporta ningún juicio de valor, porque también un brillante éxito escolar, social o profesional, y hasta una «normalidad» sin fisuras, pueden constituir las fortalezas donde se refugia una subjetividad frágil.

La sintomatología psiquiátrica tradicional, salida del modelo médico, tiene poco peso comparado con lo que nos impone una clínica que debe fundarse en una apreciación de las «catexis» del sujeto y de sus inserciones en una vida personal y social de la que no podemos pensar a priori que proporcione un modelo al que el sujeto debiera en primer lugar adaptarse, cuando a veces, si no a menudo, tiene más razones para combatirlo. No hay sitio, incluido el desempeño de una actividad científica... o psicoanalítica que no haya que considerar eventualmente como un síntoma, que se define como el refugio donde el sujeto ampara y esquivo los callejones sin salida de la organización de sus fantasmas.

Dado que en última instancia todo puede constituirse en síntoma, dado que la psicopatología de la vida cotidiana ha

de incluir no solamente los fallos y fracasos que identificó Freud, sino también lo que es generalmente aceptado, si no valorizado, ¿qué es lo que le permite al psicoanalista discernir un síntoma? Es la «regla fundamental», que tanto para el psicoanalista como para el paciente constituye la medida en que se juzga el discurso de quien lo pronuncia: "Diga cualquier cosa, sin discriminación, todo lo que le pase por la cabeza." No se trata de un simple imperativo técnico. Es una regla que el sujeto no puede en ningún caso seguir tal como está decretada, como quiere o cree poder hacerlo. El síntoma se manifiesta como fallo a esta regla: es decir, como un silencio, aun cuando se dé en medio del estallido ruidoso de una patología espectacular, o bajo la forma de una puesta en acción donde viene a enterrarse una pulsión. La regla fundamental que es aquella en la que el discurso cobra la medida de sus propios callejones sin salida no es el fruto de una reflexión teórica, sino el producto de las dificultades que Freud encontraba con sus pacientes, de las cuales las dos citas que transcribimos hace un momento son sólo un atisbo. Dificultades de las que cabría decir que se resumen en esto: que independientemente de su buena o mala voluntad, *el paciente no dice lo que quisiera decir, y dice lo que no quisiera decir*, esto es, su discurso no es el que él cree. Así que sólo en función de la persistencia del discurso médico la consulta al psicoanalista se realiza de acuerdo con el modelo médico tradicional. Enumeración de los síntomas por parte del que viene a consulta: interrogatorio más o menos sistemático con el fin de que aparezca una sintomatología que el paciente podría desconocer u ocultar, evaluación de la «fuerza del Yo», reflejo impreciso y vago de la ya vaga noción médica de buena salud general y constitución robusta. Lo más incierto sigue siendo la evaluación de las posibilidades de curación, dado que de ningún modo esa curación puede apreciarse como en medicina, donde se caracteriza como vuelta al estado anterior. En todos los niveles, ya se trate de semiología, de diagnóstico, de pronóstico, de indicación terapéutica, la recuperación del modelo médico no

puede sino desviar la originalidad, la especificidad de la clínica psicoanalítica.

La «demanda» del paciente, que no es más que una entrada en materia que ni siquiera es necesaria y que nunca es decisiva para el establecimiento de la relación médica, ocupa un lugar preponderante en la relación analítica. Si así no fuera, la evaluación de lo que es un síntoma sería totalmente arbitraria, dado que cualquier cosa puede constituirse en síntoma, en tanto señale el punto de mira del discurso, no sólo los síntomas en el sentido tradicional, sino también aquellos —incluido el deseo de llegar a ser psicoanalista— que aparecen en el curso de las primeras entrevistas, o mucho más tarde en el curso del análisis. La experiencia corriente es que por mucha atención que haya puesto la investigación llevada a cabo en el curso de las entrevistas preliminares para recoger los hechos sintomáticos, sólo más tarde, sobre la marcha, se ponen al descubierto tramos enteros de la vida del paciente, que llevan a revisar la interpretación que pudo hacerse en un primer momento de su organización estructural: cosa que debe apartar al psicoanalista de un interrogatorio de tipo policíaco, que sería una transposición del análisis clínico de tipo médico. Ha de incitarlo además a la mayor reserva en lo que se refiere al establecimiento de un «diagnóstico» y de un «pronóstico» precisos, en el sentido que se les da en medicina. Porque la cura psicoanalítica eventualmente iniciada no tiene nada que ver con la aplicación de una terapéutica cuyo maestro de obras sería el psicoanalista en un nivel técnico. El objetivo propuesto por Freud de conseguir el levantamiento de la amnesia infantil no es un objetivo terapéutico propiamente dicho, ya que la «curación» o, mejor dicho, las modificaciones sintomáticas y estructurales son un *beneficio por añadidura*. Es la demanda del paciente lo que sostiene la búsqueda del material reprimido, no sólo en el curso de las entrevistas preliminares sino también en el curso de la cura; y esa búsqueda no se limita a los acontecimientos que han sobrevenido en la vida del paciente, sobre todo en su primera infancia, sino que se

dirige sobre todo a poner en evidencia su organización fantasmática, en una permanencia que anuda su historia con su vida actual.

Debido a que se centra en torno de la posibilidad de iniciar y proseguir una cura, la clínica psicoanalítica pone en cuestión la demanda del paciente, dado que la prosecución de la cura dependerá en todo momento de ella. Desplegado a través de la enumeración de sus síntomas, de sus angustias, de sus desdichas, el deseo del paciente, en lo que se refiere a su curación, es todavía menos evidente que en medicina. Según Freud, la neurosis es la solución más «económica» a los conflictos. De manera que cabe esperar que la neurosis se defienda, «resista» al análisis que impugna una organización neurótica que sólo comporta aspectos negativos y penosos. Los mecanismos que presidieron la represión siguen funcionando en la edad adulta tanto como en la época en que su función fue determinante. Ni la teoría ni la práctica psicoanalítica permiten suponer que la cura pueda desarrollarse sin dificultades.

De modo que la cuestión para el psicoanalista consiste en saber qué es lo que determina a alguien a consultarle. Es digno de ser destacado, aunque no de extrañar por lo que hemos visto, que no sea el trámite médico habitual lo que decide en la mayoría de los casos las curas analíticas a iniciar. Digno de destacarse, porque los médicos están sobrecargados de neuróticos, psicósomáticos, funcionales y otros, que los importunan porque se puede hacer poca cosa por ellos, y a quienes el psicoanálisis les ofrece una salida que al nivel de la sintomatología tradicional es, en última instancia, mucho más eficaz que la mayoría de las especialidades médicas a las que los médicos no vacilan en recurrir. No es de extrañar sin embargo que por lo general se recurra al psicoanalista en casos extremos, después de que ha fracasado todo otro intento terapéutico, y en las peores condiciones, más o menos como quien aconseja un peregrinaje a Lourdes o una visita a un curandero. El psicoanalista consultado en esas condiciones es una especie de mago moderno, respecto de

EL ORDEN MEDICO

quien se consiente en suponer que posee recetas inexplicables pero tal vez eficaces. En esas condiciones llega el paciente, portador de un discurso que en modo alguno es el suyo, sino el ambiguo discurso del médico que sólo a pesar suyo se resigna a esta confesión de derrota de la ciencia de la que es portavoz. El psicoanalista suele verse, las más de las veces, en la alternativa de tener que aceptar una situación difícil, en la que el paciente es el intermediario de una partida que en realidad se juega entre el médico y el análisis, cuando no el mismo analista, o bien de tener que instaurar bases nuevas para la empresa analítica, con el riesgo de contradecir a su interlocutor... y de alienárselo. Porque no es fácil pasar del discurso médico al discurso analítico ni para el paciente ni para el médico, sean cuales fueren su buena voluntad y su apertura a una disciplina que le es fundamentalmente ajena.

En función de los criterios médicos tradicionales, es difícil discernir lo que determina a alguien a solicitar un análisis. Nos enteramos de que lo que ha desencadenado la decisión es la muerte de un familiar, el matrimonio de una hermana, el análisis de un amigo, el azar de una lectura o el final de los estudios, cuando no la resolución de una antigua situación conflictiva, la curación de una enfermedad orgánica, etc. Una persona que hacía tiempo que pensaba en hacer un análisis pero que «no creía en él» se decide a empezarlo ¡el día que se entera de que su marido no es el hijo de su padre legal! Otro, acostumbrado hace tiempo a llevar cuernos, resignado ya que no consentidor, descubre de pronto que la situación es intolerable al leer una carta del amante de su mujer: ¡está llena de faltas de ortografía, cosa que evidentemente no se puede soportar cuando uno mismo es profesor en letras! Podríamos multiplicar al infinito los ejemplos que un médico escucharía como pertenecientes al orden de lo anecdótico, de lo pintoresco, pero donde el psicoanálisis ve hechos que revelan las fallas de una estructura. Por lo general el paciente no les da importancia porque no espera que eso sea lo que se escucha de su discurso, y también porque

CLINICA MEDICA Y CLINICA PSICOANALITICA

no puede hacer nada con ellos. Insignificantes por el momento, esos hechos aparecerán como significantes y sintomáticos desde el punto de vista de un discurso psicoanalítico que queda por instaurar.

La clínica psicoanalítica pasa mucho menos que la clínica médica por lo que entra en las categorías nosológicas que definen lo patológico. Sin embargo, no toma en cuenta el «sufrimiento» del sujeto, en tanto identificado con el dolor que experimenta: la organización neurótica soporta el dolor, se sostiene sobre un masoquismo no desmentido por el lamento del interesado, ni por la afirmación de que aspira sólo a una vida mejor que la que le es impuesta. Es más fácil, y hasta hace más feliz, contentarse con el espectáculo del propio dolor que con las ambigüedades del discurso que se puede enunciar a partir de la propia posición subjetiva. A quien viene a ofrecerse como espectáculo, o a proponerse como objeto a la demostración del supuesto poder del analista, éste no puede oponer sino su negativa a entrar en el sistema neurótico constituido. Esta negativa, es decir, su silencio, es lo que permitirá que la cura se desarrolle.

El problema de la transferencia está presente en los primeros pases de armas que constituyen las entrevistas preliminares. En ellas analista y analizante se miden, toman posición y evalúan si se entienden. Las razones de nivel técnico, de interés científico que despierta el otro, que predomina en la consulta médica, no sirven de coartada suficiente para decidir iniciar una cura psicoanalítica. El médico puede pretender acallar sus sentimientos personales, y el enfermo puede aspirar sólo a encontrarse con el mejor especialista, pero la cohabitación de varios años que implica un psicoanálisis no puede decidirse sin prever el modo en que se establecerá. Transferencia y contratransferencia tienen ya su sitio, lo cual no significa amor ni confianza, sino ante todo posibilidad de entrever que la partida no está jugada de antemano, y que su interés se sostendrá. En estos primeros encuentros intervienen muchos elementos contingentes, que determinan la decisión de análisis y también la elección del analista. No

concurren necesariamente para la mejor elección, ni para la mejor decisión, al menos si queremos mantener la ficción de una mejor cura psicoanalítica posible.

Porque también la noción de cura analítica más o menos lograda ha de integrarse en una problemática nueva. Mientras que el discurso médico es portador de una norma (aun cuando esta norma se adapte a las posibilidades que el «enfermo» puede tener de acceder a ella), mientras que basta el «consentimiento» del interesado para acceder a esa norma, el psicoanálisis en cambio no puede ni proponer un modelo ideal ni mucho menos imponerlo, dado que la prosecución de la cura sólo puede hacerse con la participación activa del analizante. Claro que esto no excluye que el discurso psicoanalítico no sea en sí mismo portador de sus propias normas. Ellas han sido teorizadas de distinta manera: fuerza del «Yo»; acceso al *genital love*, levantamiento de las represiones, simbolización de la castración, etc. Sólo pueden conservarse en las condiciones peculiares del análisis «didáctico», donde evidentemente nos asiste el derecho a esperar del futuro analista que sepa por lo menos por sí mismo qué es un psicoanálisis, y dónde lo sitúa su fantasma en relación con el objeto «a» desde donde emitirá su discurso. Pero nadie está obligado a llegar a ser psicoanalista; por el contrario, la función del análisis llamado didáctico es cuestionar los proyectos más firmes y aparentemente más justificados.

Un psicoanálisis puede llamarse «terapéutico», con la condición de que no deje de usar las comillas de rigor. La eventual desaparición del síntoma, en el sentido médico corriente, no basta en absoluto para ello porque mientras uno ve desvanecerse las perturbaciones de las que se quejaba abiertamente ni siquiera presta mucha atención a eso, tan preocupado como está con el deterioro de su vida que antes no podía reconocer, otro, a quien el análisis le ha transformado la vida, sigue afirmando la persistencia de un síntoma fóbico, obsesivo, etc., que sin embargo ya no lo importuna. ¿Y qué decir de esos análisis que aportan un trastorno tal que es otro miembro de la familia el que se hunde, se «des-

CLINICA MEDICA Y CLINICA PSICOANALITICA

compensa», debido a que el analizante deja de prestarse al juego neurótico o perverso en el que estaba comprometido? La experiencia del análisis muestra sin lugar a discusión que no todas las verdades son buenas para ser dichas, o al menos que las consecuencias de su revelación no siempre se consideran aceptables. Piénsese que muchos análisis —esto es particularmente cierto en caso de análisis de niños— quedan interrumpidos por razones que nada tienen de técnicas. En muchos casos la «resistencia» del analizante se justifica. Pertenecen a un orden diferente de la negativa al tratamiento en medicina. También es una protección más eficaz contra el imperialismo psicoanalítico que las protestas del enfermo contra el imperialismo médico.

Hablar de la clínica psicoanalítica es una proeza a la que no me arriesgaré aquí, y me limitaré a evocar algunos de sus aspectos. Para hacerlo, habría que estudiar primero cierta cantidad de esas fallas del discurso médico que su ideología subsana con mayor o menor éxito. En efecto, es demasiado tentador, demasiado fácil hacer del psicoanálisis lo que vendría a completar felizmente del lado del psiquismo lo que la medicina hace del lado del cuerpo. El discurso médico es deshumanizante en el sentido de que estudia la enfermedad y la separa del hombre, que hace las veces de terreno. Esto no quiere decir que el psicoanálisis pueda pretender constituir esa antropología que la medicina no puede construir. Por su parte, el psicoanálisis sólo conoce del hombre su *falta en ser*, a través de la palabra que lo atestigua. Al constituir un saber sobre el inconsciente —ese saber que no se sabe a sí mismo— el discurso psicoanalítico proporciona material a todas las formas del dogmatismo y del imperialismo. Se prestan a ello complacientemente quienes giran en torno del psicoanálisis con la esperanza de encontrar en él un relevo último a las fisuras del discurso dominante (que no comprende sólo a la medicina, sino también a la moral, a la política...). Pero esto ya no tiene nada que ver con la clínica: más bien es su negación, pues sólo se trata de introducir un orden fundado por definición en lo que el sujeto no puede reconocer.

EL ORDEN MEDICO

Hablar de la clínica psicoanalítica plantea sobre todo el problema del *secreto*, esta dificultad con la que por su parte la medicina se las arregla tan mal. ¿Qué es del discurso del paciente en el análisis? Es evidente que si este discurso se divulga, el analizante no podrá hablar, no hablará de otro modo, por el solo hecho de saber o sospechar su publicidad. Pero no es menos cierto que si no puede esperar de su análisis otra cosa que ser remitido a sí mismo, a su propia historia, su discurso se ve desacreditado de antemano al verse condenado a cerrarse sobre sí mismo, sin efecto posible sobre aquel a quien se dirige. Ahora bien, es cierto que un analizante no habla con cualquiera. «Dora» acudió a Freud porque tenía que arreglar un serio contencioso con los médicos, y especialmente con el de su padre. «El hombre de las ratas» venía al autor de *La psicopatología de la vida cotidiana*. «Juanito», al hablar con el profesor de su padre se preguntaba si no se trataba de Dios. «El hombre de los lobos» se consagró como una contribución esencial al psicoanálisis. Y «el presidente Schreber», por el hecho de no haber hecho psicoanálisis, estaba aún, más indiscutiblemente interesado en testimoniar ante el mundo entero su prodigiosa aventura publicándola. Los psicoanalistas se equivocarían si, refugiándose en la necesidad, por otra parte evidente, de la discreción, no dijeran nada de sus experiencias o reservaran su publicidad a cenáculos tan estrechos que las enterrarán. Si al psicoanalista le resulta difícil transmitir su experiencia clínica es porque en ella se revela necesariamente lo que él mismo hace con los discursos que le son dirigidos: tal vez chismorreos, u oportunidades de probar su saber o su habilidad. Es indudable que un análisis tomará un rumbo diferente en el caso de que el analizante tenga la certeza de que contribuye efectivamente a constituir un discurso admisible, no aportando material inerte que se ofrece a su discurso constituido, sino poniendo en cuestión la posición de quien lo enuncia; éste fue el caso de los primeros pacientes de Freud.

¿Cuál es la condición de aquél a quien habla el paciente del médico y del psicoanalista? Al comienzo es sin duda la

misma. El del gran Otro como sitio donde se encuentran capitalizados los significantes, donde puede inscribirse su sufrimiento, que no puede saber por sí mismo qué es. La aventura médica aspira a responder a esta demanda con el objetivo de suprimirla. En efecto, cesa desde el momento en que la medicina se encarga del enfermo, dado que no es ella la que condiciona la prosecución o interrupción de la intervención médica, sino una lógica que se desprende de lo que la medicina sabe de la enfermedad. En cambio, con el analista, el motor de la cura es el mantenimiento de la demanda, y su saber no aspira a ser reductor, puesto que de ejercerse como un poder, aunque fuera poder de curar, no podría sino reducir esa demanda.

En su tesis⁵, J. Guey estudió los efectos de una colaboración confiada y esclarecida por parte de médicos y psicoanalistas en torno de un síntoma especialmente notable, el ataque de epilepsia: el gran mal, el mal sagrado, la enfermedad de los comicios. La medicina se organiza necesariamente alrededor de la desaparición del síntoma, y también alrededor del trazado electroencefalográfico, esa escritura de la enfermedad de la que sabemos, sin embargo, que no es ni constante ni significativa de modo absoluto. Al médico le importa poco si el enfermo soporta bien sus crisis, si le importan poco, si no las busca incluso a modo de autoestímulo. Tampoco las graves perturbaciones psíquicas que suelen acompañar la desaparición de las crisis inciden mucho en las decisiones terapéuticas. Sin embargo, lo más notable es el lugar subalterno que la medicina y las familias otorgan al psicoanalista, a pesar de la indiscutible influencia de los episodios sucedidos en la vida del epiléptico, especialmente de las aproximaciones psicoterapéuticas. El que da las órdenes sigue siendo en todas las circunstancias el médico, pese al carácter a menudo frustrante de los tratamientos médicos.

5. J. Guey, *Du discours médical à la parole du «sujet»: L'épilepsie*, tesis, 1975, Université de Provence.

EL ORDEN MEDICO

«No hay diálogo», dice Lacan en un contexto totalmente diferente. Esta fórmula se hace particularmente evidente en la confrontación entre médico y enfermo, dado que este último está condenado a callarse, y a dejar la palabra sólo a los síntomas. También lo es entre médico y psicoanalista, cuyos discursos se cruzan a veces en torno de los mismos síntomas, pero sin articularse. Claro que tampoco hay diálogo entre el paciente y el psicoanalista, pero esta es otra historia, que constituye precisamente el objeto de la cura psicoanalítica.

SRM Cursos®

Semiología clínica y semiótica.

A partir de la comprobación de que el término *semiología* no tiene la misma acepción ni cubre una práctica comparable en medicina y en lingüística, hay una cuestión que no puede dejar de plantearse. Sin embargo, en una y otra disciplinas la semiología aparece definida como «ciencia de los signos». De esta advertencia preliminar podemos deducir, al menos, que los médicos y los lingüistas no tienen la misma práctica ni la misma noción, ni de la ciencia ni de los signos. Una vez que hemos puesto de relieve el hecho de que estas palabras no tienen la misma significación en la boca de un médico y en la de un lingüista, evidentemente nos vemos llevados a reintroducir el problema del Sujeto que habla. Pero no nos referimos a una categoría idealista del Sujeto, porque el Sujeto del que se trata es el que puede definirse como el que emite determinado discurso, ya sea médico o lingüístico.

Podríamos al menos afirmar desde ahora que la ambigüedad que acabamos de poner de relieve es por sí misma un signo: signo de una evolución doble y paralela del concepto «signo» de la que conviene tomar nota. Evolución que no deja de transparentarse, si no en la definición, sí al menos

EL ORDEN MEDICO

en el empleo de los términos, dado que los médicos contemporáneos hablan casi exclusivamente de semiología, mientras que los lingüistas hablan indiferentemente de semiología y de semiótica (como lo hacían los antiguos médicos).

Reunidos, ya que no por las mismas cosas, sí al menos por las mismas palabras, médicos y lingüistas no se encuentran. Mejor dicho, si los epistemólogos contemporáneos se han interesado mucho por la medicina, como lo apunta con exactitud Dominique Lecourt, se han encontrado sin respuesta. En efecto, los trabajos de los epistemólogos no han modificado en nada la semiología médica. No cabe duda de que no es apta para ser modificada, y desde este punto de vista, podemos situar la epistemología contemporánea en la tradición filosófica, no apta para modificar el curso de la ciencia. Pero en estas condiciones queda por preguntar si este trayecto de sentido único no da a la crítica epistemológica una garantía científica para una elaboración que no lo es necesariamente.

Creo interesante plantear algunos problemas en torno del término «síntoma». En su libro *Nacimiento de la clínica*, Foucault se detiene en él, no sin algún embarazo. El síntoma, dice, es una "capa primaria indisociablemente significante y significada". Así que la relación significante que significado

los lingüistas conciben como constitutiva del signo no sería aplicable al síntoma, lo que parece señalarlo como el sitio donde se cruzan significantes corporales y lingüísticos, y merecería ser desarrollado, especialmente a partir de lo que sobre ese tema nos aporta la clínica de la histeria. No quedamos más esclarecidos cuando Foucault añade: "Es la soberanía de la conciencia la que transforma al síntoma en signo²." Aquí la conciencia aparece identificada en cierta medida con la «mirada» médica, con ese acceso a lo visible del que sabemos que Foucault convierte en el momento

1. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, op. cit.

2. *Ibid.*

SEMIOLÓGIA CLÍNICA Y SEMIÓTICA

esencial del procedimiento médico. Pero esta referencia a la «conciencia» no es mucho más convincente para los filósofos de lo que la referencia a la «mirada» lo es para los médicos, cada vez más inclinados a hablar en términos de mensajes, informaciones, intercambios celulares, y que ya no lo están por cierto a identificar la enfermedad con lo visible de la anatomía patológica.

El diccionario de Ducrot y Todorov no va mucho más lejos al definir al síntoma como «signo natural». Porque si el signo sigue perteneciendo al dominio de la lingüística ¿qué significa esto de que la naturaleza habla? Al reconocer que la relación con lo «real» descrita por el síntoma "no es del tipo *significante-significado*" sino del tipo "*signo-referente*", se diría que se la quiere mantener asociada con las categorías lingüísticas, lo cual se precisa cuando se añade que no por ser «natural» el síntoma médico es menos convencional, y el ejemplo dado es el siguiente: "No se tose del mismo modo en Francia que en Nueva Zelanda". Es de imaginar que estas consideraciones deben dejar a los médicos sumidos en una perplejidad infinita, no sobre la semiología que es la suya, sino sobre lo que de ella dicen los lingüistas, y el ejemplo les parecerá tan banal como un comentario sobre la ictericia de los negros o las variaciones de la expresión del dolor según las tradiciones culturales. Estos son hechos absolutamente contingentes en relación con un proceder médico que se propone precisamente desprender los síntomas de las contingencias raciales, culturales, etc., para retenerlos exclusivamente como significantes que pueden inscribirse en el lenguaje médico.

