

Los árboles no hablan

José Manuel Arango



Fotografía de Alberto Restrepo.
Santa Elena, 1984.

**BIOPOLÍTICA Y CUERPO:
MEDICINA, LITERATURA Y ÉTICA EN LA
MODERNIDAD**

**Alberto Castrillón Aldana
Martha Lucía Pulido Correa**

RESUMEN	REVISTA	EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA	RESUMEN
RÉSUMÉ			RÉSUMÉ
ABSTRACT			ABSTRACT
PALABRAS CLAVE			PALABRAS CLAVE

RESUMEN

BIOPOLÍTICA Y CUERPO: MEDICINA, LITERATURA Y ÉTICA EN LA MODERNIDAD

Este artículo hace visible la relación entre biomedicina y modernidad a través de la implementación de unas biopolíticas que normalizan los cuerpos de los sujetos. También presenta una alternativa literaria, que haciendo de la enfermedad una experiencia de vida, aleja el miedo a la muerte y crea condiciones de convivencia vitales entre los sujetos.

RÉSUMÉ

BIOPOLITIQUE ET CORPS: MÉDECINE, LITTÉRATURE ET ÉTHIQUE DANS LA MODERNITÉ

Dans cet article on fait visible le rapport entre biomedicine et modernité à travers l'implémentation des biopolitiques qui ont pour but de normaliser les corps des sujets. On y présente aussi une alternative littéraire, qui faisant de la maladie une expérience de vie, éloigne la peur de la mort et crée des conditions de coexistence vitales entre les sujets.

ABSTRACT

BIO-POLICY AND THE BODY: MEDICINE, LITERATURE AND ETHICS IN MODERNITY

This article makes the relationship between bio- medicine and modernity visible through the implementation of bio-policies that normalize the subjects' bodies. It also presents a literary alternative which, by turning illness into a life experience, banishes dread for death and creates vital co-existence conditions among subjects.

PALABRAS CLAVE

*Biopolítica, biomedicina, modernidad, normalización, enfermedad, experiencia, ética, literatura.
Bio-policy, bio-medicine, modernity, normalcy, illness, experience, ethics, literature.*

BIOPOLÍTICA Y CUERPO: MEDICINA, LITERATURA Y ÉTICA EN LA MODERNIDAD*

Alberto Castrillón Aldana* *

Martha Lucía Pulido Correa* **

Nietzsche dirá que es necesario conocer el presente para comprender la historia. Sólo una gran lucidez sobre lo que nos es contemporáneo, permite encontrar la justa posición con respecto al pasado.

MODELOS BIOMÉDICOS Y CUERPO EN LA MODERNIDAD



En el mundo premoderno, la enfermedad era concebida como un estigma causado por la presencia, en el cuerpo, de un castigo divino. El enfermo no era anormal, sino pecador. Las marcas visibles dejadas por enfermedades como la lepra confirmaban la noción según la cual los pecadores leprosos tenían que purgar, en los leprocomios, ese castigo con la esperanza de salvar su alma. Además, las enfermedades no existían en el cuerpo individual, sino como conjunto de taxonomías. El médico conocía los síntomas y los signos característicos de una expresión de enfermedad y cuando ésta se manifestaba, los asociaba a un sujeto particular. Pero el objetivo fundamental, cuando se atendía a un sujeto enfermo,

no era comprender las causas orgánicas de la enfermedad, ya que éstas conceptualmente no se podían explicar, sino liberar el cuerpo del castigo, purificarlo en vida para que alcanzara la salvación del alma y no el penoso proceso del purgatorio o del castigo eterno.

Los modelos biomédicos de los que vamos a hablar aquí no escapan entonces a la historia. Se oponen a esa concepción primera que hemos descrito del enfermo y de la enfermedad, y están inscritos en esa modernidad que plantea el problema del viviente, de la objetivación biológica de los hombres y del medio en el que viven. Su historicidad se hace visible si realzamos, como lo estamos haciendo, la discontinuidad entre los modelos biomédicos modernos y las concepciones médicas que los

* El artículo hace parte del proyecto de investigación Medicina y Literatura.

** Profesor Asociado, Escuela de Historia, Universidad Nacional de Colombia

*** Profesora Asociada, Escuela de Idiomas, Universidad de Antioquia
Dirección electrónica: mpulido@quimbaya.udea.edu.co

precedieron. El estatuto de historicidad con el cual hacemos visibles esos modelos biomédicos privilegia entonces su relación discontinua con el saber que le precedió. Es decir, señalando esta discontinuidad, percibimos unas diferencias en la constitución de unos objetos de saber, de unos conceptos, de unas modalidades enunciativas, de unas estrategias discursivas y esas diferencias nos conducen a plantear un problema que pasa por la visualización de la formación de unos nuevos objetos de saber, de unos nuevos conceptos y de una nueva formación discursiva: la *biomedicina*.