A propósito del síntoma «tos» me parece más interesante que nos detengamos en lo que me decía una paciente, que definía su estado como depresivo. Ella estimaba que ese estado le atraía la desconfianza, el desprecio, la ironía del pueblo donde vivía. A la inversa, esa verdadera persecución de

3. T. Todorov y O. Ducrot, *Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje*, Siglo XXI.

EL ORDEN MEDICO

la que se sentía objeto era en gran parte responsable de su depresión. Lo que le llamaba particularmente la atención era la «tos», o más bien la «tosecilla», medio a través del cual los comerciantes, la criada y las pocas personas que ella frecuentaba le mostraban que se burlaban de ella, le señalaban que a sus espaldas se desarrollaba todo un discurso hostil.

Lo del «tosiqueo» iba acompañado de una observación sorprendente: "Evidentemente, durante el invierno es cuando estoy peor, porque es la época en que hay más tosi-queos." Efectivamente, yo veía aparecer a mi enferma para la fecha de todos los Santos, y desaparecer en Pascua*. Su observación puede dar risa, porque entremezclaba dos órdenes diferentes de causalidad, el de la tos debida al frío y el de la tosecilla debida a la persecución. Pero una lógica im- placable le permitía decir que si la gente tosía más en invierno era porque ella se sentía peor en esa estación. Esta enferma ya había consultado a varios médicos, que habían «com- prendido» muy bien su caso, es decir, se habían empeñado en romper el círculo vicioso «depresión-persecución», aconsejándole que se alejara del pueblo o bien dándole antidepresivos. Sin resultado, como es de imaginar.

Así que mi paciente se embarullaba tanto como el diccionario de lingüística en la distinción entre signo y síntoma, pero por lo menos su discurso incitaba a situar la tos del lado del *signo médico* (como representante de una irritación bronquial u otra) y la tosecilla del lado del *signo lingüístico* (en tanto representante del supuesto discurso del pueblo). Nuestra teórica no se detenía allí. No tenía nada más que decir sobre la tos y la tosecilla, pero en cambio había coleccionado una serie de indicios de la malevolencia del pueblo: miradas esquivas o arrogantes, sonrisas cargadas de sospecha, bocinazos de los automovilistas, portazos de la criada. Ninguno de estos indicios probaba nada por sí mismo, pero su

* El autor hace un juego de palabras con «*Toussaint*» [día de todos los Santos] y los términos «*toux*» [tos] y «*tousotement*» que no tiene equivalente exacto en castellano. (N. del T.)

SEMILOGIA CLINICA Y SEMIOTICA

acumulación, esa serie de pseudo coincidencias no le dejaba duda alguna sobre la realidad de la persecución. Así actúan los psicóticos, más precisamente los paranoicos, que nunca poseen una prueba formal que justifique sus ideas delirantes, pero acumulan indicios de cuya *significación* no dudan.

Mi interés por esta paciente consistía en decidir *dónde* deliraba para discernir *dónde* nosotros corremos el peligro de desvariar cuando hablamos de signos. Es preciso decir algo sobre lo que es un delirio. Está claro que una idea delirante no es lo mismo que una idea falsa, por mucho que nos disguste a nosotros que creemos pensar acertadamente. Una teoría falsa, por ejemplo, no es un delirio. Y a la inversa, un delirio no deja de ser delirio si su contenido resulta exacto. Como se lo ha advertido hace tiempo, nadie se cura de un delirio de celos volviéndose cornudo, ni de la erotomanía al obtener los favores del objeto amado. Por lo demás, en lo que concierne a mi paciente, el contenido de su delirio, que se resume en una frase: "Hablan mal de mí", tenía muchas posibilidades de ser cierto, porque es probable que en el pueblo corrieran chismes sobre esta mujer de un ciudadano importante, un tanto tosca y poco afable.

Lo que nos lleva a decidir que esta paciente es psicótica no es tampoco el hecho de que interpretara abusivamente, porque su interpretación es bastante pobre, sino más bien el hecho de que *instituyera elementos de lo real* (toses, bocinazos) como *indicios* a recoger, elementos *interpretables*, es decir, los constituía en *significantes* que formaban parte de un discurso, sin duda de difícil comprensión, pero en principio comprensibles. En suma, tenía respecto de ellos la misma actitud que la del sabio ante los jeroglíficos, ilegibles durante milenios, pero de los que no cabía dudar que eran una escritura, y por consiguiente portadores de significación. Así es como cabe reconocer la existencia de una cosa *significante* antes de haber descifrado su significación.

Por cierto que descifrar jeroglíficos no es una locura. Tampoco lo es querer interpretar lo real: es lo que hacen los científicos. Pero precisamente éstos no interpretan lo real

EL ORDEN MEDICO

como constituido por significantes organizados en discurso, porque por el contrario el discurso de los científicos es el organizador de lo que, por él, se constituye como realidad.

Admitiendo que podía equivocarse por una parte sobre el hecho de que un elemento de lo real era susceptible de interpretación y por la otra sobre la significación que había que dar a ese elemento, mi paciente lo designaba como signifiante. Porque el único punto en el que ella era inflexible era que esos elementos, puestos unos junto a otros, no podían carecer de significación. De modo que constituían un discurso. Lo que para ella era convincente no era una relación signifiante-significado, sino la existencia de una cadena de significantes. A partir de ahí sacaba la conclusión de que existía un discurso, y podemos darle la razón de buen grado en la medida en que coincidía con lo que dice Lacan sobre el proceso de la significación, cuando la hace depender no de la relación signifiante-significado sino de la secuencia signifiante. Si Lacan nos dice que lo que se encuentra significado en primer lugar en un discurso es el Sujeto que lo enuncia, vemos que mi paciente no se equivocaba al designar la existencia de un Sujeto que emitiera ese discurso.

Designaba al pueblo como Sujeto emisor de ese discurso, y en este punto ya no podemos seguirla. O más exactamente, dado que no negamos la posibilidad de la maledicencia, a lo que nos negamos es a creer que el pueblo se dedicara a comunicarle su desprecio a través de todos los indicios que ella cree poder recoger y que eleva a la categoría de signos —de signos lingüísticos. Más bien estaríamos tentados de responder: «No hay Sujeto posible para enunciar el discurso en que usted cree. De manera que no hay discurso. Se equivoca usted de semiología.»

Está claro que la semiología de los médicos no tiene nada que ver con la semiología de los lingüistas. Los signos que estudia la lingüística son *signos arbitrarios*, dado que no hay vínculo de causalidad entre un signifiante y el «referente» que representa. Son por el contrario *convencionales*, es de-

SEMILOGIA CLINICA Y SEMIOTICA

cir, que es a través de la convención de un lenguaje común como pueden ser reconocidos por los interlocutores en el seno de la misma comunidad lingüística. A la inversa, los signos que recoge el médico son directamente *asociables con la «realidad»* que representan (ya no se habla de referente). No son convencionales, no dependen de la lengua hablada por el médico o el enfermo: preexisten al lenguaje.

Los signos médicos no obedecen a las leyes de la lingüística. Si se agrupan lo hacen en síndromes y no en sintagmas o paradigmas. El sobrevenir de un signo insólito no viene a constituir una metáfora. No hay nada en él que pertenezca al orden de la alusión, y no hay una poética de los signos médicos. Un médico nunca sospechará que un signo pueda mentir, porque si engaña es debido a que el médico puede equivocarse, y no a que el organismo mienta.

A la medicina no le han faltado dificultades para constituirse un universo de signos que le sea propio. Mientras prevaleció una concepción ontológica de la enfermedad, había una distinción nítida entre la enfermedad misma y sus manifestaciones sintomáticas, e incluso anatomopatológicas. Así que los médicos se veían llevados a interesarse por el *Ser de la enfermedad* y a discurrir sobre él, pero prestaban escasa atención a la sintomatología que era sólo la *apariencia*, siempre engañosa y sospechosa. La clásica distinción entre Ser y Parecer sacaba de ello ventaja. La semiología médica

o vigor porque los clínicos aceptaron gradualmente la idea de que todo signo que recogían se asociaba necesariamente con una realidad, y no podía interpretarse sino a través de ella. Michel Foucault otorga un sitio de privilegio a la lesión anatomopatológica como constituyente de esa realidad última, previsible a partir de la sintomatología y marcada con el sello de la muerte (la del hombre y la del órgano). Pero aun prescindiendo del hecho de que a los ojos de la medicina contemporánea la afección orgánica está lejos de constituir el punto de referencia esencial al cual remitir la enfermedad, no me parece posible aceptar esta dicotomía entre la lesión y los síntomas que la representan, porque no

EL ORDEN MEDICO

deja de reconstituir la dicotomía entre el ser de la enfermedad y su apariencia sintomática.

La evolución de la medicina sigue un sentido opuesto. La semiología, cada vez más profunda, que permite la multiplicación de los exámenes paraclínicos, y que llega a la mirada directa por parte de las técnicas de la biopsia y la endoscopia, tiende a identificar cada vez más el signo recogido con la realidad de la enfermedad. Paralelamente, tiende a desvanecerse la distinción entre las causas y los efectos, lo que permite a los autores contemporáneos decir que se muere tanto de los efectos de la enfermedad como de la enfermedad misma, ya que ambos tienden a confundirse: por una parte la búsqueda de la etiología resulta ser cada vez más compleja, problemática y finalmente especulativa, y por otra parte la clínica y la terapéutica se acercan cada día más a una sintomatología que se enriquece y sobre la cual se puede actuar directamente. Así se reduce la oposición entre Ser y Parecer.

Este trayecto, este progreso de la semiología médica está, por cierto, en relación con el interés que despierta en los epistemólogos contemporáneos. Porque hay un paralelismo evidente entre la eliminación progresiva de la enfermedad en tanto Ser y el rechazo por parte de la epistemología de la categoría de Sujeto en tanto Ser supuestamente libre, autónomo, autor de su discurso, y que se manifiesta en su verdad y en su engaño mediante las apariencias de la palabra. Después de Bachelard, sospechoso sin embargo de idealismo, con Canguilhem para la historia de la medicina, Foucault para el discurso, Althusser para el materialismo histórico, hay una misma negativa a recurrir a modo de explicación al genio del sabio, del autor o del personaje histórico providencial. Y esta negativa es evidentemente fecunda en la medida en que permite interpretar el acontecimiento en función de una coyuntura en la que el hombre ya no desempeña otro papel que el de instrumento.

No hace falta insistir en la solidez de los fundamentos de esta posición, que por otra parte es y se quiere política, dado

SEMILOGIA CLINICA Y SEMIOTICA

que denuncia a la ideología humanista como destinada a mantener la ilusión de autonomía del Sujeto, para enmascarar la disparidad de las condiciones sociales, económicas, culturales, históricas, cuando son estas condiciones las únicas que hay que tener en cuenta para acceder a una interpretación correcta de la historia del pensamiento, de las ciencias y de los hechos políticos.

Sin embargo, el problema del Sujeto no es idéntico al problema del Ser. La valorización excesiva de la función del autor no es propia del discurso científico, sino del de la historia de las ciencias, y más exactamente de esa historia espontánea, ingenua, que en la mayoría de los casos hacen los científicos mismos, y que confunde la historia de la ciencia con la hagiografía de los sabios. Así es como en medicina es frecuente que se acople a un signo o a una enfermedad el nombre de quien la ha descrito. Pero esto es propio de los continuadores y admiradores, no del sabio mismo. Por el contrario, es digno de notarse que en el discurso científico propiamente dicho, el Sujeto de la enunciación se explicita recurriendo al «nosotros», que no es en absoluto un plural mayestático, sino que señala que el autor no habla en su propio nombre sino en nombre de la comunidad científica. Porque su nombre queda relegado al pie de página, como firma inútil para la comprensión de un texto que sólo se justifica por la coherencia y la verdad de lo que enuncia.

Lacan toma nota de esta caída del Sujeto de la enunciación cuando habla del "discurso del amo" inscribiendo al Sujeto $\$$ bajo la barra, pese a que por encima de ella es sólo la secuencia de significantes lo que aparece:

$$\frac{S_1}{\$} \dots S_2 S_3 S_4 \dots$$

El abuso en que incurre el historiador al destacar el nombre del autor no se debe, sin embargo, al hecho de que denuncie el discurso científico en lo que pretende ser, esto es,

EL ORDEN MEDICO

enunciado por un autor virtualmente anónimo y constituido por una articulación de significantes que lo constituyen en saber. Su abuso consiste en hacer de esta exhumación nada más que un memorial para gloria del autor, completamente inútil para la ciencia misma, y oscurecedor para la historia de la ciencia, al conferirle los atributos ideológicos del genio, del sentido de la observación, de la suerte, etc. Ese trabajo estaría revestido de muy otro interés si tuviera en cuenta lo que Lacan indica mediante la barra que atraviesa la S, esto es, la división del Sujeto. En esta colusión que siempre se ha hecho entre científicos e historiadores de la ciencia, no hay que considerar el beneficio de la operación bajo su aspecto trivial, el de permitir que otros se encarguen de garantizar la gloria del sabio, quien personalmente puede seguir siendo modesto. Se trata más bien de *enmascarar al Sujeto en tanto dividido*. Habremos de volver sobre este punto.

En lo que hace a la puesta a un lado de la subjetividad, no se podría sobreestimar el beneficio que encuentran —cada cual para sí— el médico y el enfermo en el trabajo científico que constituye el acto médico. En él todo se encuentra dispuesto de modo que cada cual se vea subjetivamente no comprometido. En primer lugar el médico, que está allí en tanto representante de valores incontestados (humanidad, ciencia...) y el enfermo a quien se le demuestra que su sufrimiento se reduce al dolor, un dolor que es sólo un signo, como cualquier otro signo que es tenido en cuenta en un análisis. También el enfermo se abstiene de confesar lo que es al menos la otra vertiente de su sufrimiento, es decir, su angustia. Una regla de deontología consiste, pues, en que el médico no introduzca ninguna pasión, y del enfermo se espera también que no se deje dominar por sus temores, por el pudor o cualquier otro sentimiento. Si el contrato implícito se rompe, especialmente si el síntoma no puede asociarse con nada objetivable, el enfermo es rechazado, y a veces con furor, como cuando se trata a las histéricas de mentirosas, o más científicamente de pitiáticas. En el mejor de los casos les responden: "Usted no tiene nada."

SEMILOGIA CLINICA Y SEMIOTICA

Volvamos a mi paciente y al síntoma «tos». En este caso el médico no puede zafarse afirmando que ese síntoma «no es nada», porque es precisamente lo que ella misma afirma, que ninguna razón orgánica basta para explicar la tos de sus perseguidores. Es probable que el médico la exhorte entonces a una actitud científica, idéntica a la suya, es decir, a interpretar la tos como debida posiblemente a una afección orgánica de los que tosen, a que se desinterese de la subjetividad de la gente, de su malignidad real o supuesta. Pero eso es precisamente en lo que mi enferma no podía consentir, porque si usaba la ambigüedad tos-tosecilla era porque tenía que establecer, con los medios de que disponía, que había un discurso a instaurar sobre algo cuya significación se le escapaba.

En caso de intervenir, el psicoanalista tendrá una actitud muy diferente frente a esta paciente, porque en primer lugar reconocerá la existencia de un discurso que la enferma escucha en esa acumulación de indicios que ella ha recogido. Esperemos que consienta también en no comprender nada, dispensándose así de otras interpretaciones: porque el único problema que se plantea es el problema del Sujeto de ese discurso. Claro que no son los habitantes del pueblo sino ella misma el Sujeto del discurso, y ella atribuye su origen a los demás, y especialmente a esa criada cuya tos es más insistente, porque el contenido del discurso está marcado por la forclusión. Pero guardémonos para nosotros la hipótesis de que lo inconfesable se sitúa sin duda en la relación de mi paciente con esta otra mujer que es su criada. Porque esto es otra historia, una historia que no me corresponde sacar a la luz.

En lo que a nosotros respecta, haré algunas observaciones:

1. *Sobre la confusión* que resulta de la utilización por lingüistas y médicos del mismo término, semiología (o semiótica) como también del término signo. Algunas fórmulas lacanianas pueden resultar esclarecedoras:

EL ORDEN MEDICO

- 1.^a fórmula: "Un signo es lo que representa alguna cosa (y no un Sujeto) para alguien (que sabe leerlo)." Así es como el médico puede interpretar los signos que recoge. La semiología médica se ha vuelto científica al establecer las relaciones fijas, no problemáticas *entre esos signos y las cosas que representan*.
- 2.^a fórmula: "Un significante es lo que representa a un Sujeto para otro significante." Así el problema del Sujeto puede reintroducirse sin recurrir a sus atributos ideológicos tradicionales, desde el momento en que se define por su representación en un sistema de significantes, *es decir, sólo allí mediante lo cual se significa*.

2. *Sobre el síntoma*. Está claro que para el médico el síntoma se ha convertido en sinónimo de signo, en el sentido en que Lacan lo define, y no en una relación significante-significado como lo definen los lingüistas. Por tanto, ante un síntoma la tarea de los médicos es reductora. Un síntoma remite, si no de hecho, de derecho, a alguna cosa. Tras el síntoma médico no hay ningún Sujeto. Ese es el resultado del rechazo de la ontología de la enfermedad.

El síntoma psiquiátrico (neurótico, psicótico o perverso) plantea un problema diferente, pero la actitud médica sigue empleando la misma metodología. Consiste en leer los síntomas como representantes de algo (infección, intoxicación, degeneración, perturbaciones hormonales, etc.), en intentar al menos agruparlos en síndromes (esquizofrenia, paranoia, neurosis obsesiva...) que constituyen otras tantas entidades nosológicas. Y existe también una actitud médica que consiste en asociar el síntoma con una categoría fundada, erróneamente o no, sobre la teoría psicoanalítica (fijación afectiva, estadio del desarrollo libidinal, estructura...).

El síntoma psiquiátrico se vuelve psicoanalítico cuando se lo considera no ya como signo sino como significante. No remite a otra cosa, sino al Sujeto mismo. En ese sentido no es reductible y sólo puede transformarse accediendo a la sig-

SEMILOGIA CLINICA Y SEMIOTICA

nificación, esto es, ocupando un sitio en la cadena de significantes a través de la cual el Sujeto se representa.

Lo cierto es que todo síntoma ha de ser considerado en dos vertientes, en una de ellas puede interpretarse como signo (es la complacencia somática de la que habla Freud, la referencia última al cuerpo que pone en evidencia todo análisis de un neurótico); la otra vertiente es aquella en la que todo síntoma puede constituirse como significante, en tanto el Sujeto se representa allí en su castración a través de los signos de su deficiencia orgánica (cosa que Thomas Mann describió muy bien en *La montaña mágica*).

3. *Sobre el delirio*, en tanto cabe asociarlo con el discurso científico. Uno de los méritos de Freud consiste en haber hecho esa aproximación, al menos bajo la forma de una respuesta enigmática: "Triunfé allí donde el paranoico fracasa⁴." Es cierto que cuando Freud, al oír en una sesión los borborigmos que emite su paciente dice que su intestino se mezcla en la conversación⁵, habría que preguntar qué es lo que distingue esta actitud interpretativa de la de mi paciente en lo que hace a las tosecillas.

Por su parte, Lacan pregunta por qué no tener en cuenta las teorías que proponen los enfermos en su delirio tanto como las que nos infligen tantos libros aburridos. Sin embargo, sabemos que no es a partir del delirio sino del discurso de la histérica como se elaboró la teoría psicoanalítica. Esto no significa que la histérica nos haya aportado un saber inhallable en los libros, sino que reintrodujo, que puso en lugar preeminente el problema del Sujeto en tanto que enunciador del discurso, del Sujeto en su división. Es preciso añadir aún que la histérica hubiera sido rechazada, como lo es por el médico, si el psicoanálisis no hubiera revelado lo que el discurso cumple la función de velar, esto es, el sitio en que

4. S. Freud, *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Caso «Schreber»)*.

5. S. Freud, *Cinco psicoanálisis, Análisis de un caso de neurosis obsesiva (Caso «El hombre de las ratas»)*.

EL ORDEN MEDICO

el Sujeto se apoya en su fantasma, el «objeto a». Es evidente que antes del psicoanálisis, a partir solamente de la clínica, ya se sabía que la histérica produce los síntomas a partir de su subjetividad ($\$ \rightarrow S_1$). Lo que el psicoanalista ha mostrado es que la verdad de la posición subjetiva queda al descubierto colocando al Sujeto ($\$$) en relación con su relación enmascarada con el goce $\$ \diamond a$. Cosa que permite escribir así a la histérica:

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow S_1$$

En cuanto al delirio, sabemos hasta qué punto puede cobrar las características de un razonamiento riguroso, así como los términos y hasta el aparato del discurso científico. De él no diremos que se distingue de este último porque sea falso, sino porque *constituye una teorización del goce del Otro*. De modo que al discurso que más se aproxima es al discurso psicoanalítico (razón por la cual la comparación entre teoría y delirio ha surgido de la pluma del psicoanalista y no de la del científico). No es nuestro propósito aquí profundizar en este problema. Limitémonos a decir que el problema merece seguir planteado en todo momento, porque no se puede pretender que el psicoanalista (sin duda gracias al psicoanálisis didáctico) no esté subjetivamente implicado en las interpretaciones que da, a diferencia del psicótico que proyecta sus propios fantasmas. Esto sería remedar el discurso científico en su pretensión de hacer a un lado la subjetividad del sabio, y volver implícitamente a una ideología del Sujeto a salvo de su dependencia respecto de los significantes que lo constituyen, idealmente libre.

4. *Sobre los trabajos de los epistemólogos*. El modelo casi exclusivo que han tomado los epistemólogos es el del discurso científico, al menos ese discurso tal como se da en su forma acabada, presentable, una vez que ha logrado velar el problema del Sujeto. Esto los condena a no tener en cuen-

SEMILOGIA CLINICA Y SEMIOTICA

ta los significantes nuevos (S_1) en su emergencia, sino sólo a señalarlos en la medida en que están allí presentes en los discursos al alcance del lector. De modo que en los esquemas lacanianos S_1 pasa al lugar debajo de la barra. Allí el discurso científico sólo se estudia como saber constituido (S_2) y se lo juzga por sus efectos, como productor de un «de más» que cabe designar como «objeto a», porque viene a alimentar el fantasma científico, médico en lo que a nosotros concierne. Entendamos que se trata del fantasma del médico, y no del enfermo, que por su parte sigue dividido ante la producción del saber médico. Para él sólo por añadidura se vuelve sobre ese plus de saber. Porque una obra científica, especialmente médica, no ha de juzgarse por sus aplicaciones, sino por su aptitud para enriquecer el discurso constituido. De modo que los trabajos de los epistemólogos se inscriben como discurso universitario.

$$\frac{S_2}{S_1} \longrightarrow a$$

Volvamos a nuestro Sujeto: el hecho de que el Sujeto haga su aparición, y ocupando el primer lugar en el discurso (como sucede en el caso de la histérica) no basta para condenar como incoherente ese discurso. Precisamente lo que ha mostrado el psicoanálisis es su coherencia, al revelar que las articulaciones significantes funcionan en el inconsciente que está «estructurado como un lenguaje», tal como lo ha mostrado Lacan, retomando la teoría de los descubrimientos específicamente freudianos. Lo que se pone en evidencia con la histérica, es que no se la puede dejar de ver subjetivamente comprometida, que su discurso es dirigido por un Sujeto a Otro que lo escucha, y que en él funcionan todos los juegos de la seducción, la provocación y el odio. Comprendemos que al epistemólogo, le repugne poner en peligro la seriedad de que goza en las bibliotecas, pero no es motivo para condenar al discurso de la histérica por su incoherencia, para convertirlo en una especie de no-discurso.

EL ORDEN MEDICO

Tampoco podríamos reducir el discurso científico a lo que se atribuye ser: el discurso del amo con el que hasta ahora siempre lo hemos identificado. Porque no cabe desdeñar el hecho de que el investigador, al hacer una «ponencia», se constituye en primer lugar como miembro de la comunidad científica, se signifique como sabio. Lo quiera o no, no escapa a los juegos de la rivalidad y la seducción, aunque más no sea mostrándose hábil para manipular los conceptos de moda. Ya nadie se expone a la hoguera por decir que la tierra gira, pero se expone por lo menos al ridículo si anticipa una novedad que pone en peligro el ordenamiento teórico que en ese momento es el preferido. Se expone por lo menos a parecer presuntuoso. Los famosos «obstáculos epistemológicos» están destinados a ser sorteados, pero no sabemos de antemano si la cuchilla de la no menos famosa «ruptura epistemológica» no recaerá sobre quien tiene la audacia de manejarla. No es atentar contra la dignidad de la ciencia el recordar que la hacen los científicos, aun cuando éstos pongan su máximo esfuerzo en hacerse olvidar.