La biomedicina es la disciplina científica que tiene como objeto de saber la vida humana; después de Marie-François Xavier Bichat (1771-1802), busca explicar ese objeto de saber a partir de su constitución orgánica. El surgimiento de la medicina moderna no tiene que ver con la apertura de una forma de ver cuerpos y enfermedades con un margen de claridad que no se tenía antes. No es un ver sin concepto. Es decir, no hacemos referencia al paso de la ceguera a la visibilidad, de la oscuridad a la luz del progreso y de las ciencias modernas. Se trata –con el surgimiento de la biomedicina– de un cambio en el modo de organizar la relación entre la observación y el discurso, entre lo visible y lo enunciable. Según esta discontinuidad, se produce una alianza entre una manera de ver y una forma de decir. Una verbalización del cuerpo que es, a la vez, un nuevo estilo de mirada.

El nuevo modo de organizar la visibilidad (la mirada clínica) y el discurso sobre el cuerpo característico de la medicina clínica se producen a través de la articulación, entre fines del siglo XVIII y el primer cuarto del XIX, de una forma múltiple de espacialización que se encontraba dispersa en la época clásica, siglos XVII y XVIII. La época clásica fue ese período de la medicina taxonómica, a la que ya nos hemos referido, que caracteriza las enferme-

dades como especies naturales, organizándolas en grupos y familias bajo el modelo de la botánica.

En la época clásica, tres tipos de espacialización aparecen sin articulación. La espacialización primaria, según la cual la enfermedad está configurada no en el cuerpo individual, sino en un orden taxonómico, cuadriculada en familias y clases de enfermedades agrupadas según sus síntomas. La espacialización secundaria, que localiza la enfermedad en un sujeto enfermo, percibido como paciente, sin tener en cuenta la instancia del hospital y la mirada pedagógica del grupo que aprende la mirada médica allí. La espacialización terciaria, que son los gestos que en el conjunto de la sociedad invisten de contenidos médicos, es el lugar de la institucionalización de la enfermedad, por la que una formación social moviliza una serie de prácticas diversas: formas de exclusión, modos de asistencia, formas de enseñanza y percepción de la muerte (Foucault, 1963, 14).

Estas espacializaciones se refieren entonces a unas formas de existencia del discurso (taxonomía médica), a una forma de ser sujeto (el paciente enfermo en su domicilio o en el hospicio), y a la función de las instituciones. Entre los sujetos, las instituciones y los discursos, no existe articulación en la época clásica. Esa articulación se producirá con el comienzo de la medicina moderna, a través de la espacialización terciaria, que hará posible la reorganización de la medicina y el nacimiento de la mirada clínica.

La discontinuidad que hace visible el cambio de la medicina clásica a la medicina moderna y a la mirada clínica se opera con un cambio en la forma sintáctica de los elementos que componen la medicina y no completamente a nivel semántico. La reorganización institucional de la medicina y especialmente el papel de los hospitales permitió fusionar tres espacios de intervención médica, hasta enton-

ces completamente separados: la nosografía (clasificación de las enfermedades), su inscripción en el organismo individual del paciente y la preocupación social por los problemas de salud pública.

EL MODELO ANATOMOPATOLÓGICO Y LA FUNCIÓN CLÍNICA

Con Bichat se penetra en el volumen del cuerpo (Foucault, 1963, 132); nace una *medicina anatomopatológica* que busca detectar las lesiones orgánicas causantes de los síntomas. La medicina de Bichat es localizacionista. Busca ubicar la enfermedad en la anomalía del tejido o en el trastorno de la forma del órgano. Ya no se trata de elaborar el mayor número de cuadros nosológicos posible, sino de ubicar la nosología en el órgano, en el tejido, en la lesión o en la inflamación.

Son los análisis de Bichat los que marcan la primera discontinuidad constitutiva de la biomedicina moderna. Antes de él, la enfermedad atraviesa los vivientes, pero no les pertenece. La enfermedad estaba por fuera de los enfermos, seguía sus propias leyes y perseguía sus propios fines. Con Bichat, el enfermo deviene volumen, deviene composición des-ordenada de órganos que forman el organismo. Ese volumen que toma cuerpo en el cuerpo humano es condición de posibilidad de la medicina anatomopatológica. Sin volumen, sin profundidad orgánica, sin referencia a una forma definida como normal para cada órgano, sin una relación ordenada de la posición que toman los órganos en cada cuerpo, no es posible entender las patologías, no es posible entender la anatomopatología. Lo que comienza a existir es una relación entre forma y vida, cuyo lugar de visibilidad es la muerte. Con Bichat, es que el viviente, como portador de la muerte, es objeto de saber.