No hay relación médico-enfermo.

La existencia de un vocabulario técnico y especializado obstaculiza la relación médico-enfermo. No habría que exagerar su importancia, tanto más cuanto que los enfermos aprenden rápidamente ese vocabulario, pese a la resistencia del cuerpo médico a difundirlo y explicarlo. Los médicos tienen sólidas razones para mantener esta distancia, en su preocupación por conservar un carácter esotérico al saber. Creen que sus enfermos y el público en general, aunque puedan aprehender algunas palabras, algunos conceptos, sólo pueden darles un mal uso porque no conocen sus articulaciones. El vocabulario no es el lenguaje, dado que cada lenguaje tiene sus leyes que le son propias, en cuya posesión no entramos por el solo hecho de haber adquirido algunos restos de la jerga. Desde Hipócrates hasta nuestros días, la posición del cuerpo médico sobre este punto ha sido constante. El latín y la lengua de Diafoirus precedieron al vocabulario técnico de nuestra época. Así que no parece posible decir con H. Pequignot: "Durante un período de veinticinco siglos, médicos y enfermos han hablado el mismo lenguaje."

Enfermos y médicos apenas tienen el mismo vocabulario, salvo que el enfermo sea médico, y aun en ese caso se

EL ORDEN MEDICO

plantea otro problema, puesto que se afirma de buen grado que el médico es muy mal juez de su propio caso. Los casos en que los médicos hacen el análisis lúcido de la enfermedad que los domina se citan como admirables excepciones. Porque adoptar el discurso médico implica una desobjetivización casi imposible para el enfermo. Cuando un médico juzga su propio caso con lucidez, es exacto considerarlo una proeza, es una proeza subjetiva, no técnica.

La distanciación del médico respecto de su enfermo rige la relación médico-enfermo. Ella es efecto antes que causa del discurso médico. Sin embargo este distanciamiento se reafirma continuamente: "Me abstendré (...) de toda iniciativa voluptuosa respecto de las mujeres o de los hombres, libres o esclavos", dice el juramento de Hipócrates. Y el Código de deontología va más lejos aún cuando dice: "El médico no debe inmiscuirse en los asuntos familiares" (art. 37). Así que la desaparición del «médico de familia» no es sólo consecuencia de la evolución de las costumbres y de la técnica médica. Se desprende del discurso médico, y afligirse por eso sería una hipocresía. El distanciamiento del médico tampoco es una obligación de discreción, porque a menudo es la familia la que solicita al médico que intervenga en sus asuntos. La obligación de reserva resulta solamente del discurso médico mismo. La autoridad del médico y su independencia moral se verían afectadas si consintiera entrar en otras razones que en las médicas propiamente dichas. De manera que lo hace cada vez menos.

Lo que funda la relación médico-enfermo es la exclusión de las posiciones subjetivas de uno y otro. Lo que les queda de subjetividad son sólo unos jirones, y esos jirones son siempre sospechosos: en el enfermo hacen intervenir sentimientos del orden del pudor, el miedo, la angustia, que lo llevan a rechazar los análisis y los tratamientos médicos; en el médico perjudican la necesaria objetividad para el diagnóstico y para que en las decisiones a adoptar cuenten sólo los imperativos terapéuticos.

Las teorías ontológicas que predominaban hasta el siglo

NO HAY RELACION MEDICO-ENFERMO

XVIII posibilitaron el distanciamiento respecto del enfermo. En el siglo XIX, las nuevas necesidades del análisis clínico la obstaculizaron, y Foucault estima que la invención del estetoscopio por Laënnec está en parte relacionada con este esfuerzo de distanciamiento. En la actualidad, la multiplicación de análisis de todas clases hace cada vez menos importante el encuentro del médico con el enfermo. En los grandes servicios la visita al lecho del enfermo pierde la importancia que tenía, en provecho del *examen de la historia clínica*. Paralelamente, la participación de los especialistas que aportan su contribución hace que el enfermo ya no sepa quién es su médico. Hablar de la relación médico-enfermo es hablar prácticamente de un mito. Prevalece la relación enfermo-institución médica¹ y el médico es el representante de la institución. Del médico se espera que la represente del modo más calificado posible, y del enfermo que se alíe con ella. Si el médico es individualmente impugnado, hay que recurrir al cuerpo médico para confirmar o invalidar una decisión.

Lo que se denomina libertad del enfermo es una noción completamente relativa. En un boletín de la Orden de los médicos leemos:

"La libertad del enfermo en el hospital deja mucho que desear, el público no deja de poner en evidencia su desconfianza y a veces su terror. A veces el enfermo tiene la impresión de no poder hacerse escuchar, de no poder conseguir las explicaciones que desea, y de que si no está conforme le queda sólo un derecho: irse firmando su registro²." Más adelante: "Debe otorgar su confianza al equipo, al servicio. Le resulta muy difícil rechazar a uno de los médicos." Otro problema es el del consentimiento. "En el hospital el consentimiento del enfermo respecto de lo que se decide sobre él en algunos servicios se da por supuesto, hasta el punto de que su oposición, cuando se manifiesta, escandaliza más o me-

1. Tesis de A. Chauvenot, París, Centre d'étude des mouvements sociaux, febrero de 1973, p. 5.
2. *Bulletin de l'Ordre des médecins*, junio de 1972, p. 111 y ss.

EL ORDEN MEDICO

nos, y es considerada como un hecho incongruente (...) Se habrá sometido a cantidad de análisis algunos de los cuales implican riesgos, y a tratamientos sobre los cuales le han dado muy pocas explicaciones..." Ciertamente que suele exigirse el consentimiento escrito del enfermo y su familia. "Pero es un método muy discutible desde el punto de vista moral. La familia se siente obligada a dar una autorización en blanco, sin la cual el enfermo no recibiría atención." Por último, "algunos enfermos tienen mucho miedo de servir de cobayas. La investigación (científica) y los intentos (terapéuticos) suscitan problemas de moral profesional muy graves y muy difíciles. Es preciso afirmar y repetir que las investigaciones y los intentos terapéuticos sólo han de practicarse en caso de que sean de interés para el enfermo sobre quien se realizan. Ciertamente es que no hay ningún motivo para dudar de la conciencia del médico. Pero la conciencia ¿no está formada en función de los imperativos de un medio cerrado, sometido a imperativos técnicos? ¿Cómo estar seguros de que la apreciación de los riesgos que implica una exploración de diagnóstico o una intervención terapéutica se hace en función de los intereses del enfermo, cuando esa apreciación depende de médicos que, sobre todo en equipo, padecen todo el peso de las exigencias del discurso médico, y que como medida de su conciencia profesional tienen fundamentalmente la importancia de su esfuerzo personal y de los medios técnicos que emplean?"

Estos textos, a quienes no cabe acusar de polémicos, y cuya publicación responde a la loable inquietud de moderar los excesos de celo médico, merecen que nos detengamos en ellos. Prácticamente no se trata en ellos del médico sino del equipo médico. ¿Cómo podría ser de otra manera? Aun en las grandes ciudades, el enfermo no tiene opción, porque hay un número de especialistas muy limitado, a veces uno sólo. Y los enfermos tienen, sobre todo, el sentimiento de que la solidaridad profesional prevalece casi siempre sobre las demás consideraciones. En ninguna parte el Código de deontología obliga al médico a que advierta directamente al

NO HAY RELACION MEDICO-ENFERMO

enfermo si estima que éste está mal atendido. Al contrario, a quien tiene que prevenir es al médico que lo está tratando. Así es como la deontología preserva la respetabilidad profesional antes que el interés del enfermo. En cuanto a éste, que tiene por cierto, derecho a firmar el registro del hospital o a cambiar de médico en la ciudad ¿no oye en el fondo que le dicen, como decía Knock: "Si usted prefiere hacer una peregrinación nadie se lo impide"? Cualquier médico que haya tenido que declinar para él, para un familiar suyo o para uno de sus pacientes, el tratamiento «propuesto» o mejor dicho impuesto por otro médico o un equipo médico, sabe que para tomar una decisión así hace falta un valor poco corriente. Y sobran razones para pensar que los progresos de la técnica y de la especialización no harán otra cosa que fortalecer la presión que ejerce el discurso médico sobre el público, y que las disposiciones moderadoras que se puedan tomar aquí y allá son sólo paliativos, casi siempre irrisorios. De hecho, no hay nada que permita dudar de que la relación médico-enfermo tienda cada vez más a someter al enfermo a la autoridad del médico. Al enfermo sólo le toca esperar que lo protejan la competencia del médico y su moral. Claro que también se puede recurrir a los tribunales, método caro, largo y tanto más aleatorio cuanto que la solidaridad profesional de los expertos y los médicos inclina la balanza de la justicia. Además, cuando lo que se juega es de un lado la responsabilidad profesional (cubierta además por un seguro) y del otro la vida misma, se trata de una partida muy desigual.

Sería minimizar el problema convertirlo en un episodio relativamente contingente, debido a la difícil adaptación de las estructuras sociales a los progresos fulgurantes de la medicina. No hay sólo una desigualdad de hecho en la relación médico-enfermo. Es una desigualdad de derecho, porque la ley está dada por el discurso del amo. El discurso del enfermo está desacreditado de antemano, no sólo en razón del sufrimiento y la angustia que «impiden razonar con exacti-

EL ORDEN MEDICO

tud", sino porque el único discurso sobre la enfermedad es el discurso médico. El resto es literatura.

El enfermo sólo detenta la categoría ideológica de una libertad ficticia, la del hombre «normal», capaz de juzgar, pero incompetente. Noción que merece ser cuestionada tanto más cuanto que pertenece a la tradición ideológica humanista, que al menos en la opinión del público, y sobre todo del público médico, la reduce a la noción de una opción posible. Opción que se limita prácticamente a la del médico, o más exactamente a la del equipo médico. Cabe dudar de la importancia de esa opción cuando sabemos la importancia determinante que en ella juegan los azares de una proximidad geográfica, de una indicación hecha por parientes o amigos, e incluso de una orientación administrativa. Es probable que el gran burgués, que dominaba con la estatura de su prestigio social y financiero a un cuerpo médico, que de todos modos mostraba resultados muy poco convincentes, conservara la ilusión de elegir. En esas condiciones, la igualdad de la relación se hacía casi realidad. Volvamos a leer a Proust: "Y la vieja duquesa Mortemart, Guermantes de soltera (...) preconizaba casi mecánicamente, entrecerrando los ojos, en los casos graves: 'Dieulafoy, Dieulafoy', como si se tratara de un heladero. 'Poire blanche' o, para la repostería 'Rebattet, Rebattet'." La alta sociedad podía tratar a los médicos como si fueran proveedores.

Hay motivos para dudar de que el común de la gente y los indigentes gozaran de una libertad comparable: a ellos se les «dispensaba» la medicina como se dispensa una limosna; allí está el término «dispensario» para recordárnoslo. El hecho de que la medicina se haya extendido en el mundo y de que haya crecido el prestigio del saber médico, permiten descubrir en la actualidad la profunda desigualdad de la relación médico-enfermo. Sin embargo, no es nueva, en sus principios al menos, pero tampoco en su práctica. De hecho el orden médico implica su propia jurisdicción que hoy se confunde con la del Consejo de la Orden. Ante él el enfermo no tiene ni siquiera la posibilidad de conocer las decisiones

NO HAY RELACION MEDICO-ENFERMO

de esa jurisdicción cuando recurre a ella. La condición del enfermo es la del «no apto» en derecho civil. La única diferencia reside en que el enfermo tiene la posibilidad de sustraerse a esa jurisdicción. Recurrir a los tribunales civiles es inútil puesto que éstos (incluido el Consejo de Estado) se conforman automáticamente a las decisiones del Consejo de la Orden.

- A la «libertad» del enfermo le corresponde «la independencia» del médico y su libertad para prescribir. Esta también es una noción ficticia si la tomamos en su sentido absoluto. Porque si la independencia del médico se ve sólo en parte alienada por las condiciones materiales que dependen de la administración que lo emplea cuando es funcionario, depende estrechamente del equipo con el que trabaja y sobre todo del cuerpo médico en general, que constituye su juez en última instancia.

- Así que hablar de un contrato entre médico y enfermo en estas condiciones aparece ante todo como una ficción jurídica, destinada a mantener la ideología de la libertad del enfermo y del médico. Esto se hace en algunos casos tan evidente, que hubo que considerar que el contrato comprometía a la administración o al organismo médico con el enfermo, y no al médico, que efectivamente, lo había examinado y atendido. La noción de contrato implica también la posibilidad para ambas partes de entablar una discusión sobre lo que conviene hacer, pero dada la superioridad de la posición del médico esto es prácticamente imposible. Se habla del «consentimiento» del enfermo, pero aparte del hecho de que ese consentimiento no se puede ejercer como lo indica el Boletín de la Orden de los médicos (véase más arriba), ¿a partir de qué bases estaría provisto el enfermo de los elementos necesarios para una discusión, si el médico no está en absoluto obligado a revelar el diagnóstico, ni siquiera el pronóstico, que siempre le es posible y hasta recomendable ocultar (art. 34 del Código de deontología)?

Uno de los elementos más significativos que prueban que no existe un verdadero contrato es el problema del dinero.

EL ORDEN MEDICO

Sin duda, el Código de deontología prevé (art: 8) "Acuerdo directo entre enfermo y médico en materia de honorarios; debe hacerlo con tacto y medida. Los elementos de apreciación son la fortuna del enfermo, la notoriedad del médico, las circunstancias particulares. Un médico, nunca tiene derecho a negar explicaciones a su cliente sobre su nota de honorarios." Así que el médico no debe otra cosa que explicaciones. No se trata de una discusión libre, y el enfermo debe contar con el tacto y la medida del médico. ¿Cuál medida? En la práctica es el médico el que impone la suya, y se espera que lo haga con tacto. ¿Pero dónde está la medida del enfermo que no sabe, sino demasiado bien, que no tiene medios para consultar al «médico de su elección», y experimenta su libertad al modo como el proletario experimenta «la libertad económica», una libertad que sólo es efectiva para los ricos? Por lo demás el médico tampoco es libre, en virtud también del Código de deontología. Este prohíbe expresamente el destajo (art. 42). Y por último, "Está igualmente prohibido a los médicos, en función de una mayor concurrencia, rebajar sus honorarios por debajo de los baremos que publican los organismos profesionales calificados" (art. 41). Estas prohibiciones aparecen curiosamente bajo el título II, «Deberes del médico para con los enfermos».

Hipócrates escribía: "Si el médico aborda de entrada el problema de su remuneración (que entra de algún modo en cualquier actividad), el enfermo se convencerá de que en virtud de ese contrato el médico no lo abandonará una vez que se haya ido. De lo contrario, puede temer que lo abandone (...) De manera que conviene prever los honorarios. Sin embargo, las preocupaciones de este orden me parecen perjudiciales para el enfermo, sobre todo en caso de enfermedades agudas. Estas evolucionan lo suficientemente rápido como para que un buen médico tenga que volver: de modo que es preferible que se ocupe de su reputación antes que de su interés material. En este sentido, más le vale ser frustrado por aquellos a quienes ha salvado, que remunerado por quienes se encuentran en grave peligro. Los clientes que

NO HAY RELACION MEDICO-ENFERMO

no pagan a su médico merecen antes el desprecio que la venganza... Vuestras pretensiones en cuanto a salarios han de limitarse a lo necesario para perfeccionaros en vuestro arte. Os conjuro a no comportaros de modo inhumano en ese sentido, a despreciar los bienes y riquezas superfluos y a brindar gratuitamente vuestra atención en ciertos casos, prefiriendo dejar a los enfermos un recuerdo agradecido a aseguráros mayores ingresos (...). El buen médico trabaja con todas sus fuerzas para no cometer faltas (...). Para lograr tratar a los enfermos de modo irreprochable no descuida nada, aun en presencia del más mísero de los indigentes, porque es a la vez justo y leal³."

La actitud del médico ante el dinero puede leerse de dos maneras. En el nivel ideológico, con su falta de avidez de ganancia y su consentimiento en atender gratuitamente, se construye la imagen de un hombre entregado a la ciencia y a la humanidad. Esto puede remitir a un procedimiento publicitario banal, como el sugerido en *Knock* (día de consultas gratuitas-cuidados brindados a una pobre). La ciencia médica saca ventajas de ello, por las posibilidades que da la concentración de un gran número de enfermos indigentes y de médicos competentes. Michel Foucault da ejemplos donde se confiesa, clínicamente, la esperanza de que los descubrimientos realizados en el hospital incidan en la práctica liberal⁴.

Es indudable que los médicos piensan que éstas son consideraciones contingentes respecto de lo que funda la relación de dinero entre médico y enfermos, un poco porque no quieren saber nada de estos aspectos un tanto sórdidos. Y, sobre todo, porque en última instancia sólo aceptan la idea de Hipócrates, según la cual el enfermo adquiere el sentimiento de que existe un contrato, porque al pagar los honorarios compromete al médico mediante la conciencia que le da de que tiene deberes para con él.

3. Citado por Bariéty, *Histoire de la médecine*, Fayard, París, 1963, p. 135.

4. M. Foucault, *Nacimiento de la clínica*, op. cit.

EL ORDEN MEDICO

Cuando Proust nos hace sonreír con la descripción del prestigioso Profesor Dieulafoy que recoge subrepticamente el sobre que contiene la suma de sus honorarios, no se trata de un hecho aislado. No era una práctica excepcional en la «Belle Époque». Y en la actualidad, muchos médicos encargan a su secretaria la tarea de ingresar los honorarios. En el fondo, el médico no quiere saber nada de su relación de dinero con el enfermo. El Dr. Sorano⁵ desea la supresión del pago, fuente de molestias, malestar, trastornos. La mayoría de los médicos están conformes con el hecho de que el establecimiento de baremos por parte de la Seguridad social libre de tomar posiciones que demasiado apresuradamente se juzgan venales. Muchos de ellos no se atreven a pedir sus honorarios, y esto tiene poco que ver con la situación financiera de sus pacientes. Al médico le importuna tanto pedir honorarios elevados para asegurar su prestigio ante el burgués como ofrecer la limosna de una consulta gratuita a indigentes a quienes eso humilla. Quisiera ver regulado ese problema administrativo. No cree que la relación médico-enfermo sea un contrato que sella el problema de los honorarios. Tampoco el enfermo lo cree, aun cuando uno de sus temas favoritos de conversación sea los honorarios del médico. En el fondo habla de ellos como se habla de la lluvia, o del buen tiempo, o de las heladas, como de una calamidad contra la que nada se puede hacer. El Profesor de Visscher, ateniéndose a una encuesta de opinión, dice que el público "se representa al médico como el que más dinero gana (más que los banqueros, por ejemplo)⁶". Y. Nayens afirma que todo esto no tiene ninguna importancia porque el público no existe, es diverso. En efecto, es probable que los banqueros no piensen lo mismo de la situación financiera de los médicos si la comparan con la suya. Pero es cierto que nadie cree que los honorarios médicos sean efectivamente negociados y negociables, ni siquiera que el médico vaya a dar explica-

5. Sorano, *Médecine et Médecins*, Le Seuil, París, 1959.

6. *Psychologie médicale*, t. III, nº 2.

NO HAY RELACION MEDICO-ENFERMO

ciones, como dice el Código de deontología. El compromiso más o menos molesto que se adopta por último, surge antes de la preservación de la imagen del médico que de la realización de un contrato.

El otro elemento que atestigua la existencia de un acto médico es el hecho de que se expida una prescripción. La prescripción es el futuro de un orden, también es una puesta en orden. Lo cual comporta prescripciones de reposo, higiene, dietética, eventualmente de internamiento o de intervención quirúrgica, pero ante todo es la concesión del *medicamento*. Para Balint, es el médico el que se ofrece a sí mismo a través del medicamento. Pero para P. Benoit: "Yo no creo que la persona del enfermo sea atendida nunca por la persona del médico, en el nivel en que la institución médica funciona como estructura⁷." Interpretar la relación médico-enfermo como una relación interpersonal es reducirla. No es el médico como persona, sino como representante de un cuerpo médico, como participante de un saber misterioso, quien da el medicamento al enfermo. El medicamento estará rodeado de un prestigio tanto mayor, cuanto que se considere que procede de un descubrimiento de origen extranjero o de un grupo médico particularmente célebre. Es aceptado y deseado en la medida en que se presente bajo ese padrinazgo. También ha de ser considerado peligroso para que se lo considere activo. P. Benoit ha mostrado justamente que a través del uso del medicamento el médico prueba que tiene poder para dar la muerte y, por consiguiente, la vida⁸. También es preferible que el medicamento sea caro, raro, de mal sabor, doloroso. En esas condiciones gusta más, y el término *placebo* adquiere una doble significación que se debe a una especie de ambigüedad significante: reemplaza al medicamento, como lo quiere la etimología, y le gusta al enfermo. Lo más importante es que esté integrado en el discurso.

7. P. Benoit, "Thérapeutique et médecine", *le Coq héron*, n° 3, nota p. 28.

8. P. Benoit, "Le médical en tant qu'objet", *Lettres de l'École*, n° 16.

EL ORDEN MEDICO

Es lo que sabía aquel charlatán que en la plaza pública alababa las virtudes del curalotodo; y también el curandero que daba a entender la existencia de un discurso místico, como lo hace notar una vez más P. Benoit⁹.

El medicamento tiene *en primer lugar* un efecto placebo. Es decir, todo medicamento, incluso cuando es biológicamente inactivo, puede comportar remisión y cura en una proporción apreciable de casos que pueden superar el 20%. Todos los médicos lo saben, y los «investigadores» no dejan de tenerlo en cuenta en sus experimentos sobre un medicamento nuevo. Pero es para poder eliminar una causa de error sobre la apreciación de la eficacia del medicamento y no para tratar de comprender nada. Tenemos aquí un ejemplo especialmente llamativo de un hecho indiscutido, inabordable para el discurso científico. Multiplicar las experiencias que se refieren al efecto placebo confirmaría el hecho sin informar de nada más. En el mejor de los casos, el médico considera que el medicamento es la promesa de un «plus de goce» para su enfermo, una promesa de curación. No sabe, no puede saber, que el placebo es ya un «plus de goce» para el enfermo, porque es algo que se le debe y que le es restituido bajo la forma banal de un comprimido, del que sólo sabe que es portador de un producto químico, de nombre complicado, que el enfermo ignora y que el médico y el farmacéutico no conocen mucho mejor. Es su mismo misterio quien le confiere la condición de objeto «a» y asegura su eficacia en tanto placebo.

El medicamento conserva ante el público su función de objeto sospechoso, en tanto empeñado por su ambiguo papel respecto del goce esperado. No hay medicamento que no pueda servir como objeto toxicomaniaco. Prohibido sin receta, controlado, reglamentado, el medicamento pertenece al orden de lo médico. Consumido sin receta, o gracias a un juego de recetas libradas por varios médicos, el medicamento sirve a los toxicómanos. El más antiguo de los medica-

9. P. Benoit, *Thérapeutique et médecine*, *op cit*, p. 3 y ss.

NO HAY RELACION MEDICO-ENFERMO

mentos, la triaca, debía sus efectos principales a los opiáceos. Todos los medicamentos llamados psicotropos, ese refugio contra los fracasos de la medicina, tienen por igual el destino de servir tanto para la intoxicación del enfermo como para su alivio. Son portadores de la función del objeto «a». Están verdaderamente «en el lugar de» lo que no puede darse. Hace falta cada vez más para conseguir el efecto que evidentemente una pequeña dosis no pudo lograr. También suelen padecer la vocación del objeto «a», la de terminar en el cubo de la basura. No sólo los psicotropos, sino también todos los medicamentos cuya principal función ha sido la de procurar un beneficio que se esperaba en otro lugar. La fantástica mezcla de medicamentos que esperan en la farmacia familiar antes de ser arrojados a la basura, procede de esa función del objeto «a» de ser un objeto a tirar.

El médico no puede y, sobre todo, no quiere saber nada sobre el efecto placebo. No ve en él otra cosa que el soporte charlatanesco de la sugestión, de procedimientos extracientíficos, indignos de él. A veces ocurre que hace uso de ellos, a falta de un tratamiento eficaz, pero no se jacta de ello, y menos en los congresos médicos. Aun cuando su honestidad le haga decir a su enfermo que la medicina no puede prácticamente nada, que la enfermedad evolucionará sola en sentido favorable o desfavorable, no por eso dejará de darle al menos una pequeña lista de medicamentos. Y, como hay que observar el rito hasta el final, el enfermo los comprará, se los tomará, y la Seguridad social los reembolsará.

El medicamento no funda la relación médico-enfermo, como tampoco la fundaba el dinero. Pero uno y otro lastran un acto que requiere que se respete cierto ritual, en el que la ficción de la relación se traduce mediante la ficción de un intercambio: billetes contra receta. Sin duda los billetes tienen una eficacia para la billetera del médico, y los medicamentos la tienen para la enfermedad del enfermo, pero lo que hay que afirmar es, ante todo, el principio de su intercambio.

EL ORDEN MEDICO

Así es como los dos participantes se garantizan uno a otro que se ha efectuado un *acto*, un acto que se dice fundado en la *confianza*.

Pierre Guicheney, que dedicó su tesis doctoral a la confianza, dice justamente: "La diferencia entre la confianza y la credulidad parece depender principalmente de la calidad de aquél a quien se dirige el acto de fe. Lo cual implica, en nuestra opinión, que el sujeto no es capaz de diferenciar entre ambas cosas (...). El criterio utilizado será por lo general un criterio cultural. Es decir, su relatividad. La confianza que tiene el enfermo iroqués en su brujo es una confianza que un parisino considerará como un rasgo característico de credulidad¹⁰." Hubiéramos deseado que el autor nos dijera lo que distingue el pensamiento científico del pensamiento mágico al que se refiere a continuación. No es fácil, sin duda, puesto que según Sournia, citado por Guicheney: "Los ingenieros en electrónica y los ingenieros superiores frecuentan, tanto como los campesinos, a charlatanes y ensalmadores, escrutadores del iris, pesadores de caballos; la ciencia racional que los apasiona y a la que han consagrado su vida no se corresponde con su cuerpo, que se sale de la lógica y se opone a ella... En lo que se refiere a su mundo interior, a su cuerpo, han conservado el encéfalo del hombre de las cavernas; se han quedado apegados a las fábulas y cuentos de las nodrizas, con sus ideas vagas, irracionales, contrarias a la razón, contrarias a la experiencia, y por consiguiente a la ciencia pura; porque fueron transmitidas a través de los tiempos: creen en los mitos¹¹." También J.R. Debray¹² considera que ante la enfermedad el espíritu científico abandona al geólogo y al matemático. Sin duda. Pero ¿quién sabe si no les ocurre hasta a los médicos comportarse como

10. P. Guicheney, *La confiance*, Université de Paris, VII, p. 12.

11. Sournia, *Mythologie de la médecine moderne*, P.U.F., París, coll Galien, p. 7.

12. J.R. Debray, *Le malade et son médecin*, Flammarion, París, 1965, p. 220.

NO HAY RELACION MÉDICO-ENFERMO

vulgares ingenieros superiores? ¿Quién tiene la ciencia sobre la ciencia? ¿Quién dirá la verdad acerca de la verdad?

El peón que le otorga su confianza al médico muestra, en primer lugar, que se doblega ante el discurso dominante, y el científico que cree en el «curandero», muestra que desconfa de ese discurso. Todo esto no nos indica en nada lo que separa a la «ciencia» de la «magia», a la «creencia» de la «credulidad», al «mito» de la «realidad». Otorgar confianza es hacer una opción, no es tener un sentimiento. Y el enfermo lo sabe mejor que nadie, porque no duda de que el médico no le dirá toda la verdad, tal como lo autoriza a hacer el Código de deontología, y hasta se lo aconseja expresamente. Si hubiera que distinguir confianza de credulidad, yo diría que es el médico quien da prueba de credulidad cuando cree que su enfermo tiene confianza, cosa que afirma de buen grado, y con una insistencia sospechosa. El enfermo, más que tener confianza, la otorga, porque no puede hacer otra cosa. La complicidad tácita del médico con la familia permite construir mitos donde la curación sigue siendo una eventualidad, aun en las enfermedades de las que con más certeza se sabe que son mortales. Se sigue hablando técnicamente de análisis, de complicaciones, de mejorías, cuando se trata de remisiones y recaídas en el curso de una enfermedad que sigue su curso ineluctable. Se constituye todo un lenguaje en el que ciertas palabras se evitan y otras se repiten. Todos saben que están haciendo «cine», «novela», pero la cosa marcha igualmente, porque no basta saber que estamos viendo un espectáculo o leyendo un libro para no sentirnos efectivamente atrapados por él. Por otra parte, todos se guardan muy bien de hacer nada que pueda destruir el encantamiento. La confianza que se le concede al médico se debe, con frecuencia, a que puede dar la interpretación del discurso médico más agradable a los oídos de una buena familia. A veces el alto nivel técnico tiene la sola función de dar buena conciencia a una familia habitada de deseos de muerte. En muchos casos el médico mismo termina creyendo un poco en lo que cuenta por lo que instaura.

* Freud siempre guardó una gran reserva respecto de la confianza: "Su confianza o su desconfianza (la del paciente) casi no tienen importancia comparadas con las resistencias internas que protegen su neurosis (...) Su desconfianza es un síntoma parecido a los demás síntomas¹³..." La experiencia de las curas psicoanalíticas muestra que en la mayoría de los casos la confianza es sólo un medio de arrastrar al analista al discurso del paciente, y que sucumbe en cuanto éste se da cuenta de que no lo consigue. Así que de la confianza retendremos lo que de ella decía Freud: "Hace muy agradables las primeras relaciones que podemos entablar con el paciente." No hay nada más que decir de ella.

La confianza tiene una función ideológica. Tranquiliza al enfermo que no pide más que eso, y también al médico, que no siempre está tan seguro como aparenta. Instaura la jerarquía de la relación. "La confianza viene desde abajo, la autoridad desde arriba", decía Sieyès. Una no viene sin la otra. El médico tímido espera recibir confianza para no tener que dar pruebas de autoridad. Pero veamos, por Mondor¹⁴, cómo procedía Cottard, ese iletrado, inventor de retruécanos estúpidos: "Examinó a Marcel Proust, vaciló un poco y prescribió imperiosamente: purgantes violentos y drásticos, leche (¡olé! ¡olé!)*, nada de carne, nada de alcohol." La madre del joven enfermo, a quien no tranquilizaba el horrible juego de palabras, temía a la vez la brutalidad del remedio y el ayuno debilitante, y manifestó su inquietud. "En los ojos de Cottard, inquieto como si tuviera miedo de perder el tren, vi que se preguntaba si no se había dejado llevar por su natural dulzura. Trataba de recordar si había atinado a ponerse su máscara fría, como quien busca un espejo para mirar si no olvidó anudarse la corbata. En la duda y para compensar cualquier azar respondió con grosería: 'No

13. S. Freud, *La iniciación del tratamiento*.

14. Mondor, "Les Médecins consultants dans Proust", *Formes et Couleurs*, op. cit.

* «au lait», [«con leche», «de leche»] se pronuncia en francés casi como «¡olé!». (N. del T.)

NO HAY RELACION MEDICO-ENFERMO

acostumbro repetir dos veces mis recetas. Déme una pluma.' Su aire glacial se acentuó. Escuchó distraídamente las últimas objeciones de la madre de Marcel y se alejó sin dar más explicaciones. Su recio laconismo hizo creer a los padres que el médico no había visto claro y que su receta era inadecuada; pero pronto tuvieron que recurrir a ella. Sin grandes gestos, sin compungirse y sin hacer discursos, Cottard tenía razón. Comprendimos que aquel imbécil era un gran clínico."

Confianza y desconfianza forman parte de los flecos de la relación médica. No cabe subestimarlas. Pero a fin de cuentas, si el médico cree en la medicina, si cree que los tratamientos que prescribe no se limitan a tener un efecto placebo, y más aún, si cree que nunca hay que descuidar ese afecto, no tiene nada que hacer con las sutilezas de Balint ni con otras que conciernen al manejo de la transferencia (y la contratransferencia), de la confianza (y de la autoridad). La lección de Cottard es más justa. Se da confianza desafiando la desconfianza. Demostrando que no quiere entrar en las razones que se le objetan, afirma que la razón está de su lado.

No hay relación médico-enfermo. Tampoco la hay entre el médico y la enfermedad. La única existente es una relación institución médica-enfermedad. El médico no habla ni interviene sino en tanto representante o funcionario del discurso médico; Su personaje debe borrarse ante la objetividad científica de la que es garante. En cuanto al enfermo, no es él el abordado, sino el hombre supuestamente normal que era y que tendrá que volver a ser, es decir, un hombre que razona con exactitud, lo que quiere decir que se somete a la razón médica. Tendremos oportunidad de volver sobre la noción de normalidad, porque la norma es una noción jurídica antes que un concepto científico. Si la norma es la salud que el enfermo debe reencontrar, también es la regla que debe seguir el médico, la de prescribir lo necesario. La norma a la que debe acceder el enfermo es una norma natural,

EL ORDEN MEDICO

aquella gracias a la cual un organismo sano se mantiene en ese estado. La norma que aplica el médico es la de un orden jurídico, que es una ética que resulta del discurso médico. Una y otra se reúnen y confunden en la *prescripción* librada por el médico y seguida por el enfermo. La finalidad del orden médico es garantizar el orden del organismo, y puede verse llevado a contrarrestarlo durante un tiempo o de modo continuado. Como el orden médico es solidario de una idea precisa de normalidad, excluye que una persona viva con ciertas afecciones crónicas, con ciertas lisiaduras, ciertas taras, hereditarias o no, y más todavía que muera cuando podría vivir.

La impotencia de la medicina, casi total hasta nuestro siglo, ha enmascarado el hecho de que el hombre del que ella se ocupa no es lo que es (más o menos enfermo o inválido), sino el hombre tal como debe ser (el *sollen* de Kelsen). *Mens sana in corpore sano*. El médico se ocupa del enfermo en la medida en que el enfermo mismo es *portador de ese ideal*, de ese *sollen*. De lo contrario, no pertenece a su jurisdicción, porque no es «razonable». Es asunto del psiquiatra.

Médico y enfermo no discuten entre sí como dos individuos que puedan tener una opinión personal sobre los ideales sociales. Se supone que comparten un ideal humanista común. Se entiende que su «relación» estará regida por esa convención implícita. Tanto el «mal» médico como el «mal» enfermo se caracterizan por su incapacidad para realizar lo que hace falta para que ese ideal advenga.

*Los efectos del discurso médico:
una ética en cuestión.*

Hablar de una ética es una indecencia cierta, porque, más que explicitarse, una ética se practica. No por eso intenta en menor medida fundarse, pero entonces se contenta generalmente con categorías ideológicas sumarias y poco defendibles. Ya hemos visto que las referencias constantes al «deseo de saber», al «deseo de curar», como también al «genio» del sabio, a las «dotes de observación» y a la «intuición» del médico constituyen nociones tan imprecisas como indemostrables y contradictorias con hechos de observación corriente. Estas nociones tienen como única función tratar de establecer una concepción positivista de la medicina, que permita a ésta retener solamente los hechos positivos que articula, con exclusión de toda consideración sobre lo que constituye por una parte, y sobre lo que destituye por otra.

Tampoco referir la práctica médica a la ideología de la época es una propuesta de explicación suficiente. Como escribe Sigerit: «La medicina está estrechamente vinculada con el conjunto de la cultura, dado que toda transformación de las concepciones médicas está condicionada por las transformaciones de las ideas de la época.» Ya he explicado aquí que no se podía explicar a Hipócrates ni a Paracelso, ni a los

EL ORDEN MEDICO

anátomo-clínicos del siglo XIX, independientemente del nacimiento del humanismo occidental, del Renacimiento, de la dominación del discurso científico. Y sin duda es el cuestionamiento del humanismo occidental lo que explica que en la actualidad las controversias sobre la medicina se hayan vuelto apremiantes. Sin embargo, convertirlo en un aspecto particular de la ideología que le es contemporánea sería reducir el problema de la ética médica. Las preocupaciones humanitarias y caritativas que manifiesta la medicina occidental se han atribuido a la influencia del cristianismo. Pero mucho antes de que San Gregorio fundara los primeros hospicios cristianos en Cesarea, el rey Prijida en la enumeración de sus buenas acciones podía incluir la fundación de dieciocho hospitales destinados a los indigentes. Paralelamente, la conmiseración budista llegaba a edificar dos clases de hospitales, unos para hombres y otros para animales¹. Sin embargo, el interés por los hospitales no es una peculiaridad exótica. En Francia una epizootia tuvo que arrasarse el sudeste del país para que la fundación de la Sociedad Real de medicina en 1776 pusiera en cuestión los privilegios de la Facultad de medicina.

La ideología que sostiene una ética (humanista, cristiana o budista) es una superestructura. Pero tampoco se podría reducir la acción médica al interés que en ella encontrarían quienes fueron sus autores o comanditarios. La noción de epidemia, que podría explicar la preocupación interesada por cuidar pobres y animales es una noción antigua, pero la de contagio lo es mucho menos, y era muy vaga. De todos modos el auxilio médico se extendía a enfermedades no contagiosas y no se limitaba a la segregación de los enfermos. Es probable que el horror que inspiran el rostro y las llagas de los leprosos haya sido más determinante del origen de las leoproserías que el miedo a la contaminación. Había que señalar al monstruo y quitarlo de la vista, curándolo o ence-

1. Jurgen Thorwald, *Histoire de la médecine dans l'Antiquité*, Hachette, 1962, p. 217 y ss.

UNA ETICA EN CUESTION

rrándolo. Más tarde se hizo lo mismo con el loco, cuando hubo que instaurar el reino de la razón.

El procedimiento de exclusión se instaura cuando no se poseen medios de curación. Se trata de excluir al otro cuando el espectáculo de su alteridad pone en cuestión la normalidad de la que cada cual se cree portador. En toda enfermedad hay una puesta en cuestión del orden. Incluso en los campos de exterminio nazis había «rabaneras», especies de enfermerías que recibían cierto contingente de medicamentos raros. También estaba prohibido el suicidio. Hay que morir pero dentro del orden.

Al constituirse, el discurso médico introduce un corte que es el fundamento de su ética. El enfermo como tal ya no existe. La medicina se dirige al hombre supuestamente sano, al menos en su pasado y en su devenir. Aceptar que la enfermedad sea "otra marcha de la vida" como dice Leriche, es una derrota para la medicina, un compromiso a veces inevitable, siempre deplorable. El discurso médico separa al hombre de su enfermedad. Mediante el tratamiento, la prevención, e incluso los estudios genéticos, tiende a constituir un hombre lo más «normal» posible. Aun cuando el concepto de normalidad es vago, la medicina es normativa. El Bien está del lado del hombre normal y sano, es la imagen con la cual podemos y debemos identificarnos. El Mal está del lado de la enfermedad, y hay que eliminarlo por todos los medios posibles. Este es el díptico donde se inscribe fundamentalmente la ética de la que el discurso médico es portador.

Es difícil discernir el concepto de normalidad (y de salud), y el hecho de que los médicos, que son los ejecutores de su instauración, no sean sus teorizadores no es una de las menores paradojas. Sin embargo, el estado de salud sólo se experimenta subjetivamente a partir de la enfermedad, como un bien perdido, y en el momento de la curación como un bien recobrado; fuera del tiempo crítico de la enfermedad, la salud se vive «en el silencio de los órganos», pero no se siente. El médico se atiene a eso, o al menos concibe su

EL ORDEN MEDICO

practica liberal como pendiente de la demanda subjetiva de sus pacientes. De hecho el problema es menos simple, porque el médico tiene que responder a una normativa de su enfermo que no es necesariamente médica, aunque tome los términos de su vocabulario, y además porque responde a una demanda que no es sólo la del paciente, sino la de la familia (sobre todo en el caso de los niños) y de la sociedad (visitas sistemáticas, vacunaciones, etc.)

Habría que retomar toda la problemática de *Lo normal y lo patológico*, pero no podemos prescindir de la lectura completa del libro de Canguilhem. Me limitaré a algunos puntos. Canguilhem² advierte una curiosidad lingüística: «anormal» es un adjetivo al que no corresponde ningún sustantivo. Y «anomalía» es un sustantivo al que no corresponde ningún adjetivo. Por otra parte, para estos dos términos hay que retener dos etimologías: *amalos* y *normos*. Este entrecruzamiento no es fortuito. De hecho tenemos dos órdenes de referencia diferentes. En un caso nuestra referencia es descriptiva. Lo anormal es lo que es diferente de lo que por lo general conocemos del individuo. Por ejemplo, podemos decir que es anormal estar enfermo, pero también diremos que es anormal no estarlo si hemos padecido restricciones alimentarias graves, anormal no estar herido si hemos caído desde una gran altura, anormal no sufrir si ha muerto un familiar. «Anormal» tiene que ver con un *concepto descriptivo*.

Por el contrario, una anomalía designa una peculiaridad del individuo que no es reconocible como tal sino por referencia a lo que sabemos de otros individuos: el hecho de ser albinos, o de tener invertida la posición de los órganos (corazón, hígado), aunque estas anomalías no ocasionen ningún perjuicio. Para que una anomalía sea considerada como tal, hace falta un *concepto normativo*. Advertimos con Canguilhem que las etimologías se entrecruzan porque para designar la anomalía hay que constituir una norma.

2. G. Canguilhem, *op. cit.*, pp. 81-82.

UNA ETICA EN CUESTION

Pero allí hay algo más que una curiosidad lingüística. Porque hay dos órdenes de referencia distintos que son *el individuo y la especie*.

En lo que se refiere al individuo, la única norma admisible concierne a su aptitud para restablecer las condiciones de funcionamiento de su organismo, es decir, homeostasis, regulación térmica, resistencia a las agresiones, a las enfermedades, etc. Así que el organismo es normativo. Además, es capaz de constituirse para sí mismo nuevas normas para adaptarse a nuevas condiciones de vida (altura, esfuerzo muscular...). Por ejemplo, es «normal» que un adolescente trate de superarse físicamente.

Pero no todo puede evaluarse con referencia exclusiva al individuo. Porque si algunas «anomalías» (albinos, órganos invertidos) no provocan perjuicio al individuo y son compatibles con una vida «normal», hay otras que comprometen con mayor o menor gravedad su vida, y requieren que el sujeto afectado por ellas no se exponga a traumatismos (hemofilia), que sea objeto de tratamientos especiales, médicos o quirúrgicos (perturbaciones del metabolismo del ácido fenilpirúvico, pie zopo, ausencia de velo del paladar). Ciertas anomalías genéticas importantes, como el mongolismo, son perfectamente compatibles con la vida, y el individuo afectado puede conservar intacta la facultad normativa que asegura su supervivencia. Sin embargo, está claro que en algunos casos su estado no es compatible con las condiciones normales de vida. Especialmente si está afectado de debilidad física o mental, se llega a la paradoja de que como no puede adaptarse al medio ambiente, éste se le adapta a él para permitirle sobrevivir. La familia o las instituciones especializadas que se hacen cargo de él realizan esta inversión. Señalemos, para terminar, que la vida sexual de un individuo así se ve necesariamente perturbada, cuando no totalmente prohibida, por miedo de ver perpetuarse la anomalía si es genética.

Concluiremos que toda consideración sobre lo normal está necesariamente vinculada con un discurso enunciado

EL ORDEN MEDICO

sobre el hombre, discurso en el que no faltan exclusiones (que llegan al racismo) aun cuando esas exclusiones sean parciales: prohibición de ciertas responsabilidades a ciertos enfermos (cardíacos, epilépticos...) o de ciertos privilegios (sobre todo sexuales). En este sentido, el discurso médico cumple una función decisiva en el establecimiento de normas discriminatorias.

El discurso médico es pues normativo, pues enuncia cada vez con mayor precisión las normas en las que se reconoce un individuo normal. Por tanto, la medicina se ha visto ampliamente comprometida en la discriminación racial. Sabemos que los médicos nazis contribuyeron a la discriminación antisemita y a la apología de la raza aria. Uno de los primeros actos de la Orden de los médicos en Francia fue aplicar un *numerus clausus* que excluía a los médicos judíos. No son hechos aberrantes. En Estados Unidos el Profesor William Shockley proponía públicamente un "medio muy humano para sanear la sociedad y eliminar de ella los seres insuficientes" practicando la vasectomía para limitar la reproducción de los varones cuyo cociente intelectual no alcanzara los 100. Aunque el Prof. Shockley sea Premio Nobel de física, y la técnica de discriminación del cociente intelectual no sea más seria en el plano científico que los criterios nazis de discriminación racial, no se puede negar que una iniciativa semejante remite directamente a aquello de lo que es portador el discurso médico, en tanto promueve la noción de norma a su nivel más elevado posible. Es evidente que a partir del momento en que la genética existe, impone ciertas prácticas, aunque más no sea la de desaconsejar ciertos matrimonios. Es ésta una posición racista menor, pero está regida por la misma lógica que la que preside el racismo más universalmente reprobado.

La medicina es normativa porque ha contribuido a elevar el nivel de la normalidad mediante la conservación de fuerzas del adulto que envejece y la postergación de la edad en que se muere. La «medicina deportiva» alienta la carrera de superación de las normas, garantizando con su presencia

UNA ETICA EN CUESTION

y sus consejos un espíritu de competencia muy discutible, que la prohibición de medicamentos que dopan (proporcionados por la medicina) no basta para purificar. ¿Pero cómo no reconocerían los médicos, en este acrecentamiento permanente de las proezas realizadas, una de las consecuencias del ideal de salud y normalidad que propone la medicina? La tapa del tomo VI de la Enciclopedia francesa, *El ser humano*, publicado bajo la dirección de Leriche, representa la salud bajo la forma de un atleta lanzador de pesos. Es una imagen significativa, propone un ideal, pero también lo impone y no solamente bajo la forma de un ideal consciente. De hecho, ¿por qué la medicina no estudia los efectos de las imágenes significativas que la biología conoce para la morfogénesis (el mimetismo, por ejemplo) o para la puesta ovular?

La función normativa de la medicina es una obligación legal: "El médico ha de esforzarse por lograr la ejecución del tratamiento, especialmente si la vida del enfermo está en peligro. En caso de negativa, puede negar sus cuidados en las condiciones del art. 36" (Código de deontología art. 29). El enfermo que se niega a atenderse contraviene la ley médica no escrita, y también la ley escrita (vacunación obligatoria). El derecho a disponer del propio cuerpo no es ya seguramente un derecho absoluto, y Hamburger habla, con el consentimiento general, de las coacciones que habría que imponer a un enfermo de cólera que se negara a hacerse atender, desencadenando entonces una temible epidemia. A decir verdad, los adversarios de la normalización médica están obligados a refugiarse tras de argumentos miserables, tales como negar la eficacia de las vacunas, sus peligros, los riesgos de toda exploración y de todo tratamiento.

Se ha entablado una lucha entre el principio de normatividad que posee todo organismo viviente y la normatividad que implica el discurso médico. Sería absurdo pretender que se completan y confluyen, tanto en lo que concierne al individuo como en lo que interesa a la especie humana. A menudo la medicina combate explícitamente las reacciones natu-

EL ORDEN MEDICO

rales del organismo. Y no es ilegítimo proponer que, sólo en la medida en que el discurso médico sigue la lógica que le es propia, son mantenidos en vida individuos a quienes la sociedad ahorraría sufrimientos inútiles, menos debido al costo financiero de ciertas supervivencias que por conmisericordia.

Normativo para los enfermos y los hombres, el discurso médico lo es aún más porque tiene que garantizar su propia supervivencia en tanto discurso, es decir, constituir un saber y procedimientos terapéuticos cada vez más sofisticados.