La muerte no está ya más separada de la vida, sino que está integrada a ella, incluso como factor de explicación. Es con la muerte, a través del estudio de cadáveres, que se entiende la vida. La muerte explica la vida. No sólo el objeto clínico no escapa a la historia, sino tampoco la muerte. Ella deviene objeto de saber y cobra un valor epistemológico fundamental con el nacimiento de la biomedicina (Foucault, 1963, 143).

La relación entre forma y vida se estudia y se entiende con la disección de cadáveres. Lo que se ve en los cadáveres con los conceptos *órgano, tejido, lesión e inflamación*, posibilita no sólo ese ver, sino también un decir. El ojo que ve, habla. El ojo biomédico habla acerca de lo que ve y enseña a ver y a hablar. Lo que también cobra historicidad es esa relación pedagógica con la mirada. Un paciente o un cadáver no sirven solamente para comprender una patología, sino también para enseñar a ver. Para producir otros ojos que hablen.

El lugar de realización de esa mirada tendrá unas condiciones específicas de aislamiento, de distribución de las patologías, de organización de las funciones de quienes allí laboren, con el fin de convertirse en una máquina que cura. El hospital es máquina para curar porque hace ver lo que se puede decir. Produce un decir pertinente y preciso con respecto al orden biológico del cuerpo y a sus anomalías. Pero ese decir lo hace a través del ver. Hay que ver lo que se dice de lo que se ve, para poder ver, decir, entender y curar. El espacio idóneo para la mirada clínica es el hospital, pero también el cuerpo enfermo. Esta mirada, en condiciones espaciales epistemológicamente precisas (el hospital es también una máquina de conocimiento), ve un volumen corporal que también es espacio. Históricamente emerge, entonces, un devenir sentido del cuerpo como espacio, como volumen, como forma que contiene otras formas que se relacionan entre ellas.

El cuerpo humano no es un invariante histórico, sino que a comienzos del siglo XIX se convierte en un objeto histórico, en un objeto discursivo privilegiado para la biomedicina. La medicina moderna busca entender la vida en el cuerpo, comprendiéndolo como espacio con configuraciones espaciales específicas. La relación forma-vida es también relación sentido-espacio. La relación forma-vida-cuerpo, sentido-espacio-biomedicina es histórica y existe según unas condiciones específicas que estamos mostrando aquí. No existe continuidad del cuerpo; la experiencia clínica produce un cuerpo humano históricamente nuevo. El discurso biomédico es una práctica que forma el objeto cuerpo que ve y del que habla según unas reglas de formación discursiva precisas.

Para entender el surgimiento de un saber es necesario aprehender en los documentos los objetos, los conceptos y las estrategias discursivas que comienzan a relacionarse con esa emergencia. Es necesario atraparlos en la dispersión y en las relaciones que les son propias. La relación vida-muerte-enfermedad-verdad existe sólo en las condiciones históricas que estamos ahora estudiando.

LA ANATOMOPATOLOGÍA COMO ANATOMOPOLÍTICA

Hacemos visible, así, un cuerpo humano moderno con órganos ordenados según un orden biológico interno y normativo; cuerpo producido por un saber en tanto objeto discursivo configurado según unas reglas de formación discursiva. Este cuerpo, en la modernidad, comienza a existir como viviente medicalizado, inscrito en las reglas normativas de producción de saber del discurso biomédico que comienza a constituir su positividad en relación con la oposición orden biológico-anomalía, orden normal-trastorno patológico.

Para la biomedicina, la enfermedad o la disfunción es desviación de esa norma fija que le da positividad al discurso médico, está por fuera de la norma y por eso la biomedicina normaliza para hacer entrar al enfermo en la salud. La práctica biomédica se orienta al restablecimiento de una normatividad en la que se determina el contenido de la salud. Las disciplinas biomédicas trabajan para restablecer la norma. Además, esas disciplinas biomédicas cuadriculan el cuerpo a través de una patología atomizada que no reconoce la corporeidad ni en su movilidad, ni en sus capacidades según sus repuestas fisiológicas singulares, sino que la considera como un todo-objeto-natural-divisible y designable.

La medicalización es, en gran parte, normalización y confiscación de la potencia del cuerpo. Esa postura normativa de la biomedicina juega y jugará siempre un rol decisivo en la gestión de la existencia humana. La biomedicina es una disciplina científica de lo normal. El principal problema para la biomedicina no es el de la salud, sino el de la normalidad, como lo muestra Foucault. La medicina cura a través de un proceso de normalización producido desde esa postura normativa que le otorga carácter inmanente a la norma biológica. El orden biológico normativo de la biomedicina y en especial el de la fisiología, que en seguida veremos, es un acontecimiento histórico conectado con los procedimientos de normalización y de regulación de la vida humana, característicos de la modernidad.

El saber biomédico penetra en los cuerpos como gran poder normalizador. Sin embargo, cuando hablamos de poder, no estamos diciendo “represión”, “dominación”, “subyugación”. El poder es fuerte en la medida en que produce efectos positivos a nivel del saber. El poder, lejos de estorbar al saber, lo produce. Es a partir de un saber sobre el cuerpo que la medicina puede ejercer relaciones de poder a través de procedimientos de norma-

lización presentes en la serie diagnóstico-tratamiento-poder terapéutico-cura-normalidad. El poder de normalización de la medicina está articulado a esa forma de positividad que toma como referente la separación normal-patológico.

Es así como la experiencia anatomopatológica produce también una *anatomopolítica*. El cuerpo biomedicalizado de la anatomopatología es también un cuerpo normalizado y anclado en las condiciones de saber y de poder producidas por la positividad de las disciplinas científicas biomédicas. Es innegable que la medicina se propone curar, pero también es innegable que cura con referencia a la norma considerada como un punto fijo. No hay singularidad existencial, corporal y fisiológica como diferencia dentro de otras diferencias biológicas y vitales.

Existen patologías de origen orgánico, fisiológico, microbiótico y mental cuya explicación positiva tiene un referente de normalidad que anula las particularidades. Los órganos de la biomedicina están inscritos en un orden biológico que, a su vez, produce un ordenamiento político de los sujetos en relación con la normalidad. Cada sujeto es un paciente posible en la medida en que el surgimiento de la enfermedad delata su anomalía y su anormalidad. Cada grupo de sujetos enfermos (los del sida, por ejemplo), puede constituir una sociedad que pone en peligro la salud y la normalidad de la población, porque el carácter transmisible de su enfermedad y los hábitos con que la han contraído alteran o ponen en riesgo las condiciones de normalidad biomédicas.

En síntesis, hasta aquí, el método anatomopatológico se acompaña del método anatomoclínico que establece un nexo entre vida y muerte en la percepción del cuerpo enfermo. La clínica tiene como función detectar las profundidades del cuerpo, apoyada en el examen anatomopatológico que observa la vida del

cuerpo en el espejo de la muerte. La enfermedad es como una muerte que es posible en vida o como el trabajo sordo de la muerte en la vida. Y la vida, según Bichat, es el conjunto de fuerzas que resisten a la muerte. Es porque podemos morir que nos enfermamos. Y es porque la vida tiene fuerza vital, que viene de ella misma, que resiste a la muerte.

Pero no se trata sólo de explicar la vida a través de la muerte o de utilizar la muerte para producir verdad acerca de la vida, sino también de gestionar, a través de la medicalización de los sujetos, la existencia humana según unos parámetros positivos que oponen lo normal a lo patológico y que la dan primacía a lo normal en la definición de los contenidos inherentes a la salud humana. Entonces, la medicalización de los sujetos y de la sociedad consiste en alejarnos de todo aquello que altere su normalidad. Lo que deviene preocupación es la salud del cuerpo, porque a través de ella hacemos visible la normalidad. La sociedad y los sujetos devienen medicalizados, es decir, preventivos.

FISIOLOGÍA E HIGIENE EN LA MEDICINA DE LAS FIEBRES

Broussais (1772-1838) elabora otra discontinuidad constitutiva de la biomedicina y produce una relación entre fisiología, patología, espacio y población. En 1832, una epidemia de cólera azota París, produciendo una fuerte mortalidad (cf. Delaporte, 1990). Los enfermos del cólera eran quienes estaban sometidos a las condiciones más insalubres en la ciudad: artesanos pobres y obreros que vivían hacinados alrededor de vertederos de aguas pútridas y de lugares de acumulación de basuras. Para Broussais, la muerte que produce el cólera se debe a una fiebre alta, a vómitos y a diarrea que terminan con el sujeto enfermo por deshidratación. La fiebre no pone en cuestión el funcionamiento de un órgano en particular, sino que afecta el organismo entero.

La fisiología en Bichat estaba relacionada con la patología, especialmente en el caso de la gastroenteritis, con el fin de observar la especificidad de la inflamación gastrointestinal. Con Broussais, el problema biomédico fundamental no va a ser el darle un lugar a la enfermedad relacionándola con la inflamación de un órgano, sino que se trata especialmente de entender las causas que producen la enfermedad y las alteraciones fisiológicas que afectan todo el organismo. Para Broussais, la fiebre se produce por desequilibrio de los fluidos internos del organismo, es decir, la relación que Broussais propone entre fisiología y patología es completamente diferente a la de Bichat. La fiebre que produce el cólera trastorna toda la función orgánica. Con Broussais, pasamos de una medicina localizacionista (la de Bichat), con énfasis en una versión ontológica de la enfermedad, la cual busca definirla como una entidad con contenidos específicos, a una medicina que se preocupa por entender los desequilibrios que producen en el organismo los miasmas o gérmenes que se encuentran en los excrementos y en las aguas pútridas.