«El médico siempre debe elaborar su diagnóstico con la mayor atención, sin contar con el tiempo que le cueste el trabajo, y en la medida de lo posible ayudándose o haciéndose ayudar mediante los consejos esclarecidos y los métodos científicos más apropiados...»(art. 29 del Código de deontología).

No cabe duda de que la audacia exploradora de los médicos, tanto en el cadáver como en los seres vivientes, se encuentra en el origen de los progresos médicos más importantes. Ciertamente que esa audacia libera la responsabilidad del médico, puesto que el Código de deontología lo obliga y no prevé nada contra los abusos. Pero el médico obedece más a la exigencia del discurso médico que a las preocupaciones legales. El hombre primitivo que practica una trepanación, Hipócrates haciendo una punción de tórax, son imágenes significantes de la valerosa iniciativa médica. En ellas el objetivo terapéutico se confunde con el interés científico.

Sin embargo, la multiplicación de los análisis paraclínicos suele ser dolorosa, peligrosa a veces, y siempre constituye una prueba, aunque no siempre sea evidente el interés del enfermo. En multitud de circunstancias el solo hecho de practicar análisis numerosos y dolorosos es una «respuesta» dada al discurso del enfermo. Es la afirmación de que nada que no sea objetivamente comprobable será escuchado. Pero en esto el discurso médico no tiene contención, ni legal ni moral. «El investigador empedernido suele tener mejor

UNA ETICA EN CUESTION

conciencia que el terapeuta empedernido³, dice J. R. Debray, de quien, sin embargo, es difícil sospechar que tome actitudes críticas respecto de los médicos. Jean Bernard nos da la razón de esta actitud: "Por lo general, parece deseable que el médico encargado de tratar niños leucémicos distribuya su vida entre sus enfermos y sus investigaciones experimentales (*sic*). *La investigación científica proporciona al médico un refugio necesario, la justificación indispensable*⁴; le permite soportar todas las penas que genera la enfermedad mortal..." No dudamos de que el médico necesita espíritu de investigación para evitar una compasión inútil: es una de las necesidades de desobjetivización constitutivas del discurso del amo. Pero este espíritu de investigación llega muy lejos. Hay adultos, y sobre todos hay niños, a quienes se mantiene en una supervivencia dolorosa que no tiene otra justificación que el espíritu científico del médico. La expresión «investigaciones experimentales» que emplea J. Bernard seguramente es más apropiada que la de «investigación clínica». Los enfermos y la familia no se engañan respecto del papel de cobaya que le hacen desempeñar a su hijo bajo la inadmisibles coartada de un descubrimiento científico intercurrente que podría salvar al niño, condenado de todos modos a una vida débil y miserable. El impresionante cortejo científico atrae la adhesión del público, médico o no: ¿Cómo retirar a un niño de un servicio altamente especializado, si se sabe que retirarlo es condenarlo a muerte en un plazo breve? ¿Cómo se negaría el equipo médico a aprovechar la oportunidad excepcional de extraer una enseñanza inapreciable de una afección sanguínea, renal, nerviosa o de otra índole? ¿La sociedad no da acaso su garantía al aceptar pagar sumas altísimas, hasta de 1.000 francos por día, a veces durante años?

De la observación a la experimentación, del intento ex-

3. J. R. Debray, *Le malade et son médecin*, *op. cit.* p. 80.

4. J. Bernard, Expuesto en el 1.º Coloquio internacional de moral médica, t. II de los *Travaux du Congrès*, Masson. Cita extraída del Coloquio de médicos de Francia n.º 132 (subrayado por el autor y por mí).

EL ORDEN MEDICO

plorador al intento terapéutico, sólo hay un paso. Las irradiaciones atómicas sobre un grupo de ciento once enfermos, de dudoso consentimiento, afectados de cáncer generalizado, leucemias, enfermedades de Hodgkin, produjeron escándalo. Sólo ulteriormente fueron denunciadas y estigmatizadas por el senador Kennedy⁵. Cabe preguntarse si estas protestas virtuosas no son propias de periodistas y políticos más movidos por razones políticas que por razones humanitarias. En Estados Unidos se entregaron subsidios a enfermos de sífilis para que durante treinta años no se cuidaran, con el objetivo de seguir la evolución espontánea de la enfermedad. Ciertamente es que este escándalo, que curiosamente sólo fue descubierto cuando hubo concluido la experimentación, afectaba a una población de negros.

En los campos de concentración nazi la experimentación humana se practicó de modo más sistemático. Son de destacar las investigaciones sobre enfriamiento y técnicas de recalentamiento. Los aprobemos o no, los resultados de estos experimentos son utilizables y utilizados por los médicos. Sabemos poco sobre las actividades del Dr. Karl Clausberg, porque la protección de justicia y de los expertos médicos (todos se declararon incompetentes) demoró el proceso durante mucho tiempo. Finalmente, K. Clausberg fue hallado colgado en su celda; la investigación oficial estableció que se trataba de un suicidio, pero los periodistas alemanes han dejado entender que poderosas sociedades químicas y laboratorios farmacéuticos, para quienes «en otros tiempos» había trabajado Clausberg, querían comprar su silencio. "¿Quién mató a Clausberg? Tal vez simplemente el mismo Clausberg"⁶. Es probable que actualmente utilicemos medicamentos que se «beneficiaron» con los experimentos humanos que practicaba Clausberg.

Médicos alemanes participaron también en técnicas de

5. *Washington Post*, 8 de octubre de 1971.

6. Christian Bernadac, *Les médecins maudits*, France-Empire, 1967, p. 172.

UNA ETICA EN CUESTION

esterilización; Victor Breck, por ejemplo, que para defenderse dice haber querido «salvarlos de la muerte». También puso en práctica técnicas de eutanasia, sin duda para proporcionar una muerte menos dolorosa a quienes de todos modos estaban condenados. No se trata de hechos monstruosos. ¿Acaso en Francia el Dr. Guillotin no debe su celebridad a la puesta en marcha de una máquina eutanásica que sigue funcionando*?

La conmiseración médica dirigida a los condenados por derecho público, así como a los condenados por enfermedad, tiene aspectos extraños. En 1971⁷ la *Gazette des Hôpitaux* publicaba una editorial de J. Duchier titulado «Una muerte para nada». Vale la pena destacar el pasaje siguiente:

“...¿Por qué razón los condenados a una privación de libertad, que puede llegar a la pena de muerte, bajo el pretexto de la integridad personal, no pueden ser utilizados con fines científicos? A esto se suele responder que el condenado ya no dispone de su libre arbitrio para decidir libremente; ¿pero consintió en permanecer tras las rejas o en dejarse cortar la cabeza? Desde el momento en que la sociedad ha decidido un castigo definitivo, éste ha de ser utilizado del mejor modo posible. Claro que no se trata de proponer un negocio asimilable a un «tráfico de indulgencias», sino de obtener por este medio una revalorización del individuo. Para un criminal empedernido el hecho mismo de resultar útil podría contribuir tanto como el psicólogo a la «reeducación y reinserción social» del condenado. Al mismo tiempo que médicos y cirujanos luchan por preservar la vida, ¿no es un «inadmisible desperdicio» decidir deliberadamente «una muerte para nada»?... El concepto de pago de una «deuda social» ¿queda mejor asegurado con una venganza inútil que mediante una contribución al progreso médico o científico?... El asesino que ha destruido una vida, ¿no se redime al contribuir a la salvación de otras vidas?”

* La primera edición de este libro es de 1978. (N. del E.)

7. *Gazette des Hôpitaux*. 1971, 143.28.

EL ORDEN MEDICO

Los argumentos son siempre los mismos: de todos modos el sujeto está condenado por la enfermedad o por la sociedad. Pertenece a una humanidad inferior. Sólo después de las insuficiencias de sus experimentos con los cerdos, los nazis experimentaron a costa de los judíos, los gitanos y los opositores al régimen. Los negros y los condenados de derecho común desempeñan en la actualidad la misma función.

El principio mismo de la experimentación humana apareció defendido en abril de 1964 en la revista suiza *Médecine et Hygiène*: "El animal experimental ideal es el hombre. Siempre que se pueda es preciso tomar al hombre como animal de experimentación. El investigador clínico tiene que tener presente que para conocer la enfermedad humana hay que estudiar al hombre. No hay investigaciones más satisfactorias, más interesantes y lucrativas que las practicadas sobre los seres humanos. De modo que tenemos que avanzar más en la investigación sobre el más desarrollado de los animales: el hombre."

Es cierto que estas tomas de posición no son aberrantes. ¿En nombre de qué formularía la Orden de los médicos condenas contra estas prácticas, esa Orden tan dispuesta a tomar posiciones moralizantes en otras circunstancias? Si no lo ha hecho es porque esas prácticas pertenecen al orden del discurso médico. Es significativo que las experiencias con individuos enfriados por inmersión hayan sido practicadas por una eminente personalidad médica, el Dr. Holzlöhner, de quien el capitán Schultzer decía: "Era de una abnegación ejemplar. No habíamos conocido nunca a un médico tan humano. Sólo una cosa contaba para él: nuestra curación⁸." Consintió en practicar experimentos humanos para salvar a otros miles de seres humanos. Y es probable que ese médico «muy humano» no haya renunciado sin esfuerzo a la utilización de la anestesia. Sigue planteándose la pregunta de Malgaigne: "El hecho de que un enfermo sufra más o menos ¿es

8. Ch. Bernadac, *loc. cit.*, p. 41.

UNA ETICA EN CUESTION

de algún interés para la Academia de las Ciencias?" Malgaigne podía justificar el doble interés por la anestesia mediante éter, porque al evitar los sufrimientos del enfermo la intervención quirúrgica se hacía más fácil. El interés del enfermo coincidía con el de la investigación médica. Para Holzlöhner el problema se planteaba en otros términos: si los pacientes hubieran sido anestesiados la experimentación hubiera resultado falseada e inutilizable.

En último análisis, lo que predomina es el interés de la ciencia. "Hay algo más importante que el enfermo y el médico, que es la medicina", decía Knock. Bajo esta forma la enunciación es demasiado abrupta como para ser admisible. Pues hay que guardar silencio sobre las exigencias del discurso. Sólo se estigmatiza como exceso lo que es inadmisibile para la ideología de la época y para el poder político. Pero la ideología de la época se transforma también en función de lo que permite la prosecución del discurso médico. Durante la guerra las condiciones de vida en los hospitales psiquiátricos y en los asilos de ancianos fueron escandalosas, y en ellos se contaron por decenas de millares los muertos por desnutrición. El silencio del cuerpo médico se explica sobre todo por la imposibilidad de conmover al público con seres considerados inferiores, como los judíos, los leprosos, los locos o los criminales. La posibilidad cada vez mayor de asegurar una vida «normal» a esos internos cambia poco a poco la ideología común. Asimismo, la existencia de técnicas simples y sin riesgo familiariza con la idea del aborto. El médico ya no puede ignorar que su negativa a practicar un aborto puede llevar a la mujer que ha ido a consultarlo a practicar ella misma una intervención peligrosa y mutiladora.

Los problemas que plantea el desarrollo de la técnica médica cambian continuamente, y es en vano que los médicos pretenden no dominarlos. Hamburger¹⁰ cuenta cómo fue

9. Citado por H. Mondor, *Grand médecins*, París, 1943, p. 288.

10. Hamburger, *Grandeur et tentation de la médecine*, op. cit. p. 124.

EL ORDEN MEDICO

llevado a consultar al profesor Jankélévitch, titular de la cátedra de Moral de la Sorbona, para exponerle los problemas que le plantea la práctica médica. Por pomposo que sea, este encuentro entre dos celebridades tiene algo de conmovedor debido a la ausencia que consagra, la del principal interesado: el enfermo. Jankélévitch declinó toda competencia. El médico asume solo sus responsabilidades. Sin duda, vemos así la justa reserva de un filósofo ante una ciencia y un arte del que no pretende ser practicante. Pero ¿no es precisamente una singularidad sorprendente el hecho de que el médico esté tan solo en su práctica? ¿No resulta rechazado de antemano cualquier otro discurso, incluso el de un «intelectual», aun cuando ha sido solicitado?

Sin embargo, la supresión de toda posición crítica que pueda oponerse a la ética impuesta por el orden médico debiera convertirse en un problema, si no para los médicos sí al menos para los moralistas. La prioridad dada al imperativo técnico, científicamente establecido, no concierne sólo a la medicina, sino a la economía, a la política, al urbanismo... Pero es evidente que el imperialismo científico afecta de modo especial a la medicina, que concierne directamente a los cuerpos. Las protestas contra este imperialismo suelen ser aberrantes o juzgadas como tales cuando se trata de toxicomanías y de las diferentes formas de suicidio a las que recurre un sector de la población considerado como «enfermo y marginal». A veces revisten también la forma de negativa a recurrir a la medicina tradicional, y de recurso a diferentes formas del charlatanismo entre las que suele incluirse sin vacilación el psicoanálisis. Pero ¿no reside el verdadero problema en la negativa que opone la Ciencia a tomar en consideración lo que no marcha en el sentido de su «progreso»?

Pero hay también formas explícitas de resistencia al orden médico, que los médicos apartan con un revés desdeñoso. Veamos por ejemplo lo que escribe J. R. Debray de los magistrados: "¿Por qué, al día siguiente de la reforma de 1945 que introdujo en los textos legislativos la novedad del delito por omisión, «comentadores apresurados, por no de-

UNA ETICA EN CUESTION

cir apremiados» pidieron la aplicación del nuevo artículo 63 del Código penal a los médicos? ¿Y por qué los tribunales «casi por unanimidad» respondieron favorablemente (y hasta con entusiasmo) a esta sugestión¹¹?

Louis Kornprobst, con franqueza un tanto brutal, da una respuesta: "Tal vez haya que ver allí una reacción, incluso una revancha inconsciente contra la desenvoltura y la avidez con las cuales, cabe decirlo porque es infortunadamente cierto, *los peores elementos* del cuerpo médico explotan a su clientela."

J. R. Debray invita a meditar esta interpretación "del gran jurista contemporáneo" cuya obra testimonia "una gran competencia en el pensamiento y en la profesión médicos", y cree que "su índole demuestra la necesidad de una jurisdicción profesional, de un orden activo y respetado".

Pues bien, ¿de qué se trata en esta mala querrela sino de que lo médicos escapen a la ley común, con el pretexto de posibles abusos por parte de la clientela? La interpretación de Kornprobst es simple: todo el mal procede de los malos médicos, «que explotan a su clientela», y de los pequeños magistrados «revanchistas» que «reaccionan inconscientemente». Seguramente esta interpretación no es jurídica, y arroja el descrédito sobre los magistrados y médicos menores. Pero si su hipótesis fuera exacta, ¿cómo nos haría creer que los malos médicos entrarán por el buen camino haciendo que se libren de la ley común? Por el contrario, ¿no sería éste el medio más seguro de incitarlos a todos los abusos que cubriría una jurisdicción profesional necesariamente más «comprensiva» para con las «razones» de los colegas? Si es cierto que algunos magistrados tuvieron actitudes «revanchistas» (hacemos responsable a Kornprobst de esta interpretación injuriosa) ¿no será más bien porque a los juristas les exaspera tener que inclinarse tan a menudo ante la autoridad «científica» del cuerpo médico, porque lo que tiene fuerza de ley son los usos profesionales, la Orden de los mé-

11. J. R. Debray, *Le malade et son médecin*, op. cit., p. 109 y ss.

EL ORDEN MEDICO

dicos, la opinión de los expertos?

En todo caso no creo que se les pueda reprochar a los magistrados que apliquen la ley y a los médicos que ejerzan la medicina. Es demasiado fácil hablar de malos médicos y de malos magistrados para explicar conflictos que son mucho más graves. No puede sino chocarnos el ver con qué ligereza grandes médicos o grandes juristas, o que se creen tales, tratan problemas de ética médica. En estas condiciones, no es para extrañarse de que médicos y magistrados menores a veces den pasos en falso.

El discurso médico instauro un orden de cosas, y este orden es tan jurídico y normativo como el orden jurídico común. Me parece inevitable pero fecundo que haya conflictos. Quien lo niegue, se niega de antemano a comprender nada de lo que es un principio fundamental del fascismo y también de la medicina: hacer el bien a los demás, eventualmente a pesar de ellos, y a la fuerza. Es afirmarse como dueño de un mundo muerto. No habría que olvidar que Hipócrates era el libro de cabecera de Himmler, y que las dictaduras de todos los países han usado y abusado de la metáfora médica: el país está enfermo. Hay que intervenir quirúrgicamente. Hay que amputarle los miembros gangrenados. El pueblo no está en condiciones de dirigirse a sí mismo. Hay que «confiar» en el que llega como un médico para el país.

La ética médica es portadora de sus propios callejones sin salida. La separación del hombre y la enfermedad, esa operación implícita en el acto fundador del discurso médico, tiene un *resto*. Ese resto es el hombre, abandonado a los filósofos, a los sacerdotes y a los gobernadores que se apresuran a copiar el modelo médico. Queda por esperar que los psicoanalistas no hagan otro tanto. Sin embargo, es lo que harían inevitablemente si no tuvieran el cuidado de desmarcarse de un discurso médico, en sí mismo perfectamente respetable, pero al que no podemos secundar en el imperialismo de que es portador.

De la ideología a la deontología.

"Conságrate por entero a aliviar a los enfermos, aun con el sacrificio de tu vida. No perjudiques nunca al enfermo, ni en tu pensamiento. Esfuérzate continuamente por perfeccionar tus conocimientos. No atiendas a una mujer si no es en presencia de su marido. El médico debe observar las reglas de la decencia y de la buena conducta. Cuando se encuentre en la cabecera de su enfermo, sólo se preocupará del caso de su paciente. Cuando salga de la casa, le está prohibido hablar de lo que sucede en el hogar del paciente. Nunca debe evocar ante el enfermo la eventualidad de la muerte, si al hacerlo ocasiona perjuicio al enfermo o a algún otro. Te comprometerás a esto ante Dios. ¡Que los dioses te ayuden si observas estas reglas! En caso contrario, se volverán contra ti. Y los discípulos dirán: Así sea."

Los médicos contemporáneos podrían prestar juramento tanto ante el texto de Hipócrates como ante éste que pertenece al *Susruta-Samhita*¹. El hecho mismo de la prestación

1. *Ética médica india*, texto de *Susruta-Samhita*, citado en *Histoire de la médecine dans l'Antiquité*, op. cit., p. 219.

EL ORDEN MEDICO

de juramento es lo bastante singular como para que nos detengamos en él. Ante los dioses, ante Dios, ante el Ser supremo, según las épocas, otorga a la obtención del doctorado en medicina la solemnidad de un compromiso religioso. Ante el cuerpo médico, ante la Facultad, es un compromiso adquirido ante los futuros colegas. Implica la sacralización del acto médico, al tiempo que la instauración de una fidelidad corporativa. Los médicos constatan, no sin satisfacción, la perennidad de ciertos grandes principios que desafían el distanciamiento de las prácticas médicas en el tiempo y en el espacio. En cierto modo ven en ella la prueba de que un fundamento natural de la práctica médica encuentra en todas partes los mismos principios y los mismos términos.

Así es como se manifiesta una de las funciones menos discutibles de la ideología. Es principio de reagrupamiento, de homogeneización de un cuerpo social. Se constituye un ideal alrededor del cual puede identificarse el grupo, tal como una ideología política estructurada permite a los militantes y a los partidarios reconocerse. Lo cual implica también la exclusión de los demás, de los que no forman parte del grupo. Una formación común en la Facultad de medicina, la prestación del juramento y ahora la pertenencia a un mismo «Orden de los médicos» contribuyen a la constitución y homogeneización del grupo. La equivalencia de los títulos dentro de la misma nación y, más recientemente, entre naciones diversas, ensancha la noción estrechamente corporativa para fundar la asociación de los médicos bajo una misma bandera.

En el curso de la prehistoria de la medicina no se hizo evidente la necesidad de asociación de los médicos en una sola unidad corporativa. En Egipto, los médicos estaban sumamente especializados. Herodoto escribía: "Cada médico cura sólo una enfermedad. De modo que son legión: uno para los ojos, otro para la cabeza, los dientes, el vientre, e incluso para las enfermedades no localizadas²." Los comenta-

2. *Histoire de la médecine dans l'Antiquité, op. cit.*

DE LA IDEOLOGIA A LA DEONTOLOGIA

dores permanecían incrédulos. Hicieron falta los descubrimientos arqueológicos recientes para juzgar la exactitud de la descripción. Había hasta un "custodio del orificio intestinal real". El ejemplo más extremo de la dispersión del saber médico nos lo da también Herodoto: "Otra costumbre babilónica es el modo como tratan a sus enfermos. Como en Babilonia no hay médicos, llevan todos los enfermos a la plaza pública. Los transeúntes se acercan, discuten con el enfermo, le dan consejos si ellos o uno de sus amigos han tenido la misma enfermedad. Está absolutamente prohibido pasar junto a un enfermo sin interrogarlo ni preguntarle qué tiene³."

Nos damos cuenta de que no resultaba evidente el hecho de que haya una identidad natural entre enfermedades tan diferentes como una malaria y una afección ósea, una afección ocular y la esterilidad. ¿Cómo suponer que es el mismo Dios quien cura todas las enfermedades? Eran especializados, no adoraban al mismo Dios: era natural entonces que los médicos egipcios se tuvieran celos mutuamente y constituyeran áreas de influencia que no favorecían que su saber se hiciera común.

Uno de los aspectos más destacables de la obra de Hipócrates consiste precisamente en haber luchado por la constitución de un cuerpo médico homogéneo, silenciando querellas y discusiones internas. Seguramente su rechazo de la medicina localista de la Escuela de Cnido está en relación con su inquietud por evitar especializaciones contrarias a la homogeneización del cuerpo médico. Hoy la proliferación de especialidades es una de las preocupaciones de los dirigentes de la medicina, y se denuncian los riesgos de una medicina que se convertiría en una medicina de órganos, y en la que el médico de medicina general reduciría su función a la de orientar.

La unidad del cuerpo médico se funda en la participación en un saber común, pero también en un vocabulario común.

3. *Ibid.*, p. 120.

EL ORDEN MEDICO

El latín y también la lengua de Diafoirus contribuyeron poderosamente a la unificación del cuerpo médico, cuyo vocabulario cada vez más técnico es inaccesible a los profanos. Todo lo cual implicó, claro está, pérdidas: quedó excluido el saber de los empiristas, de los charlatanes, de los ensalmadores, de los brujos... que sin duda contiene secretos y recetas preciosos. Pero la unificación era necesaria para el establecimiento de una base científica de la medicina.

La existencia de un cuerpo médico homogéneo va acompañada de una jerarquización sumamente fuerte, especialmente en las estructuras hospitalarias que han sido descritas como auténticos feudos, que aseguran la soberanía de los patronos, quienes ofrecen a cambio su protección a médicos con menos títulos y más jóvenes. Curiosamente, no es una estructura arcaica que la evolución tienda a reducir. Por el contrario, la pirámide jerárquica tiende a ensancharse, dado que la cantidad de jefes de servicio aumenta poco, mientras que la cantidad de asistentes aumenta considerablemente. Lo mismo es válido para el personal de enfermería, donde «supervisores» y «supervisoras» dirigen a un personal subalterno cada vez más numeroso. Paralelamente se forma una jerarquía entre los servicios. Lo más alto de la escala está constituido por los servicios en los que la técnica es más sofisticada, y la parte inferior de la escala por la medicina general, los servicios de atención para ancianos y la psiquiatría⁴.

La jerarquización, la instalación de los servicios especializados, responde a coacciones administrativas evidentes. Pero sobre todo queda constituida así una imagen ideal de la medicina, de la alta competencia de los médicos, de la puesta en práctica de los medios técnicos más sofisticados. Imagen ampliamente devuelta por los medios de comunicación de masas. El médico interno recuerda, y recuerda a los demás, que ha puesto allí los pies. Allí encuentra la cobertu-

4. Tesis de A. Chauvenot, *Centre d'étude des mouvements sociaux, De l'établissement d'assistance à l'usine hospitalière*, febrero 1973.