Broussais exige una reforma en las políticas de la salud que no beneficien exclusivamente al hospital y una reforma hospitalaria que introduzca en el hospital preocupaciones sanitarias generales que se ocupen de higienizar el espacio público. El problema en la medicina de Broussais no es el enfermo ni la enfermedad, sino las causas que llegan a producir enfermedad. El problema es el espacio y la población. Por eso la reforma de Broussais busca medicalizar (crear condiciones preventivas), pero de una manera distinta a la de Bichat. No es la primacía del hospital como máquina para curar, es la primacía de políticas sanitarias que afectan la ciudad, el espacio rural que la rodea y en especial los puertos, ya que el cólera entró a Francia por los puertos.

Se forman así nuevos objetos de saber, nuevos conceptos, nuevas estrategias discursivas

que buscan recomponer la biomedicina en beneficio de cuatro ejes fundamentales: los miasmas, las causas, la higiene y la población. No hay continuidad en la patología. La novedad en patología aquí involucra ya no el órgano y su lesión o la inflamación, sino los miasmas, las fiebres, los fluidos internos y la población. No hay continuidad en la vida como objeto de saber de la biomedicina. Aquí la vida comienza a ser problematizada por fuera del hospital, en el campo de un pensamiento biopolítico que busca diseñar políticas generales con respecto a la higiene, a la natalidad, a la longevidad, a la morbilidad. La medicina de Broussais se debe ocupar de la higiene pública, no en beneficio del cuerpo individual ni del cuerpo social, sino del cuerpo múltiple de la población.

BIOMEDICINA Y BIOPOLÍTICAS

Con Broussais, el poder biomédico se ejerce desde el diseño de unas *biopolíticas*. La hipótesis del *biopoder* es la siguiente: la vieja potencia de la muerte en la que se simbolizaba el poder soberano es ahora recubierta cuidadosamente a través de la administración de los cuerpos y de la gestión calculada de la vida. Desarrollo rápido de disciplinas diversas: hospitales, escuelas, colegios, talleres, fábricas, cuarteles. Aparición también, en el campo de las prácticas biopolíticas y de las observaciones económicas, de consideraciones acerca de la natalidad, de la longevidad, de la salud pública, del hábitat, de la migración de las poblaciones. Surgimiento explosivo, entonces, de técnicas diversas y numerosas que tienen como objetivo sujetar a los cuerpos y controlar las poblaciones (Foucault, 1976, 184). De esta manera, aprendemos poco a poco lo que es ser una especie viviente en un mundo viviente, tener un cuerpo, condiciones de existencia, probabilidad de vida, salud individual o colectiva, fuerzas que se pueden modificar y un espacio en el cual esas fuerzas se pueden repartir de manera óptima. Por primera vez

en la historia, lo biológico entra en lo político (c.f. Foucault, 1976).

Es el Estado moderno el que realiza el biopoder. La palabra clave para entender el funcionamiento del Estado moderno es la de *prevención*: la vida de cada uno es un factor de riesgo para los otros. Las biopolíticas que genera la biomedicina desde Broussais deben ser políticas de Estado; por esto, la obligación del Estado es hacer que cada quien se conduzca de la manera más profiláctica posible. El Estado tiene la obligación de gestionar la vida de la población con el fin de preservarla contra ella misma y permitirle realizar potencialidades económicas que enriquezcan al Estado y a los sujetos. La riqueza fundamental para el Estado moderno es la vida. Es entonces la vida la que debe protegerse. El Estado moderno vigila el derecho a la vida. Lo que da derecho no es lo que uno hace de su vida, sino el hecho mismo de ser un viviente y de tener necesidades para satisfacer. El problema no es entonces el de la libertad: la libertad no tiene un gran valor, sino el hecho de ser un viviente. De ahí la insistencia en cuanto a la gestión de los anormales. También en ellos hay una riqueza que es necesario saber explotar. Al Estado moderno lo une la idea de que es necesario proteger al viviente para explotar las potencialidades generales de la vida. En el Estado moderno, se trata de una economía de la vida que garantiza el funcionamiento de una economía de las riquezas materiales.