DE LA IDEOLOGÍA A LA DEONTOLOGÍA

ra material, moral y jurídica de la que difícilmente podría prescindir.

La jerarquización permite también constituir al médico de menor importancia. Se le atribuye poco saber: a pesar del principio de la cohesión del cuerpo médico ¿qué médico aceptaría colocar a un miembro de su familia bajo la responsabilidad de un médico de provincia o de distrito? A ese médico se le atribuyen todas las torpezas posibles en el nivel deontológico. En cambio se considera que los grandes médicos reúnen competencia, técnica y probidad moral...

Hemos visto cómo los «malos» médicos se convierten, parejos a los magistrados sin importancia, en los chivos emisarios de los problemas que plantea la ética médica. ¿Cómo no hemos de ver que son los estudios médicos los que instauran este falso problema! Ya en tiempos de Paré, los futuros médicos recibían enseñanzas en latín, y los barberos en la lengua de la calle (que era el francés).

De manera que la existencia de un cuerpo médico homogéneo y solidario tiene una doble función. Por una parte, crea un corpus solidario de la ideología que constituye y sostiene a través de los avatares que le impone su confrontación con la ideología contemporánea; por otra parte, hace frente a las reinterpretaciones necesarias para la prosecución misma del discurso médico, en la medida en que le son otorgados nuevos poderes en el plano técnico, y también en la medida en que el cada vez mayor distanciamiento del enfermo le sustrae lo que los médicos de otro tiempo podían aprehender mejor.

La unidad y la cohesión del cuerpo médico se completan entonces con la especialización y la jerarquización. Cada médico puede ser individualmente criticado. Pero el conjunto del cuerpo médico sigue siendo inexpugnable.

Lo más fundamental en la constitución de la ideología es la necesidad de obtener lo que la ciencia no quiere saber de lo que la constituye. La ideología se constituye en función

EL ORDEN MEDICO

de las lagunas, las contradicciones y las deficiencias teóricas de la ciencia. De algún modo es el reverso de la ciencia, tal como parece darlo a entender Althusser. La prosecución del discurso científico crea una zona donde se afirman principios no demostrados y a menudo contradictorios que sirven a modo de tapa-agujeros. Así, el rigor se impone en el trabajo científico propiamente dicho, mientras que los grandes principios ideológicos son vigorosamente afirmados, y si intentamos decir que no se evidencian siempre en los hechos, o que son contradictorios entre sí, vemos que se nos oponen *denegaciones* tanto más rotundas cuanto que parecen afectar la respetabilidad de la comunidad científica. Denegaciones en el sentido de que se reconoce la *existencia* de los hechos, al tiempo que se niega que tengan una *coherencia* con el conjunto del sistema. Las utilizaciones infortunadas de la ciencia son atribuidas a la torpeza de los técnicos, de los industriales, de los políticos de quienes es posible burlarse, y cuya codicia no hace falta demostrar, sin impugnar la respetabilidad de quienes se dedican a la investigación fundamental. Hemos visto que en medicina son los médicos sin importancia los que pagan los gastos de la operación, cuando no es el personal administrativo de los hospitales o de la Seguridad social, cuando no son los hombres políticos y demás que no comprenden las legítimas exigencias de un cuerpo médico, que es irreprochable por definición.

La medicina se presta especialmente bien a la constitución de una ideología tanto más vigorosa cuanto que es requerida por una práctica cotidiana. Los médicos contemporáneos están convencidos de que contribuyen a constituir una humanidad nueva que toma conciencia de su destino. No se equivocan al tratar de evaluar los efectos de sus técnicas. Pero al hacerlo retoman el antiguo tema del médico-filósofo que nos han transmitido las generaciones. Sin embargo, el contacto con el sufrimiento y la muerte no puede enseñar nada; el médico los evacúa porque en tanto médico sólo los aborda bajo su aspecto técnico. Pero a decir verdad, en esta pretensión de poder legislar más allá de lo que consti-

DE LA IDEOLOGIA A LA DEONTOLOGIA

tuye su especialidad, los médicos restablecen lazos con sus orígenes, con el carácter sagrado de una profesión que no se distinguía fundamentalmente de la religión.

Lo que la medicina más se empeña en disimular es la «deshumanización» que instaura (para retomar la palabra de Leriche). Kelsen⁵ ha mostrado que la ley jurídica no se aplicaba al hombre, que no entra en consideración sino en tanto es necesaria una *efectividad* de la *sanción* jurídica, sin la cual el derecho no tendría objeto. El derecho se dirige al *deber-ser* del hombre, porque sin él el hombre no se plegaría al derecho ni aplicaría la ley. El *deber-ser* del hombre real con quien se las tiene que ver el médico (esto es, el enfermo) es la salud. *Deber-ser* que excluye entonces a todo hombre real, no sólo a los enfermos sino a todos aquellos que son enfermos en potencia porque no observan las normas de la higiene, porque cometen abusos, porque no se vacunan... y sobre todo porque se remiten a las (dudosas) exigencias del organismo y no al Orden médico. "Tendría curiosidad por conocer a alguien que al salir de esta última charla tuviera ganas de hacerse el loco", decía Knock. Es cierto que el discurso médico constituye como objeto fóbico la suciedad, las enfermedades... y que no le deja a uno ganas de hacer el loco.

La organización de los servicios médicos (privados o públicos) se parece cada vez más a un universo kafkiano donde se instruye el «proceso» de un hombre que no sabe hasta el último momento si será condenado, ni quién lo condena, porque por lo general no se le dice al enfermo ni el diagnóstico ni el pronóstico cuando es fatal. Es cierto que se habla continuamente de humanizar los hospitales porque es una obligación deontológica. Sin embargo, no es seguro que estas buenas intenciones tengan otro efecto que el de crear especialistas en relaciones humanas: asistentes sociales especializadas, recepcionistas, médicos psicosomáticos... Hay enfermos que echan de menos al «médico de familia», pese

5. H. Kelsen, *Teoría pura del derecho*, op. cit., p. 228 y ss., ed. fran.

EL ORDEN MEDICO

a su reputación de inferior competencia. Sin embargo la organización hospitalaria actual no es obvia. Con la Revolución Francesa se había adquirido la idea de que uno de los deberes humanitarios principales era suprimir los hospitales; esta opinión estaba fundada en la idea de que el enfermo debía ser observado y atendido en su «medio natural», su familia. En el curso del Año II toda una legislación apuntaba a la deshospitalización. “Un hombre no está hecho para los oficios, ni para el hospital, ni para los hospicios: todo eso es horrible”⁶, decía Saint-Just. Ya no estamos en eso, y no es el caso de volver a ello. Hay consideraciones técnicas que han modificado la noción de «respeto a la vida y a la persona humana». «El medio natural» no forma parte de ello. Nacemos, sufrimos y morimos en el hospital. ¿Quién se atrevería a oponer otras razones a la razón médica?

Otro tema de la ideología médica es la igualdad de los hombres ante la medicina. El art. 3 del Código de deontología precisa: “El médico ha de atender con la misma conciencia a todos los enfermos, cualesquiera que sean su condición, su nacionalidad, su religión, su reputación y los sentimientos que le inspira.” Lo cual entra en contradicción con el art. 35: “Haciendo excepción de casos de urgencia o de casos en los que sería una falta de humanidad, un médico tiene siempre derecho a negar sus cuidados por razones profesionales y personales.” Los enfermos tienen a menudo el sentimiento de una discriminación. Y es un hecho⁷ que la clientela de los servicios más especializados (y por consiguiente más caros) está formada por enfermos que pertenecen sobre todo a medios acomodados (pese a la nivelación de la Seguridad social), mientras que a los servicios menos especializados y menos caros acude casi exclusivamente una clientela pobre. Evidentemente, los burgueses acuden al hospital sólo cuando necesitan un tratamiento que en una clínica privada

6. Saint-Just in Buchet et Roux, *Histoire parlementaire*, t. XXXV, p. 296.

7. Tesis de A. Chauvenot, *op. cit.*

DE LA IDEOLOGIA A LA DEONTOLOGIA

sería muy caro; pero también, dada su mayor proximidad al saber médico, están mejor informados acerca de cuáles son los mejores servicios y se dirigen directamente a ellos. La desigualdad ante la atención médica es de todas las épocas. Ya el Código de Hammurabi⁸ preveía honorarios diferentes según que la atención se prodigara a un señor, a su hijo, a su esclavo o a su animal.

A pesar de la afirmación del código, la noción de humanidad inferior existe en la ideología médica. Con una jerarquía. Como hemos visto, la experimentación humana se tolera tanto más fácilmente cuanto que se practique sobre sujetos condenados: 1.º por leyes o prejuicios raciales (los judíos en la Alemania nazi, los negros en Estados Unidos); 2.º por leyes de derecho común (Duchier); 3.º por enfermedad (hospitales).

Hay situaciones extrañas, y es fácil imaginar que los médicos no siempre hayan respetado el Código. Como por ejemplo los médicos que en Buchenwald proporcionaron una vacuna antitifoidea inactiva a las tropas alemanas de los frentes rusos. En el proceso de Nuremberg, cuando Niragowsky se enteró de este sabotaje, se dirigió al presidente: "Esto significa una actitud que no tiene nada que ver con los conceptos de humanidad que estos señores han expresado hoy". El instituto Pasteur, con los doctores Trefouel y Bernard a la cabeza, sabotó la producción de vacunas y suero para el ejército alemán, que sin embargo proporcionaba los caballos necesarios para su preparación. Asimismo, es patente que llegado el caso el médico otorga preferentemente su atención y los medicamentos difíciles de hallar a sus padres, sus familiares, sus prójimos, sus hermanos de raza. Es impresionante en estas circunstancias el silencio de las autoridades médicas.

Como el enfermo no existe en tanto tal, su libertad no le es reconocida. O más bien, le es imputada sólo en tanto

8. *Histoire de la médecine dans l'Antiquité*, op. cit., pp. 124-5.

9. Ch. Bernadac, *Les médecins maudits*, op. cit., p. 221.

EL ORDEN MEDICO

es demandante respecto de la medicina, esto es, cuando se refiere explícitamente a ese «deber-ser» que constituye la salud. Así es como se justifica la práctica «liberal» de la medicina. Pero es bien cierto que frente al enfermo que en el hospital grita "¡Déjenme morir en paz!", el cuerpo médico adopta en el mejor de los casos una actitud comprensiva, concibe fácilmente su angustia. Le dan sedantes. De todos modos su protesta no tiene secuelas, ni en caso de que muera tras una agonía inútilmente prolongada, ni en caso de que se cure, porque nadie duda de que en última instancia se conformará con la violencia que se le ha infligido. De todos modos ¿no es puramente ficticia su libertad de juicio sobre su propio caso, dado que no tiene acceso a su historial, y el deber del médico es ocultarle un pronóstico demasiado grave, no ponerlo al corriente de todos los riesgos a que lo expone una intervención exploradora o terapéutica, con el fin de no aumentar inútilmente su angustia? Sin duda, si recurre a otro médico éste podrá acceder a su historial (tal como se dice de un abogado que accede al dossier del acusado), pero ¿cómo esperar del otro médico que no se rinda a las «razones» que impone el orden médico?

Llegamos aquí a la noción de «secreto médico», otro punto que la ideología afirma sólidamente. Sin embargo es un punto frágil. Algunos países lo han abandonado por completo, y la legislación francesa conoce algunas suavizaciones. Entre Rist, que afirma que el secreto es algo perimido porque "data de una época en que la noción misma de contagio no existía" y Pasteur Vallery-Radot, que lo convierte en "la piedra angular de la moral médica", hay todo un abanico de opiniones en el seno del cuerpo médico francés.

En la práctica el secreto es apenas posible, debido al control de los organismos de reembolso*, a la existencia de un numeroso personal paramédico (aunque en principio vinculado al secreto), a veces el nombre del enfermo internado

* En Francia, la Seguridad social reembolsa el coste de las intervenciones médicas (N. del E.)

DE LA IDEOLOGIA A LA DEONTOLOGIA

aparece en el tablón de anuncios. El solo hecho de hacer una consulta o de ser internado en un servicio especializado (de alcoholismo, enfermedades venéreas, psiquiatría, tuberculosis...) basta ampliamente para levantar el velo. Incluso hay casos en que el médico queda liberado de su obligación de guardar el secreto si su práctica lo pone en conocimiento de delitos. En otras circunstancias, el médico está incluso legalmente obligado a romper el secreto cuando se trata de enfermedades de declaración obligatoria. Y no nos ocupamos de indiscreciones parciales e interesadas. El anuncio público de una crisis benigna de hemorroides del presidente Pompidou, cuando estaba a punto de morir, es un escándalo contra el cual la Orden de los médicos no se alzó, aun cuando el Código no prevea la autorización para romper el secreto profesional por razones políticas. En esa circunstancia se trataba solamente de utilizar la autoridad médica para burlarse del público.

De hecho el secreto médico sólo se guarda cuando no tiene importancia. Por otra parte es evidente que muchos aspectos de la lucha contra las epidemias y las enfermedades no serían posibles si se mantuviera el secreto. Toda esta ideología merece que se la desinfle, porque no hace sino sustentar la idea de que la enfermedad es algo vergonzoso que hay que ocultar. En la práctica, es obvio que el enfermo no viene a confiarse para que se hagan chismes con sus confidencias, o para volverlas contra él ante la Justicia. Pero eso es una decencia mínima que el enfermo tiene derecho a esperar de su médico. Si existe una obligación moral, es la de la discreción que todo hombre debe guardar con las confidencias que recibe. El artículo 278 del Código penal legaliza esta obligación. No hay ninguna necesidad de convertirla en una virtud particular del cuerpo médico, si no es para preservar una imagen de marca, como lo hace J. R. Debray: "Uno de los fundamentos más sólidos del secreto médico reside en la salvaguardia de la confianza¹⁰." El público no es tan inge-

10. J. R. Debray, *Le malade et son médecin*, op. cit., p. 88.

EL ORDEN MEDICO

nio como se cree en las altas instancias, y prácticamente no se hace ilusiones con un cuerpo médico que guardaría celosamente los secretos. Para él se trata de una coartada que le permite hacer pasar el único secreto que verdaderamente importa: el secreto del diagnóstico, del pronóstico y de las decisiones médicas que a ellos conciernen. El Código de deontología se ocupa de buen grado de las consecuencias de revelaciones que resultarían excesivamente brutales. Se ocupa menos en la angustia que ocasiona al enfermo el verse tratado como imbécil o incapaz.

La necesidad de darle cuerpo a la ideología médica ha llevado a la creación de una Orden de los médicos y de un Código de deontología. Se supone que uno y otro representan las obligaciones específicas del cuerpo médico. Es significativo que el principio de una Orden de los médicos, tras haber sido rechazado por el Senado en enero de 1934 bajo la presión de los juristas, fuera instaurado finalmente por el régimen de Vichy. Asimismo, el Código de deontología fue adoptado por reglamento de la administración pública. Prácticamente ninguna jurisdicción está en condiciones de oponerse a las decisiones del Consejo de la Orden, tal vez con la excepción del Consejo de Estado que sin embargo, tal como hemos visto, no debe erigirse en «Sorbona médica». Hay ahí una anomalía jurídica que merece ser destacada, dado que el Código de deontología, que tiene la condición de un decreto, de hecho tiene fuerza de ley, y de una ley que no tiene que rendir cuentas ante la ley común.

J. R. Debray deplora que los términos «deontología médica» se empleen demasiado a menudo "en un sentido restringido, que en el lenguaje usual designa ante todo las reglas de conveniencia, de cortesía, que rigen las relaciones de los médicos entre sí, cuando es evidente que lo esencial de la deontología está constituido por las normas que conciernen a las relaciones de los médicos para con sus enfermos"¹¹. La opinión más difundida, entre ellas la de Marcel

11. *Ibid.*, p. 10.

DE LA IDEOLOGIA A LA DEONTOLOGIA

Proust a la que el autor alude, viene a coincidir con la de los juristas. De hecho la mayoría de los artículos de deontología rigen las relaciones entre colegas y garantizan la respetabilidad del cuerpo profesional. En lo que se refiere a las relaciones entre médico y enfermo, completan las disposiciones del Código penal, pero más bien en el sentido de una atenuación.

Los juristas han acusado a la deontología de ser «paternalista», «corporativista», y de favorecer el «imperialismo médico». La deontología es la expresión ideológica y jurídica de un discurso del amo que no quiere rendir otras cuentas que las que se rinde a sí mismo. René Savatier¹² escribe: «¿Cómo puede el médico convertirse en dueño del enfermo? El paternalismo se transforma en imperialismo médico (...). El coloquio singular (...) se convertiría así en un monólogo del médico consigo mismo.» Desde un punto de vista muy diferente, los juristas descubren los mismos términos que los que rigen nuestro análisis, que hacemos desde un punto de vista totalmente diferente. Dicen también: «La igualdad de hecho entre médico y enfermo ha desaparecido, subsiste la igualdad de derecho. Los poderes del médico, los poderes ya desorbitados del derecho común, le son otorgados para asistir a la persona del enfermo, no para someterla.» J. R. Debray, que cita a Savatier, da la respuesta, la respuesta adecuada, porque es ideológica. Afirma el espíritu liberal «proverbial» de Louis Portes, el autor del Código de deontología, a quien le gustaba repetir la fórmula de Maimónides: «Aleja de mí, oh Dios, la idea de que yo lo puedo todo.» Invocación a Dios, fórmula de conjuro que seguramente no satisface al jurista. Pero satisface al médico: el cuerpo médico es impecable, y sólo la malevolencia puede explicar las reservas de los juristas.

En principio la deontología no es la ley, sino «la porción de nuestras acciones a las que las leyes positivas dejan el

12. René Savatier, *Traité du droit médical*, Librairie technique de la Cour de cassation, 1956.

campo libre", según Bentham, que es el autor del término y el teórico de la deontología. Es difícil sin embargo conven- cernos de ello cuando leemos el Código, sobre todo en sus artículos que reglamentan las relaciones con los colegas, y no crean a los médicos obligaciones particulares, salvo en lo que concierne a la respetabilidad profesional, que demasia- do a menudo se confunde con la respetabilidad burguesa. De hecho, la Orden de los médicos no interviene sino para agravar con una sanción profesional (prohibición tempora- ria de ejercer) la sanción penal que ha tenido que sufrir el médico. Pero en la mayor parte de los casos la intervención de la autoridad que constituye la orden ante los tribunales de derecho común se produce con un sentido atenuante. Es comprensible: ¿el Código de Hammurabi no sancionaba al cirujano torpe cortándole las manos? Aparte de que la sanción pueda parecer excesiva, debía desalentar muchas voca- ciones. Había que convencer a los juristas de que fueran más «comprensivos» para con el médico.

Al hablar de la deontología, Bentham invocaba una filo- sofía «utilitarista». No se podría negar que, sin seguir a J. Bentham en todos los aspectos de su confusa producción, el cuerpo médico no duda que preservar las mejores condicio- nes para el ejercicio de la profesión interesa a todos, no sólo a los médicos, porque no se podría poner en duda lo bien fundado de su doctrina y de su ética.

Sin embargo, no podemos dejar de evocar la máquina que imaginó J. Bentham para volver al buen camino a los individuos que se apartan de él. El «Panóptico» es un edifi- cio circular donde todo cuanto sucede puede ser vigilado desde una posición central. Allí todo está organizado de ma- nera que una jerarquía de sanciones y una jerarquía de pla- ceros obligue a cada cual a ajustarse al comportamiento de- seado. "No hay en Bentham ninguna crueldad. En este senti- do, no cabe duda de que es lo que quería ser: un filántropo. La crueldad es gratuita e improductiva"¹³, dice J. A. Miller

13. *Ornicar?*, n° 3, p. 12.

DE LA IDEOLOGIA A LA DEONTOLOGIA

en el comentario de su obra. También el médico es un filántropo y no lo duda. Su conciencia está segura de no haber hecho sufrir nunca inútilmente a un enfermo. El ojo del observador del «Panóptico» puede ver sin ser visto. Toda la máquina funciona a partir de este principio. La moralidad, la probidad, la ciencia del médico, el secreto del que se rodea, su eventual multiplicación en innumerables especialistas que representan al cuerpo médico, todo ello contribuye a hacer invisible al médico. Es «la pura mirada médica». Ciertamente que el «Panóptico» era una máquina penitenciaria. Anunciaba Fleury-Mérogis, la cárcel modelo, la cárcel en la que son más numerosos los suicidios. El mal contra el que luchan los médicos es de otro orden. Se llama enfermedad. Pero los huéspedes de un universo tan perfectamente aséptico ¿son ingratos cuando a veces consideran que el hospital, el sitio donde se encuentran bajo la mirada del médico, es una máquina inquietante? “Entramos en la era del análisis infinito y de la objetivación apremiante¹⁴.” Más aún que la justicia, la medicina es creadora de esta nueva era. En privado, los médicos no dejan de estar de acuerdo en esto. ¿Pero es éste un hecho que pueda ocupar un lugar en el discurso médico?

14. M. Foucault, *Vigilar y castigar*, Siglo XXI Editores, 3ª ed. en castellano, 1978, España.

SRM Cursos®

Orden científico y orden jurídico.

El problema de las relaciones entre el psicoanálisis y la medicina se planteó en 1927, en oportunidad del proceso por charlatanismo que se intentó contra Th. Reik. En Viena se llamaba charlatanismo al ejercicio ilegal de la medicina. El proceso concluyó con un sobreseimiento, que como lo apunta acertadamente Contri¹ no es más que el reflejo de la no actuación de Freud respecto de las instancias jurídicas y sociales.

Añadamos que lo que Contri llama el tono de *gentlemen's agreement* de la advertencia final que escribió Freud, es también la comprobación del balbuceo de los discípulos de Freud acerca del problema del carácter científico del psicoanálisis planteado por el «*laienanalyse*» (Traduzcamos como «análisis laico, o profano», para retener la idea de que lo que profana el análisis practicado por los no médicos es el carácter sagrado de la Orden de los médicos, lo que me empeño en demostrar aquí.).

La profanación va más allá de la Orden de los médicos,

1. Contri, *Le Non-Agir d'une action de Freud*, Congreso del EFP, Estrasburgo 1976.

EL ORDEN MEDICO

y roza el orden jurídico. Legendre ha mostrado lo que este orden le debe al orden teológico², y no perderemos de vista el hecho de que al hablar de uno también estamos refiriéndonos al otro. Cuando estudiamos las relaciones del psicoanálisis con la medicina no podemos dejar de encontrarnos con los juristas. Es lo que ya hemos visto: la medicina instaura un orden que es en muchos sentidos un orden jurídico, constituido mucho menos por la instancia jurisdiccional administrativa de la Orden de los médicos que por el establecimiento de la autoridad del cuerpo médico, autoridad que concierne a todo lo que tenga que ver con la práctica médica. La *competencia* del jurista (cosa que desde el punto de vista jurídico tiene un sentido preciso) se borra ante la *competencia* del médico. Pongamos de relieve el *equivoco* del término «competencia», porque encontraremos por todas partes equívocos análogos; esos equívocos interpretan que la Orden médica es, lo mismo que el Orden jurídico, un orden coercitivo. Este tránsito de una competencia a otra es el mismo que hace pasar a las brujas (acusadas especialmente de ejercicio ilegal de la medicina) de las manos del jurista (el Inquisidor) a las del médico. Finalmente, éste las declaró locas³. Este procedimiento era necesario para establecer el reino de la Ciencia y de la Razón. Asimismo, Sade pasó del magistrado a Pinel, de la Bastilla a Charenton. ¿Significa esto un progreso? Tal vez, porque no nos quemamos en el mismo fuego en la hoguera que en el asilo. Pero entonces también tendríamos que decir que en Moscú se ha progresado, al sustituir la caza de brujas (el proceso de 1935) por el internamiento psiquiátrico de los opositores políticos. Para establecer el carácter «científico» del materialismo histórico ¿no hay que declarar locos a quienes no lo reconocen? Es menos importante sostener un juicio de valor que constatar la permanencia de una *transferencia de competencia*. Debido a que la *transferencia* es la piedra angular de la clí-

2. P. Legendre, *L'amour du censeur*, París, Le Seuil, 1975; hay traducción castellana, *El amor del censor*, Anagrama, Barcelona.
3. Jean Wier, *op. cit.*

ORDEN CIENTIFICO Y ORDEN JURIDICO

nica psicoanalítica no podemos dejar de remontarnos a las fuentes.