En este contexto, entonces, es evidente la fuerza que adquirió el poder biomédico y todos los especialistas de la vida. La institucionalización de esta forma moderna de Estado se hace a través del desarrollo de un pensamiento de tipo positivista que objetiva la población como un ser vivo: el hombre moderno saca su vida de la población a la cual en sentido propio él pertenece. Las doctrinas de solidaridad, de fraternidad, pero también las racistas y las eugenistas, están relacionadas con esta concepción de la población como un

ser viviente. Los hombres son solidarios, viven los unos de los otros; pero para que la solidaridad se dé en el bien de la población, los modelos de funcionamiento como los objetivos de las políticas solidarias tienen que ser de tipo biomédico (Ewald, 1985).

La modernidad con Broussais y después de él, se caracteriza por una conjunción de las relaciones saber-poder en relación con el tema de la vida. Una vida que desde ese momento la biomedicina comienza a gestionar técnicamente.

EL MODELO FISIOPATOLÓGICO

El modelo fisiopatológico involucra la atomización del cuerpo, la delimitación positivo-estadística de la frontera entre lo normal y lo patológico, el anclaje del cuerpo en una normalidad positiva y formalizada, la atribución de un valor negativo a la enfermedad concebida como error. Según este modelo biomédico, la enfermedad es producida por la exageración o el déficit de una secreción. Es decir, por un movimiento celular que se libera de su control.

Según Claude Bernard (1813-1878), la no utilización de azúcares que caracteriza la diabetes no se explica solamente por la insuficiencia pancreática, sino que el cuerpo es inundado de cuerpos cetónicos que provienen de grasas no quemadas que terminan produciendo un estado de acidez, provocando la caída en el coma diabético. El desarrollo fisiológico propio a esta enfermedad organiza la escena patológica a través de un fenómeno antiinmunitario. El enfermo, así, crea su propia enfermedad. De esta manera, el estudio de la función glucogénica del hígado sirvió como modelo para determinar la formación de la medicina fisiopatológica.

Si bien la condición de posibilidad de esta medicina está en Broussais y en el objetivo

que Claude Bernard se había trazado desde la perspectiva de Broussais, de comprender la fisiología general del organismo a través de una medicina experimental que involucrara el laboratorio, la elaboración de protocolos experimentales y una relación directa con la bioquímica y la física, el producto de la medicina bernardiana poco tendrá que ver con ese objetivo. Al final, no sólo no se produce una comprensión general del organismo a través del estudio de todas sus fisiologías y de sus mecanismos de integración, sino que se inaugura el estudio de fisiologías aisladas, donde priman las formas de explicación bioquímicas y físicas y se deja de lado la explicación biológica del problema del funcionamiento de la vida a través de sus relaciones (c.f Georges Canguilhem, 1966). Esas fisiologías aisladas producirán la medicina que atomiza el cuerpo en especializaciones desconectadas y acentuará, en la comprensión fisiológica, la explicación bioestadística elaborada con ayuda de parámetros bioquímicos y biofísicos.

Según Canguilhem, quien ha estudiado a fondo la medicina bernardiana, a partir de ella, el peor enemigo de la medicina es la medicina misma, debido al dogmatismo al que ha cedido. Para Canguilhem, el cuerpo es un todo, no un encajamiento de órganos. Las partes reaccionan no sólo las unas sobre las otras, sino con las otras. Además, la enfermedad no sólo no es un error negativo, sino que es a través de ella que se aprende a restablecer la salud. La enfermedad también innova movilizándolo el organismo en relación con las defensas y con las patologías.

LA MEDICINA MICROBIANA Y EL MODELO ETIOPATOLÓGICO

Este modelo etiopatológico también tiene condiciones de posibilidad en la medicina de Broussais. Concibe la enfermedad como la entrada en el organismo de un parásito enemigo que se desarrolla utilizando la informa-

ción de su huésped. Supone una causalidad determinable que prescribe modos de actuar, especialmente en los sistemas de gran coherencia entre diagnóstico y terapéutica. Los conceptos *vector*, *huésped*, *factores epidemiológicos*, *vacunas*, *bacilos*, *hongos*, *bacterias* y luego el de *virus* orientarán gran parte de la medicina a utilizar la experimentación y los cultivos *in vitro*, para determinar el funcionamiento de los parásitos y las vías que utilizan para infectar el organismo humano.

LA CRISIS ACTUAL DE LOS MODELOS BIOMÉDICOS Y LA ALTERNATIVA LITERARIA

Hemos mostrado que la preocupación por la normalidad de los sujetos y por la salud de la población sustituyó a la preocupación por su salvación. La medicina anatomopatológica instituye la muerte como forma de conocer la vida. El cadáver abierto y exteriorizado es la verdad interior de la enfermedad. Es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo. Lo que se modificó con la biomedicina fue la relación con la enfermedad a través de la medicina de la fuerza laboral. La salud comienza a tener un valor económico. Se elaboran políticas de la salud, de la higiene pública y privada, con el fin de mantener sana la fuerza laboral. A partir del siglo XIX existe una sola medicina de valor universal, pero con dos campos de aplicación distintos: el hospital para las clases necesitadas y la profesión liberal para los adinerados.

La clínica es, probablemente, el primer intento desde el Renacimiento de formar una ciencia únicamente sobre el campo perceptivo y una práctica sólo sobre el ejercicio de la mirada. Ese ejercicio lo realiza el médico, a través del estatuto que define sus competencias y sus límites, sus relaciones con otros grupos y con la sociedad, su definición reivindicada de ser el personaje que posee el poder de conju-

rar el sufrimiento y la muerte. Estas modificaciones, surgidas en el contexto de la sociedad industrial preocupada por la salud de las poblaciones y por la fuerza laboral, fueron decisivas en la definición de los niveles de productividad y de competitividad del capitalismo moderno (Ewald, 1985).

Con respecto a este poder normalizador de la biopolítica, la literatura nos permite tomar posiciones éticas con respecto al monopolio de la salud, a la posibilidad de curarse por otras vías no medicalizadas, a entender la relación sujeto-población-enfermedad con parámetros no sólo normalizantes y sometidos al miedo a la muerte, sino también vitalistas.

LA TUBERCULOSIS EN *LA MONTAÑA MÁGICA* DE THOMAS MANN (1924)

Cuatro siglos antes de Pasteur, un médico italiano, Fracastor (1478-1553), clasifica la tisis en el grupo de las enfermedades infecciosas y contagiosas; hasta ese entonces se la creía hereditaria. Estos dos aspectos de infección y de contagio se olvidan rápidamente. De ahí que el cuadro que presenta el sanatorio en *La montaña mágica* no sea en un principio un cuadro clínico en el que reine el temor por el contagio. Thomas Mann describe esta “negligencia”, producto del desconocimiento de las causas de la enfermedad. Hans Castorp «se dirigía en pleno verano desde Hamburgo, su ciudad natal, a Davos-Platz, en el cantón de los Grisones. Iba allí a hacer una visita de tres semanas» (Mann, 2001, 13). Hans, como turista desprevenido, hace una visita de verano a su primo Joachim, quien se encuentra recluido en un sanatorio. Ni Hans ni Joachim pueden presentir las consecuencias de esta “corta” visita. Sin embargo, desde el primer encuentro, el doctor Behrens, director del sanatorio, apuesta a que «Hans sería mejor en-

fermo que su primo», insiste para que Hans se haga examinar y quede clasificado como enfermo. Y a pesar de que Hans está seguro de estar sano y de paso, como Ulises en el reino de las sombras, unos capítulos más adelante pasará de ser visitante a ser camarada, con el termómetro debajo de la lengua tomándose constantemente la temperatura. Krokovski, el ayudante de Behrens, se siente complacido de que las relaciones con Castorp hayan «entrado en una nueva fase».

Existe un sentimiento de indiferencia hacia la muerte en un ambiente en el que cada cual está a la espera de su propio decreto de muerte, que podría explicarse como una especie de “fascinación por la muerte”, en la que el hombre toma consciencia de lo trágico de su existencia. Y es que el tuberculoso «estaría como de visita en la tierra», como dice Thomas Mann escribiendo sobre la tuberculosis de Chekov.

La estadía de Hans en el Berghof, es como una larga noche de insomnio o como una pesadilla. Hans gana y pierde quedándose con los de arriba. Pierde, en el sentido de que deja interrumpida su vida profesional. Gana, pues logra dar a su vida un sentido más elevado y más profundo. Castorp es un hombre sano, elegido por la enfermedad; ésta, si no logra despertar en él una genialidad artística, por lo menos sí le permite adentrarse en el mundo del humanismo, ilustrado por el tuberculoso Settembrini.

Dice Hans de Settembrini:

Es un pedagogo humanista, no hay duda. No cesa de darte lecciones, bien bajo la forma de anécdota o de forma abstracta. ¡Y habla de tantas cosas! Nunca hubiera imaginado que se pudiese hablar de cosas semejantes, ni siquiera comprenderlas.

Si le hubiese encontrado en la llanura, seguramente no le hubiera podido comprender (Mann, 2001, 277-278).

Gana, en el sentido de abandono de sí mismo que permite vivir el sanatorio. Los enfermos se sienten protegidos y liberados de toda responsabilidad, pues Behrens impone las reglas, vigila su comportamiento, su comida. Pierde, en el sentido de que se vuelve pasivo, como todos los demás enfermos del sanatorio, consumidores de comida y medicamentos. Gana, pues la enfermedad le sirve para experimentar una pasión que en la llanura nunca hubiera podido experimentar. Gracias a la tuberculosis puede dar rienda suelta a su pasión por Madame Chauchat, mientras que los síntomas exteriores de su amor se confunden –como en *El amor en los tiempos del cólera*– con los síntomas de la enfermedad.