Pasar de un sistema jurídico a un sistema científico, es renunciar a un sistema de imputación que atribuye la responsabilidad de la enfermedad a un hechicero, a una bruja o a una mala acción del mismo enfermo. Lo cual es al menos desculpabilizador, pero no impide encerrar al «enfermo» si se lo considera peligroso (enfermedad contagiosa, locura). En lo posible, ya no se recurrirá a la fuerza, sino que se apelará a la «razón» del enfermo. Porque ha de comprender que no se puede ni debe desafiar las leyes de la naturaleza. La *Razón* es otra palabra equívoca. Ser razonable, acceder a la edad de la razón, tiene para un niño un sentido preciso, significa someterse al orden jurídico de sus padres. Como el progreso no se detiene, es a los dieciocho años y no a los veintiuno que el orden jurídico de los padres cede su sitio al del Estado; incluso las mujeres van acercándose a la plenitud de la responsabilidad jurídica; ¡hasta se les permite votar! Llevar un «*livre de raison*», «*arraisonner*» al viajero, o un barco, todo eso* remite con claridad a la idea de que la razón del más fuerte siempre es la mejor. Pero está claro que si queremos establecer la validez del orden de la Razón se discutirán las razones que hacen que un hombre se someta al orden médico⁴, antes que las razones que le llevan a someterse o no al orden del tirano, como lo hace Kant en la Razón práctica. El médico no es el tirano, sino el teórico e intérprete de la tiranía del orden de la Naturaleza. Se puede considerar razonable resistirse a la orden del príncipe, pero no a la orden de la ciencia.

La obra magistral de Hans Kelsen, de quien sabemos que se encontró con Freud fundamentalmente en ocasión del

* «*livre de raison*»: diario, libro de cuentas que llevaba el cabeza de familia; «*arraisonner*» un barco: inspeccionarlo. En castellano jugaríamos con: «hacer entrar en razón», «tomar razón», etc. (N. del E.)

4. H. Kelsen, *Teoría pura del derecho*, op. cit., ed. fran. p. 32, nota 1, p. 33.

EL ORDEN MEDICO

proceso Reik, nos proporciona los elementos del tránsito del orden jurídico al orden científico. De Kelsen cabría decir lo que dice Lacan de los teólogos: son los únicos ateos verdaderos, porque saben de qué hablan. Kelsen ha demostrado de manera soberbia que ni la justicia, ni la libertad del hombre, ni la igualdad, ni el derecho natural, ni la moral, son nociones admisibles para el llamado Orden jurídico. Sólo le faltaba saber que él era un ateo de ese Orden. Cosa que le habría permitido concluir, si no de su obra sí de su artículo para Imago⁵ que en el «derecho positivo» nada puede oponerse a lo que promulga el legislador sobre leyes raciales⁶. Esto hubiera demostrado al menos que los dos judíos vieneses estaban comprometidos en la misma lucha contra las virtudes fariseas que apuntalaban el nazismo, del que ambos fueron víctimas, y sin duda los únicos verdaderos teóricos.

Para fundar una ciencia del derecho, dice Kelsen⁷, es preciso distinguirla de las ciencias de la naturaleza. Estas establecen relaciones de tipo *causal* entre los hechos, mostrando y demostrando que cada hecho es una *causa* que produce (o producirá) un *efecto* en ciertas circunstancias. Cada causa es ella misma el efecto de otra causa —es la hipótesis fundamental del determinismo universal—, de modo que la ciencia proporciona su sistema de explicación del mundo sobre la base de la comprobación de una serie infinita de causas que se engendran unas a otras.

A la inversa, el derecho establece un *sistema de imputación* entre dos hechos, de los cuales uno es un *delito* y el otro su *sanción jurídica*. El teórico del derecho no puede considerar que la sanción sea efecto del delito: en primer lugar porque la sanción no se produce necesariamente, dado que el delincuente puede escapar al Orden jurídico; pero también porque el Orden jurídico, aun estableciendo la realidad del

5. H. Kelsen, "Le concept d'État et la psychologie sociale. Avec pour référence particulière la psychologie des masses de Freud", *Imago*, 1922, VIII, 2, 97, 141.

6. H. Kelsen, *op. cit.*, ed. fran. p. 56.

7. *Ibid.* ed. fran. cap. "Droit et Science", p. 95 y ss.

ORDEN CIENTÍFICO Y ORDEN JURIDICO

hecho delictuoso, puede declarar al delincuente «no imputable» (porque es menor de edad, o loco, o porque actuó en legítima defensa, o porque ha expirado un plazo, etc.). Al establecer una relación entre un hecho que es una fechoría (el delito) y la sanción, no dice lo que será (*sein*) sino lo que «debe ser» (*sollen*). Por el contrario, en el orden de la Naturaleza el efecto no es un *sollen*, sino que el efecto será (*sein*) porque será *necesariamente*. Por último, es preciso destacar que para poder funcionar, el Orden jurídico debe abstraerse del conocimiento de la serie infinita de causas y efectos que establecen las Ciencias de la Naturaleza, para establecer que un hecho (el delito) es de su jurisdicción y debe implicar una sanción.

En tanto enuncia lo que debe ser (*sollen*) el sistema jurídico establece *normas*. Es un sistema normativo. Pero hay que evitar una grave confusión. La norma es por ejemplo: "El ladrón debe ser castigado con la cárcel." El *sollen* (deber-ser) correspondiente es que «la sanción (la cárcel) sucede al delito (robo)». La policía y el magistrado son los ejecutores del *sollen*. Pero el «Sujeto del derecho» (el que está sometido a las sanciones que el derecho establece) *no está en modo alguno sometido a un sollen, en sentido jurídico*. Si por sí mismo saca la conclusión de una norma («no hay que robar») es una consecuencia extrajurídica que sólo concierne a su posición subjetiva frente al derecho. Así que es con exactitud que Kelsen lo denomina «Sujeto del derecho».

También puede deducir (soy yo quien lo precisa): "No hay que dejarse atrapar cuando uno roba", o bien "Es más ventajoso y menos peligroso robar la plusvalía del trabajo de los obreros que robar una bicicleta." El Orden jurídico no condena el robo, sino sólo las infracciones al orden que instaura. Está reconocido el derecho a matar en ciertas circunstancias: legítima defensa, guerra, ejecución de un condenado, etc. El Orden jurídico no es un orden moral.

Así que la *norma* que instaura el orden jurídico es diferente de la norma moral, en el sentido en que la oye habitualmente el hombre de la calle que es el «Sujeto del dere-

EL ORDEN MEDICO

cho». También es muy diferente de la *norma* tal como la entiende Canguilhem, quien deduce que el productor de normas, el normativo, es el organismo y no ya el legislador, en el sentido de que produce las normas mediante las cuales se mantienen sus constantes biológicas, llegando a constituir nuevas normas en vistas a su adaptación al medio. En el fondo la norma "no hay que robar" o la norma "sólo se puede robar en el marco autorizado y protegido por la ley" es una norma de adaptación; en particular, la norma moral es del orden del *ser* (*sein*) y no del *deber-ser* (*sollen*) jurídico. Entra en el marco que define Canguilhem y no en el que estudia Kelsen. El *equivoco* referido al término *ley* (ley jurídica y ley natural) es el mismo que concierne al término *norma*: norma jurídica (prescriptiva de una sanción) y norma natural (de adaptación al medio).

El principal mérito de Kelsen desde nuestro punto de vista es el haber replanteado el *problema del Sujeto*. El sujeto del derecho no es en modo alguno como lo dice la doctrina tradicional el que tiene derechos que hacer respetar, el derechohabiente, por ejemplo el propietario. La existencia misma de este «derechohabiente» y su acción no son en absoluto necesarias para poner en funcionamiento el aparato judicial. Lo cual se pone en evidencia desde el momento que la ley protege a un «incapacitado» (menor o loco), y nombra un tutor o un administrador que defienda sus derechos. Más aún, cuando hay un asesinato no es el asesinado quien moviliza el aparato judicial para hacer respetar el *sollen* «quien ha matado debe ser castigado con la muerte». Tampoco el Sujeto es el legislador que establece normas, porque es cierto que la *norma* establecida por una ley funciona, independientemente de la voluntad del legislador (y además mucho después de que haya muerto), y nadie puede prever todas las consecuencias de una ley que la jurisprudencia interpretará y hasta rectificará. Evidentemente el *Sujeto del derecho* es quien está sometido a las sanciones que el derecho impone a cualquiera que comete un delito, lo que nos permite entrever que su posición subjetiva sigue siendo problemática en

ORDEN CIENTIFICO Y ORDEN JURIDICO

relación con el Orden jurídico, y que nada permite decidir si se doblegará a él o se rebelará o se adaptará, y de qué manera.

Kelsen, que pone un gran cuidado en distinguir ciencia del derecho y ciencias de la naturaleza nos dice que los hombres se han referido en primer término a un sistema jurídico de imputación, como modo de explicación de la Naturaleza, porque era éste el sistema que regulaba sus relaciones recíprocas⁸. Así es como atribuyeron el origen y la responsabilidad de las calamidades naturales, de las enfermedades y de todas las circunstancias de la vida a actos, a faltas o a voluntades de ciertos hombres, de una comunidad en su conjunto, pecadora o piadosa, y también a dioses o a demonios. Sólo gradualmente ese sistema de *imputación* ha sido reemplazado por un sistema *causal* de explicación de la Naturaleza.

Sin duda es exacto, pero al hacer esta distinción, Kelsen se hace eco de la idea que la Ciencia se hace de sí misma, que cree reconocer su «progreso» de haberse convertido en *causal* apartándose de los modos de pensamiento «primitivos», «supersticiosos» y «religiosos». Ahora bien, es mucho más coherente considerar que *el sistema causal de explicación de la Naturaleza es la teoría del sistema jurídico instaurado por Dios*. Es un sistema que da siempre resultados allí donde el legislador humano tiene sólo éxitos parciales. Entre un hecho (causal) y una fechoría (delito) se establece una relación constante, explicada por la «Omnipotencia de Dios», mientras que el poder del aparato judicial es incierto. En él el *sollen* instaurado por Dios se confunde con un *sein*, confusión que resulta de su omnipotencia. Cabría decir que el científico es el teórico del sistema jurídico de Dios. No hace las leyes sino que establece su coherencia. Asimismo, el teórico de los «órdenes jurídicos positivos» se limita a mostrar y demostrar la constancia de algunas de sus articulaciones, vinculadas con necesidades lógicas. Kelsen tiene un gran cuidado en precisar que él mismo enuncia «*proposiciones de*

8. *Ibid*, ed. fran., p. 114 y ss.

derecho», objeto de la Ciencia del Derecho, pero no enuncia, es decir, no decreta «*normas jurídicas*», cosa que le toca al legislador. También dice que la posición del científico del Derecho no le da ninguna autoridad especial para hacerse legislador.

Cabría ponerlo en duda, dado que el mismo Kelsen fue autor de la Constitución del Estado austríaco en 1920 y como consecuencia fue consejero de Estado. *Decir la ley es también hacer la ley*, como lo evoca lo que M. Foucault llama el discurso profético⁹, discurso que interpreta la voluntad de Dios, y que al profetizar el porvenir contribuye a crearlo revelando lo que está escrito, el destino, comprometiéndose así a los hombres a doblegarse de antemano ante él y a favorecer su advenimiento. Al reivindicar para el teórico del derecho las mismas prerrogativas que para el teórico de los hechos de la naturaleza, las de no abrir juicio sobre lo que estudia y desentenderse de las consecuencias de lo que establece, Kelsen confirma lo que es (el derecho positivo, el Estado) y se ofrece a la acusación de ponerse en posición conservadora, cuando no reaccionaria. Cosa que equivocadamente ha hecho desistir a los comentaristas de estudiar su obra. Porque Kelsen no trata de evitar el problema de los fundamentos del derecho, y nos proporciona elementos muy valiosos que esclarecen considerablemente la cuestión:

En *La Ciudad de Dios*, San Agustín pregunta qué es lo que diferencia al recaudador que percibe los impuestos de la banda de ladrones que exige un tributo. No es, nos dice Kelsen, la mayor credibilidad de las fuerzas del Estado la que basta para explicar que en el primer caso lo acatemos y en el segundo nos opongamos. Se debe sobre todo a que el Estado, al instaurar su poder, proporciona también un *Orden jurídico*, un conjunto de normas, a las cuales cada cual adhiere en mayor o menor grado y que funda la *validez* del sistema jurídico entero. Así es como se constituye una *Grund-Norm*, una norma fundamental, sobre la cual se apo-

9. M. Foucault, *L'Ordre du discours*, NRF, 1971, p. 17.

ORDEN CIENTIFICO Y ORDEN JURIDICO

yan todas las normas instauradas por el sistema jurídico. Esta constitución del Estado está marcada por el hecho de que el sistema instaurado se convierte en un *sistema objetivo* que depende de la coherencia de sus normas, normas que son prescriptivas para los ciudadanos pero que también los protegen. Lo que diferencia al Orden venido del estado del orden venido de la banda de ladrones es que el ciudadano no puede reconocer en este último sino el *derecho subjetivo* del ladrón, mientras que el Estado procura un *sistema objetivo*. Este establecimiento no está exento de dificultades, ya que en sus comienzos un orden estatal nuevo siempre es considerado por ciertos ciudadanos y por los países extranjeros como el resultado de una banda de ladrones (la Francia de la Revolución, la Rusia soviética, etc.), y sólo posteriormente se lo reconoce como Estado.

También en este punto Kelsen nos muestra que se trata del problema del Sujeto. *En el momento en que la ley se da como puro enunciado* (Kelsen diría como objetiva) *se borra el problema de la subjetividad de quien la enuncia. Y en ese mismo momento aparece la subjetividad del ciudadano* (Sujeto del derecho) *sometido a las sanciones de la ley*. Pero entonces tenemos que interrogar a Kelsen acerca de qué es lo que distingue al teórico del derecho del legislador, si tanto uno como otro proporcionan un enunciado «objetivo», es decir, un enunciado en el que desaparece la subjetividad. En efecto, es evidente que un legislador es un teórico del derecho, a menos que haga leyes «irrelevantes» (dice el mismo Kelsen), en cuyo caso ya no es legislador. El teórico y el legislador son un solo y el mismo personaje. Así es como podemos comprender lo que dice Kelsen de la validez de un orden jurídico: *el orden jurídico que se impone no es el del más fuerte sino el más fuerte*, el más «válido», porque constituye en aliados a aquellos a quienes someterá. Así es como queda señalado lo que a partir de Lacan hemos aprendido a identificar como el orden simbólico, y la predominancia que tiene debido sólo a su propia coherencia; pero esto merece un análisis más detallado.

Tenemos que volver al discurso, especialmente al *discurso del amo*, del que ahora podemos decir que es el discurso del jurista, más que el discurso científico, que es sólo su prolongación.

Cuando Kelsen habla de la ciencia de los hechos de la Naturaleza como ciencia que muestra la serie infinita de causas y efectos, confunde el *discurso universitario*, que registra una coherencia, con el *discurso del amo*, que la constituye. Para poner en evidencia una *causa* como productora de un *efecto*, el investigador tiene que aislar en primer término un *solo hecho* (cuestionado) para ponerlo en relación con *otro hecho solo*, (del que demuestra que es su efecto). Así que pone entre paréntesis lo que piensa de la teoría de la serie infinita de las causas y los efectos. Hace un corte, violenta a la Naturaleza para establecer una relación que será coherente con el conjunto de la teoría científica, o que permitirá establecer una teoría nueva. Así, para retomar el ejemplo que dio Kelsen, no se pregunta acerca de lo que *causa* la fuente de calor para demostrar que el calor dilata los cuerpos, porque es indiferente para su demostración. Y si es él mismo quien ha procurado la fuente de calor con un fin experimental, no se interroga sobre las *causas* que lo hacen interesar en la Ciencia, y si lo hace, estas consideraciones no ocupan ningún sitio en el protocolo donde se consignará su experiencia. También allí la condición de *objetividad* exige que se borre la subjetividad de su autor. *La ley debe ser un puro enunciado*. Y por objetivo que sea, ese enunciado es el resultado de un acto totalmente arbitrario del investigador, que hubiera podido proceder a cualquier otra demostración de los efectos del calor (por ejemplo la licuación de un sólido, la destrucción de las materias orgánicas, etc.).

La arbitrariedad con la que procede el sabio no se nos hace evidente porque sabemos que cualquier *mostración* que haga sólo interesa en tanto *demostración*, esto es, establecimiento de su *coherencia* con la teoría científica y de su aptitud para formar parte del patrimonio científico: sin lo cual no sería más que una curiosidad o una práctica de ilu-

sionista... y en medicina sería práctica de charlatán o curandero. (Ya hemos visto la constante preocupación del cuerpo médico por desmarcarse de todos los hallazgos que no se remiten a su discurso.)

Sin embargo, sería un error oponer a una lógica del trabajo científico la arbitrariedad del trabajo del legislador. Este último no puede promulgar cualquier ley, porque ésta debe ser coherente con lo que constituye la estructura del sistema jurídico. Cada nueva ley debe ser coherente con el conjunto de las leyes existentes y con lo que Kelsen denomina la *Grund-Norm*, la norma fundamental. De lo contrario, la ley es «irrelevante» y no puede ser aplicada. Y si la ley es demasiado aberrante, el legislador está incluso expuesto a mostrar que su única razón de ser es la de su propia subjetividad, esto es, la de su interés o su locura, exponiéndose así a descubrirse ante los ojos de sus administrados como el jefe de una simple «banda de ladrones», con los riesgos de revolución que ello implica.

De manera que entre ciencia y derecho no hay una diferencia metodológica. Ni siquiera podemos decir que el legislador (de derecho civil) se distinga del científico (legislador del derecho divino) en el hecho de que el primero se ponga por encima de las leyes: porque no se obliga menos a ajustarse a las leyes que dicta, aun cuando no lo haga más que en cierta medida (como lo testimonia por ejemplo la inmunidad parlamentaria). El científico no está en una posición diferente cuando enuncia las leyes de la Naturaleza: no por enunciarlas escapa más a ellas. Pero sin embargo espera aprender a aplicar las leyes que conoce al sometimiento de las fuerzas de la Naturaleza, acrecentar el potencial económico, curar las enfermedades, etc. El beneficio de su trabajo revertirá sobre la comunidad humana entera, pero ante todo sobre sí mismo, aunque más no fuera mediante el prestigio y las ventajas económicas que adquirirá, tanto como el hombre de ley tradicional.

Entre el trabajo científico y el del legislador hay una profunda ambigüedad. Lo cual no significa que haya una identi-

EL ORDEN MEDICO

dad de objeto. Ya hemos visto que el *equivoco* sobre el término *semiología* y sobre el término *signo* no remite sólo al abandono de la ontología por la medicina sino a la instauración de una metodología diferente, donde el signo es el representante de un objeto (enfermedad) y ya no el significante de un Sujeto. Pero también existe, y hay que retomarla, la oposición que entabló Levi-Strauss entre Naturaleza y Cultura: por donde aparece que *síntoma* remite en medicina al *signo* (y al *objeto* que representa) como por otra parte remite al *significante* (y al *Sujeto* que representa). Distinción que podemos considerar esencial, dado que se trata de la esencia de dos fenómenos, que si bien en el enfermo se encuentran en la misma enunciación del *sufrimiento*, no por ello pueden ser aprehendidos sino en sistemas epistémicos diferentes.

La confusión —debiéramos extrañarnos de que no se haya disipado— enmascara otro problema, cuidadosamente disimulado, que es el de la relación del sabio (o del cuerpo científico) con el discurso científico, y también la relación del legislador (o del Estado) y del teórico del derecho con la ley. Pierre Clastres se ha planteado lo que diferencia, u opone, a la sociedad del Estado, y ha demostrado que hay sociedades que se han revelado totalmente capaces de hacer respetar las leyes a través de las cuales el hombre afirma la preeminencia del orden cultural sobre el de la Naturaleza. Estas leyes que son las del intercambio (intercambio de mujeres, de bienes y de la palabra) deben ser protegidas, especialmente contra las empresas estatales en tanto éstas instauran lo que él llama el monopolio de la violencia, y que creo que es el monopolio de *decir la Ley* y hacerla aplicar. Las sociedades precolombinas exorcizaban la empresa estatal¹⁰ dándose un jefe a quien no se le daba la posibilidad de concebirse como jefe. Al parecer, tenían bastante éxito.

10. P. Clastres, *La Société contre l'État*, Éditions de Minuit, 1974, p. 25 y ss. Hay traducción al castellano en Monte Avila Editores, Caracas 1978.

ORDEN CIENTIFICO Y ORDEN JURIDICO

Pero Pierre Clastres señala también que el verdadero peligro para esas sociedades residía menos en la ambición de un jefe emprendedor o aun en el salvajismo del conquistador español, que en el discurso del *chamán*, sacerdote y médico, portador de un discurso sobre el hombre y la sociedad, quien bajo el nombre de *pa'i*¹¹ se presentaba como profeta y arrastraba a los hombres a grandes migraciones místicas y destructoras del orden social; de él había que burlarse en los cuentos para exorcizar su poder¹². De modo que nos encontramos de nuevo con el problema constituido por una equivalencia: *Decir la ley es hacer la ley*. Se trata del *autor*, y tenemos que tener tanto más cuidado cuanto que se adelanta enmascarado. Chamán, profeta, médico o sabio, nos dicta nuestra conducta con tanta más seguridad cuanto que la coherencia de su discurso funda la «validez» del orden que nos impone.

De modo que no hemos de esforzarnos por diferenciar el orden causal (científico) del orden de imputación (jurídico). Kelsen destaca con acierto la ambigüedad de la célebre fórmula de Heráclito: "Si el sol no sigue el camino que tiene prescrito, las Erinias, instrumento de la Justicia, sabrán devolverlo al recto camino." El camino recto es el camino del derecho. La norma biológica de Canguilhem resulta preservada por la norma ética de la medicina. Los médicos son las Erinias. La ley científica, lo mismo que la de los juristas, está escrita por los hombres. Su enunciación es una acción de *en-causar*, verdadero sentido del término acusación. El término griego *αιτια* significaba por igual falta y causa. Podemos bromear diciendo: "Causa siempre me interesas", pero es la fórmula misma de nuestro interés tanto por la ciencia como por el derecho, interés por la palabra sin duda, pero también reconocimiento de que el lenguaje es soporte de todo saber transmisible, en cuanto alguien lo organiza en un discurso*.

11. *Ibid.*, p. 137 y ss.

12. *Ibid.*, p. 113 y ss.

* La fórmula a que el autor se refiere es en francés: «Cause toujours».

Respecto del saber, el derecho —que tiene en común con la ciencia el desafiar la verosimilitud para establecer lo verdadero— es formal: “Se supone que nadie ignora la ley.” Allí reconocemos al menos que el derecho prevalece sobre los hechos (ya que hasta los juristas tienen que consultar el Código y el Dalloz) y que esta afirmación de la primacía del discurso es la misma que la de la primacía de la Cultura sobre la Naturaleza. Sin embargo hubo que hacerle un sitio, pequeño, a quien no sabe. En la actualidad se lo denomina «incapacitado» jurídico. Los romanos llamaban *idiotus* a todo aquél que no fuera jurista. Y quien en nombre de la ley del amor niega la ley del Decálogo es «cretino» (cristiano). Para el orden jurídico, el *Sujeto-supuesto-saber* es el *sujeto* del derecho, todo el mundo, salvo las excepciones que se vuelven cada vez más excepcionales: el idiota (en el sentido romano del término), el esclavo, la mujer más tarde, pertenecen cada vez más a la jurisdicción general, y hasta el número de menores sigue disminuyendo porque la mayoría de edad ha ido rebajándose desde los veinticinco años a los dieciocho.