Estar en buena salud parece ya ser banal y vulgar para Hans. En tanto que tuberculoso, su imagen cobra importancia ante Madame Chauchat y ante sí mismo. La tuberculosis permite la promoción de la imagen de sí mismo, tristeza y tuberculosis se convierten en sinónimos y característicos de época y rango. Novalis decía que el ideal de una salud perfecta sólo interesa a los científicos. La salud ya no interesa a Hans, de manera que cuando el doctor Behrens le anuncia que está sano y que se puede marchar, se llena de horror, «Había adquirido la costumbre de vivir así y ese género de vida le resultaba agradable, era el único que podía imaginar y que le concedía la ventaja de hallarse tendido al abrigo y de poder reflexionar en todo» (Mann, 2001, 580-581).

Tenderse bajo el frío –el bacilo de Koch es resistente al frío, idea contraria a la aplicada en los sanatorios de la época de *La montaña mágica*–, emprender largas caminadas, discutir, intercambiar ideas con Settembrini, presenciar las discusiones entre Settembrini y Naphta, era ahora la única forma de vida posible.

Estar sano era para Hans un enorme problema, era una manera de negar la vida inespe-

rada que se había construido allí; una vida en la que la espera por el regreso de Clawdia Chauchat era tan sólo uno de los elementos que lo mantenían aferrado a la montaña. Así que cuando el tío James, informado por Joachim del estado de buena salud de la que gozaba Hans, sube hasta el Berghof en su busca, parece que se quisiera repetir la historia de Hans visitando a su primo Joachim. La visita no tiene ningún efecto convincente sobre Hans y el tío James parte de manera súbita, a la madrugada, aterrorizado de que se le quiera clasificar a la fuerza como enfermo, «feliz por haber huido sano y salvo: burgués fugitivo hacia la bandera de la llanura» (607).

FINALE

La ética involucra la relación que cada quien construye con los demás. En la medida en que la biomedicina ha jugado un papel determinante en la organización de nuestra relación con nosotros mismos y con los demás, es pertinente mantener el discurso biomédico en una constante aproximación crítica. Para tener en cuenta la literatura en dicha aproximación, hemos elaborado este texto que no promete una emancipación, una liberación del discurso biomédico, sino, más bien, que inicia la construcción de una ética de nuestros diferentes modos de existir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARD, Claude (1966). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion.

CANGUILHEM, Georges (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: P.U.F.

DELAPORTE, François (1990). *Le savoir de la maladie. Essai sur le choléra de 1832 à Paris*. Paris: P.U.F.

EWALD, François (1985). "Le bio-pouvoir". *Magazine Littéraire*. No. 218, Paris. (avril). pp. 42-43.

FOUCAULT, Michel (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: P.U.F.

_____ (1976). *La volonté de savoir*. Paris: Gallimard.

MANN, Thomas (2001). *La montaña mágica*. Traducido por Mario Verdager. Barcelona: Plaza & Janes.

BIBLIOGRAFÍA

DELAPORTE, François. *Filosofía de los acontecimientos*. Traducido por Martha Pulido. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Universidad Nacional, sede Medellín; Amiens (Francia): Universidad Jules Verne, 2002

_____ *Les Épidémies*. Paris: Cité des sciences et de l'industrie, 1995.

ISAAC, Joseph. *Erwing Goffman et la micro-sociologie*. Paris: P.U.F., 1998.

LINDEMANN, Mary. *Medicina y sociedad en la Europa moderna, 1500-1800*. Madrid: Siglo XXI, 1991.

GRMEK, Mirko D. *Historie du sida*. Paris: Payot, 1989,1990.

ORIOLO y ANGUERA. *Historia de la tuberculosis*. Madrid: Salvat, 1944.

RUFFIÉ, J. et SOURNIA. *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*. Paris: Flammarion, 1984.

SONTAG, Susan. *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*. Traducido por Mario Muchnik. Madrid: Taurus, 1998.

REFERENCIA

CASTRILLÓN ALDANA, Alberto y PULIDO CORREA, Martha Lucía. "Biopolítica y cuerpo: medicina, literatura y ética en la modernidad". En: *Revista Educación y Pedagogía*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Educación. Vol. XV, No. 37, (septiembre-diciembre), 2003. pp. 187 - 197.

Original recibido: junio 2003

Aceptado: agosto 2003

Se autoriza la reproducción del artículo citando la fuente y los créditos de los autores.