Paralelamente, el orden científico constituye una cantidad cada vez mayor de ignorantes. El científico es el único que posee el saber. Es en particular lo que el médico, desde Hipócrates hasta nuestros días, le intima al enfermo. No hay ningún motivo para creer que los progresos del discurso científico no nos constituyan a todos, y cada vez más, en ignorantes ante los especialistas del saber de un dominio particular. La Razón volverá a ser no ya aptitud para razonar con claridad sino sometimiento a un orden prescriptivo que se desprende del saber de los especialistas. La rebelión misma no llevará otro nombre que el de la locura.

tu m'intéresses», y establece un juego de palabras intraducible al castellano: «*cause*» es causa pero es también una inflexión del verbo «*causer*» (charlar, conversar), de manera que la fórmula significa indistintamente: «Habla siempre, me interesas» o «Causa, siempre me interesas». (N. del T.)

ORDEN CIENTIFICO Y ORDEN JURIDICO

Cabría preguntarse más largamente acerca de esta inversión del problema del Sujeto del saber que se opera cuando pasamos del Orden jurídico al Orden científico. El tránsito de uno a otro fue abierto por la apropiación del sistema de leyes por parte de un pequeño número de individuos que conforman *el aparato del Estado*, y también el *cuerpo científico*, donde el cuerpo médico ocupa un buen lugar; los epígonos, sacerdotes y filósofos, sirven de apoyo muchas veces necesario. Una etapa decisiva de esta apropiación fue marcada por el trabajo del Inquisidor, el jurista, flanqueado por el teólogo y por el médico, por el representante del pasado y por el representante del futuro. El orden de la sociedad se confundía entonces con el de la fe y con el de la ciencia: no se reconocía otro saber que el de la ciencia oficial, que no tardó en cobrar vigor. El siglo de las Luces se caracterizaba por el rechazo del saber de las Sombras, el de Satanás.

En la actualidad, se niega la importancia de la función del jurista, sobre todo desde que Marx denunció al Orden jurídico como superestructura del materialismo histórico. Quienes hoy hacen «ciencia» política o «ciencia» sociológica antes que derecho suelen invocar este análisis marxista. Pero al convertirse en enunciadores de significantes dentro de los cuales creen poder encerrar a los hombres como si fueran ratas en laberintos, los sociólogos son también juristas. Según ellos, lo único que queda por hacer es dar forma a las leyes que han creído reconocer, utilizar las armas que ellos fabricaron. Los mejores sirvientes de esas armas son quienes las han hecho, de modo que el poder les es confiado a ellos o a sus discípulos. Las Grandes Escuelas abastecen esta contingencia... Lo cual es olvidar o fingir olvidar que Marx había denunciado como ideología tanto al derecho como a la ciencia: la relación de opresión y dominación no cesa de invocar sucesivamente los nombres de la religión, del derecho y de la ciencia.

El saber que se presume que posee el psicoanalista, precede finalmente más del saber del jurista que del saber del médico. Es un saber acerca de lo que regula las relaciones de

EL ORDEN MEDICO

los hombres entre sí, y por consiguiente acerca de lo que concierne a las normas fundamentales de la vida en sociedad, es decir, en primer lugar las de la prohibición del incesto y algunas otras que les sirven de corolario. El hecho de que del psicoanalista se espere que reformule las prohibiciones en términos más aceptables no justifica que él lo haga, tentación a la que no supieron resistir ni Jung, ni Reich, ni tantos otros. El psicoanalista no es en modo alguno un legislador, ni en derecho ni en ciencia. No tiene que conocer nada más que los *efectos* de la ley, de una ley que no es la del Estado ni la de la Ciencia, sino la del discurso, donde quien legisla es el deseo, y se abre el camino por el que advendrá. El saber, que es el del Inconsciente, es el que preserva y permite el acceso al goce. Es exactamente el reverso del discurso jurídico, que sólo define un sistema de obligaciones, y para quien el «derecho» de cada uno (especialmente el de *gozar* de sus bienes) no se define sino como «derecho reflejo», el hecho de no tener obligaciones sobre esos bienes. No es el Orden jurídico sino el superyó quien ordena «Goza».

Para introducir una clínica psicoanalítica.

Hay una pregunta previa a todo intento de establecer una clínica psicoanalítica: es "la pregunta que hace radical nuestro proyecto. La que va de: ¿El psicoanálisis es una ciencia? a: ¿Qué ciencia es la que incluye al psicoanálisis?" (Lacan).

Ni en su metodología ni en sus resultados el psicoanálisis ha respondido a la expectativa del científico. En especial no ha respondido a la expectativa del médico, aunque más no sea por su radical incapacidad (les guste o no a los psicósomáticos) para poner en relación causal hechos psíquicos con efectos biológicos, o enfermedades. Aquí, mi finalidad era mostrar que es lícito, a cambio de la radical incapacidad de la biología y la medicina para enunciar nada que concierna al deseo. No se puede sostener ningún proyecto de instaurar un intercambio de buenos procedimientos, un vaivén entre soma y psique. Por el contrario hay que destacar lo que resulta del tránsito de un sistema epistémico a otro.

Porque no responde a la expectativa del científico el psicoanalista no deja de interrogarla. "No creemos en el objeto", dice Lacan. El científico sólo cree en el objeto, o mejor

EL ORDEN MEDICO

dicho quiere creer sólo en él. Para nosotros, los psicoanalistas, el objeto funciona en tanto ausente, a lo sumo en tanto «objeto a», esto es, hace funcionar el deseo, incluido el deseo de saber del investigador, que no ha desesperado de encontrarlo.

El problema de las relaciones entre el psicoanálisis y la ciencia se planteó hace medio siglo, como respuesta a la exigencia de Kelsen. Freud reemplazó la distinción que se había hecho hasta entonces entre «psicoanálisis médico» y «psicoanálisis aplicado» por la distinción entre «psicoanálisis científico» y «psicoanálisis aplicado», dividido a su vez en dos zonas: el dominio médico y el dominio no médico. Es aproximadamente la distinción que retomó Lacan cuando creó tres sectores en la Escuela freudiana: 1.º Psicoanálisis puro; 2.º Clínica; 3.º Campo freudiano. Posición más prudente, dado que deja en suspenso, bajo el rubro de «pureza», el problema del carácter científico del psicoanálisis. Es también un retomar la exigencia de Kelsen, que fundaba una teoría «pura» del derecho.

Esta distinción responde a la preocupación por aislar un sector donde el psicoanálisis tiene el deber de tomar conciencia de sí mismo. No debe considerarse de ningún modo equivalente, por ejemplo, a la distinción que existe entre biología (ciencia pura) y medicina (ciencia aplicada) cuyos caminos sin salida hemos visto. Por otra parte, Freud no dejaba de señalar también su rechazo de todo dogmatismo esterilizante: "Nosotros, los psicoanalistas, queremos permanecer en contacto con el modo de pensar popular (...), hacer los conceptos científicamente utilizables antes que rechazarlos" (Advertencia final del problema del análisis profano). Y Lacan, al mostrar la interdependencia entre el discurso psicoanalítico y los otros tres discursos demostraba que para establecerse en su *pureza*, es decir, para depurarse, el psicoanálisis debía pasar por el análisis de los demás discursos, especialmente del discurso histérico de donde la clínica saca lo esencial de su sustancia.

Al mostrar lo que el discurso científico le debe al discurs-

PARA INTRODUCIR UNA CLINICA PSICOANALITICA

so jurídico —y por consiguiente al discurso del amo— hemos recorrido el camino inverso al que se practica habitualmente, que aspira a enmascarar la especificidad del derecho puro, poniendo de manifiesto la contingencia de su contenido, cuando lo que acertadamente reveló Kelsen es la permanencia de su estructura. Sea como fuere, el derecho se aplasta ante la ciencia: sabemos el lugar creciente que ocupan los científicos (sobre todo los médicos) ante los tribunales. También sabemos que las teorías del Derecho, al invocar la ciencia (marxistas y sociológicas) tienden así a constituir el orden jurídico como una «superestructura» que incita a que no se le otorgue más que una atención distraída. *Me ha parecido más importante mostrar que, en tanto discurso, el orden jurídico constituye la infraestructura del discurso científico.*

Después del derecho y la ciencia, ¿el psicoanálisis es un nuevo discurso normativo? Podríamos glosar la utilización que se ha hecho en ese sentido, más o menos a conciencia, de sus conceptos. El acceso al *genital love* o al «amor *oblativo*», cuando no la «adaptación a la sociedad» han fracasado totalmente. Oímos decir a menudo que hay que haber «simbolizado la castración» o «desanudado el nudo borromeo». Esto no iría muy lejos, y traiciona solamente el deseo que tiene cada cual de encontrar un discurso que se sostenga, «un discurso que no sería semblante». Considerándolo bien, en esa expectativa un tanto ingenua, prefiero lo que me decía con toda claridad una mujer que vino a consultarme: «Vengo a verlo porque ya no sé a qué santo encomendarme»*. Nuestros pacientes aprenden enseguida que si se trata de normas, habrá que hablar de las de ellos.

Lo que tenemos que escuchar es menos vago y más circunstanciado. Nos cuentan por ejemplo *Las desdichas de*

* El autor escribe «...à quel sein m'avouer» que se pronuncia casi exactamente como la frase que traducimos. Significa «...a qué seno confesarme». Añade entre paréntesis: «(sic, pero la ortografía es mía, pues ella no sabía escribir)». (N. del E.)

EL ORDEN MEDICO

Sofía, la sabiduría, lo cual es todo un programa. Justino y Justina vienen a decirnos con una sola voz: La justicia no existe; sólo existen "los infortunios de la virtud". A esta provocación a ser el Justo, o al menos a decir lo justo, respondemos: "La verdad es ella misma un decir a medias. No es en su nombre que condenaremos ni su justicia ni vuestra virtud. No nos constituiremos en tribunal." No por eso pensamos menos que si no nos atenemos a la verdad es porque la verdad nos tiene a veces demasiado fuerte.

No por no ser un tribunal, nos interesamos menos en la ley. "La horca no es la ley", y "la ley es otra cosa (que lo que enuncia el Estado), como sabemos a partir de *Antígona*", escribe Lacan¹. Lo cual no contradice la afirmación de que la ley del Estado tiene como lugar la horca (o la cárcel, como dice Kelsen). Es desde ese lugar en el que ha de ser emparedada "entre dos muertes" que *Antígona* desafía al príncipe, que es también su hermano. Es en la cárcel donde se experimenta más vivamente lo que quiere decir la libertad. "No se le imputa al hombre porque es libre, el hombre es libre porque se lo imputa²." De manera un tanto restrictiva, Kelsen lo explica como la libertad que el Orden jurídico otorga al hombre al permitirle escapar al determinismo causal de la Naturaleza; así como a la inversa el retorno a la Naturaleza es libertad con relación al Orden jurídico. No es menos cierto que es ante la muerte (o la cárcel que es su reflejo) donde el hombre evalúa la posibilidad de escapar a su destino biológico.

Esa es la razón por la cual Kant tiene razón cuando instala una horca ante la casa de aquellos a quienes pone entre la espada y la pared: el galante que "pretende no poder resistir a su pasión cuando se presenten el objeto amado y la oportunidad", y el hombre virtuoso, conminado por su príncipe a levantar un falso testimonio que perderá a su amigo. ¿Se mantendrán firmes ante la muerte cierta e inmediata

1. J. Lacan, "Kant avec Sade", *Écrits*, Le Seuil, 1966, p. 782 y ss.

2. Kelsen, *Théorie pure du droit*, op. cit., p. 134.

PARA INTRODUCIR UNA CLINICA PSICOANALITICA

que les espera si no ceden en sus pretensiones? Kant responde que en el segundo caso no se puede saber nada. Lacan añade que, contrariamente a lo que cree Kant, tampoco se sabe nada en el primero. Pero queda abierta una pregunta: ¿quién instaló la horca? No es el príncipe, por cierto, que se burla de los estados de ánimo de sus súbditos y persigue sus fines no importa por cuáles medios, entre otros la horca. Evidentemente es el mismo Kant, en tanto teórico, un teórico de la libertad. No es el príncipe quien da la libertad, se la toma su «sujeto del derecho» a quien le queda la posibilidad de desafiarlo. Quien enuncia la ley en la que se reconoce la libertad no es el príncipe sino el teórico³. Una vez más el enunciador se sustrae cuando coloca al príncipe en el enunciado, en lugar de a sí mismo. *Al simular que se proporciona un puro enunciado se produce un Sujeto, de quien se afirma que es libre, porque se lo ha constituido como dividido*. Encontramos aquí de nuevo lo que especifica al derecho cuando se presenta como «objetivo».

Es en esta *división* donde nosotros, los psicoanalistas, atrapamos al *Sujeto*, entre Pinto y Valdemoro, entre la muerte y el goce, entre la ley y el deseo, entre el deseo de vivir y el de vivir de acuerdo con su deseo. En materia de derecho del hombre, sólo hay "la libertad de desear en vano", dice Lacan. Fórmula que reconocemos porque es la de la *histerica*. Tuvieron que enseñárnosla las mujeres para que sepamos reconocerla también en los hombres. Ese es nuestro punto de partida, el comienzo de nuestra clínica.

Por su parte, los hombres se muestran excesivamente preocupados por "deslizarse subrepticamente en el discurso"⁴ como para reconocer que los deja partidos. Sus padres hicieron ese discurso, para asegurar a los hombres ese dominio que les garantiza el orden simbólico, sin el cual no serían

3. Como Kant. Pero también Olympe de Gouges, que entre los derechos de la mujer reclamaba el de subir a la guillotina. Derecho que le fue personalmente otorgado. *Les droits de la femme*, art. 10, 1789.

4. M. Foucault, *L'ordree du discours*, op. cit.

EL ORDEN MEDICO

más que zánganos. Así es como nos abruman con su *sollen*, su «deber-ser», porque están demasiado implicados en el orden jurídico instituido como para aspirar a otra cosa que a tirar de sus hilos. Así es como confunden su *sollen* con los prejuicios de su pequeño o gran grupo social o científico, después del de sus padres. Para no reconocer que el discurso los divide a ellos también, sólo piensan en pasar de su condición de «Sujetos de derecho» a la de derechohabientes. Entre estas dos condiciones creen ver su división. Y no tienen en cuenta la acumulación *obsesiva* de bienes y valores, la promoción en el orden simbólico que no les ha garantizado la irrisoria posesión de un pene del que no pueden presumir tanto como afirman. Porque el *tener* es la condición jurídica que no implica obligaciones, porque el *tener* constituye el lugar donde se puede hablar como amo, se trata de lograrlo, el obsesivo intenta huir de su posición de Sujeto a la que sin embargo le obliga el discurso constituido.

Los neuróticos son tranquilizadores, porque cada cual a su modo confiesan y reconocen que el orden constituido los afecta, y que en el fondo no se salen de él, porque, tal como lo atestiguan sus sueños, ni piensan en salirse de él. Este reconocimiento o confesión, este *aveu*, en el sentido en que ser «*avoué*» [procurador oficial] de alguien, es lo mismo que hacer acto de fidelidad tanto a esa persona como a su discurso⁵. Ese alguien, es el Otro, como garante de toda posibilidad del discurso, como lugar de los significantes. No por ser supuesta, su relación con el saber será menos garantizada. Esto deja lugar para la transferencia. Una esperará seducirlo, el otro esperará que muera. Y todos saben que es en vano.

Por reverenciar así a la ley, el *fóbico* se encuentra en una situación de distinta fragilidad. Aquí lo que falta es la garantía de que el Otro pueda dar de ella; sabemos que las afirmaciones más vigorosas tienen poco peso para disipar una fobia, por prestigioso que sea quien las enuncie. Se supone que

5. J. Clavreul, *Le Désir et la Perversion*, op. cit.

PARA INTRODUCIR UNA CLINICA PSICOANALITICA

no sabe sino el tiempo de un encuentro, de una presencia.

En el fondo, confía más en el *objeto*. Por desasido que se encuentre de las cadenas significantes sin las cuales no tendría consistencia, el objeto fóbico sigue sirviendo como «significante para todo»⁶, para paliar la ausencia del Otro. Pero sabemos qué apartado hay que mantener al objeto para que no se ponga en evidencia su «escasa realidad». Es la condición necesaria para que se mantenga la emoción de la fobia. El carácter absurdo del *objeto fetiche* se hace eco de ello⁷. La fidelidad al objeto hace las veces de garante de la invulnerabilidad del deseo, de garante contra las trampas del discurso. Sólo por eso el Otro se ve desafiado.

No por estar en la renegación los *perversos* son gentes desalmadas. Ocupan el sitio privilegiado que les proporciona la renegación, interrogan al discurso y no se dejan atrapar por el prestigio de su autor, el Otro, el padre que se ve duramente provocado, cuando no escarnecido. Lo expulsan, aun cuando se refugie en ese anonimato que procura el discurso del amo. El perverso sabe que al Padre siempre se lo puede humillar. A él remite la división del Sujeto, de la que se hace eco la *Spaltung* de su yo. Pero el deseo no saca ventaja de su huida de la ley, hay que transgredir la ley continuamente, sobre todo cuando aparece como ley natural. Situación a la que dan solución la homosexualidad o el sadismo tanto como el fetichismo.

El Otro, en tanto sitio donde se inscribe la metáfora paterna, garantiza la primacía de lo simbólico. Allí es donde el *psicótico*, por el hecho de la forclusión del nombre del padre, se sume en el naufragio de la esquizofrenia, o intenta reconstruir en su delirio la lengua fundamental donde se diría lo Verdadero. Así es como constituye, no tanto un discurso con pretensiones científicas o teológicas, como un orden jurídico en el que se convierte en teórico del deseo de Dios, legislando, interpretando desde ese sitio el goce del

6. J. Lacan, *Écrits*, op. cit., pp. 610-611.

7. "Fetichización de un objeto fóbico": *Scilicet* n° 1.

EL ORDEN MEDICO

Otro, cuando desde que el «placer del rey» fue guillotinado hemos olvidado que es ese goce el que funda todo orden normativo.

En este punto nos encontramos con la confusión de Kelsen cuando quiere establecer lo que hace la «validez» del Orden jurídico. Su *Grund Norm* «norma supuesta y no puesta» (en el derecho positivo) hace allí las veces de lo que plantea el «nombre del padre» en la teoría psicoanalítica, como significante fundador, y por lo tanto también él fundamental. Pero si la *Grund Norm* funda la validez de todas las normas, no proporciona su enunciado. Hubo que crear el concepto de «*habilitación*», especie de monstruo del sistema de Kelsen, porque aunque de cuenta de una realidad de hecho, no puede sino registrar la singularidad de la condición del legislador, no sometido a normas ni sanciones. El legislador resulta habilitado exclusivamente por la elección, donde lo único que sucede es la renuncia por parte del elector a utilizar todo otro derecho político, es decir, su sumisión al orden jurídico. El legislador adquiere allí el goce del derecho de legislar, goce que en nuestros días es a veces compartido con otros legisladores, para añadir algo de picante.

De modo que no hemos de sacar la conclusión de que el psicótico ha *inhabilitado* a su padre de la única función que hace reconocible su papel, en la medida en que toda palabra se refiere a su Nombre, especialmente cuando quien la pronuncia es la madre, es decir, cuando introduce al niño en el lenguaje. Pero tampoco es la *objetividad* científica que el padre invoca, como tampoco la *validez* del orden jurídico que insta, de quienes cabe esperar que hagan del niño un aliado, que lo sometan a la Razón. Le toca al psicoanálisis decir si la *logura* pertenece a su jurisdicción, o por mejor decir si es de su competencia. Allí es donde debe establecer si se erige en tribunal.

“El derecho es sólo un síntoma que expresa otras relaciones sociales sobre las cuales se funda el poder del Estado⁸.”

8. K. Marx, *La ideología alemana*, op. cit.

PARA INTRODUCIR UNA CLINICA PSICOANALITICA

Un *síntoma*, precisamente es por eso por lo que nos interesa. Marx había adivinado que ello gozaba en alguna parte de la sociedad; al menos gozaba de los bienes económicos. Lo cual es la verdad, «pero no toda la verdad». Decimos más convencidos con Freud que la ley es lo reprimido del deseo (no su represión). Y del deseo decimos con Lacan que es deseo del Otro, e incluso deseo del deseo del Otro. Lo que excluye que el Otro sea objeto de ese deseo, ni uno objeto de su deseo. Esto es lo que no aceptará el psicótico.

La dependencia respecto del deseo del Otro constituye una serie que Lacan compara con los ciegos de Brueghel que se llevan de la mano. Es una cadena signifiante de otro modo que la serie infinita de causas y efectos que describe la ciencia. De la ley impuesta por el padre lo único que cabe decir es que es la ley de su propio padre y que se transmite en su nombre. La cadena se eslabona de un síntoma a otro síntoma, de un nombre a otro nombre. Estamos muy lejos del síntoma tal como lo entendía Hipócrates, que sin embargo era descendiente de Asclepios y padre de la medicina: «habilitado» como tal para ser el enunciador del discurso médico. Estamos en el brete en el que nos coloca la ciencia: el de tener que decir sobre el deseo lo que ella nos sustrae de él al suministrar una muerte técnicamente controlada, en un universo en el que la caridad samaritana no excluye el fariseísmo de la bella alma.

SRM Cursos®

Indice

<i>Prólogo</i>	5
<i>El orden médico</i>	23
<i>Introducción</i>	25
1. <i>El Orden médico</i>	39
2. <i>Medicina. Ciencias «positivas». Ciencias «humanas»</i>	53
3. <i>Los orígenes de la medicina. Mitologías del positivismo</i>	69
4. <i>La medicina es un discurso. Poder e impotencia del discurso</i>	83
5. <i>El amo-maestro del discurso. El discurso del Maestro de Cos</i>	97
6. <i>La exclusión del deseo</i>	113

7. <i>El objeto de la medicina define el deseo del médico</i>	125
8. <i>El objeto de la medicina es la enfermedad. Una ontología que insiste</i>	139
9. <i>Saber; secreto; sagrado. Sujeto-supuesto-saber</i>	159
10. <i>El ser sufriente-a la espera. El enfermo</i>	175
11. <i>Discurso médico y discurso psicoanalítico</i> ..	189
12. <i>Clínica médica y clínica psicoanalítica</i>	215
13. <i>Semiología clínica y semiótica</i>	227
14. <i>No hay relación médico-enfermo</i>	243
15. <i>Los efectos del discurso médico: una ética en cuestión</i>	261
16. <i>De la ideología a la deontología</i>	277
17. <i>Orden científico y orden jurídico</i>	293
18. <i>Para introducir una clínica psicoanalítica</i> ...	309

Ideología de poder, ideología dominante, el discurso médico nos coloca en una posición subjetiva dividida: Por una parte porque, llegado el caso, no podemos sino someternos a él —si experimentamos un malestar, *tomaremos un remedio*, y el médico, aunque impugne personalmente el Orden médico, si es llamado para ver a un enfermo, *lo medicará*. Por otra parte porque no podemos aceptar, sin rebelarnos, la ideología que ese discurso afirma, desvergonzadamente, para poder perpetuarse.

En este libro —publicado por Jacques Lacan en la colección *Le champ freudien*— Jean Clavreul nos conduce al interior de esta compleja realidad, procurando dilucidar los fundamentos del discurso médico como medio para desprendernos de su metodología. Nos plantea que la aportación del discurso psicoanalítico —del que no hay que extrañarse que sea nulo para la epistemología médica— no puede consistir en sostener, combatir o doblegar al discurso médico. Más bien, en instaurar una clínica psicoanalítica autónoma, donde se encuentre con lo real.

CLAUDE LEVI STRAUSS

La identidad - Seminario

El esfuerzo de las ciencias humanas consiste en superar la noción de identidad y ver en ésta un simple límite teórico al que no corresponde ninguna experiencia real. La diferencia, la variedad, lo heterogéneo, subrayados en este impresionante cuestionamiento de un concepto aparentemente sólido.

ALAIN GROSRICHARD

Estructura del harén

La ficción del despotismo asiático en el occidente clásico. Apasionante estudio de las relaciones de poder a través del ejemplo del harén oriental. Filósofo e historiador, el autor es uno de los pensadores más destacados del *Champ Freudien* que Jacques Lacan dirige en París.