



TESIS DOCTORAL

**VALORES Y ESTILOS DE VIDA EN LA MODERNIDAD AVANZADA: LAS
MEDICINAS ALTERNATIVAS Y LA INDIVIDUALIZACIÓN SOCIAL.**

Matilde Panadero Díaz

Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología

Departamento de Sociología

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

2008

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

**VALORES Y ESTILOS DE VIDA EN LA MODERNIDAD AVANZADA: LAS
MEDICINAS ALTERNATIVAS Y LA INDIVIDUALIZACIÓN SOCIAL.**

Autora

Matilde Panadero Díaz

Director de Tesis

Eduardo Bericat Alastuey

INDICE

Introducción.....	7
-------------------	---

PRIMERA PARTE

Capítulo 1. De la sociedad moderna a la sociedad postmoderna: las medicinas alternativas y el cambio cultural.....	12
1. La dualidad epistemológica en la Sociología.....	13
2. La medicina y los procesos de cambio social.....	17
3. Modernidad y medicina científica.....	20
3.1. Los tres grandes procesos de la sociedad moderna y su cristalización en la medicina científica.....	24
3.1.1. El proceso de mercantilización: la medicina como valor de cambio.....	26
3.1.2. El proceso de diferenciación: la medicina como una profesión	28
3.1.3. El proceso de racionalización: la burocratización de la medicina.....	29
4. Postmodernidad y medicinas alternativas.....	30
4.1. Medicina científica versus medicinas alternativas.....	33
4.2. El cambio postmoderno y su cristalización en las medicinas alternativas.....	40
4.2.1. La “recuperación de la tradición”.....	41
4.2.2. La emergencia de nuevos valores y nuevos estilos de vida.....	45
4.2.3. El surgimiento de nuevas identidades sociales.....	49
4.2.4. La crítica a la ciencia y la tecnología.....	54

SEGUNDA PARTE

Capítulo 2. La medicina en la sociedad tradicional.....	59
1. Los <i>saberes</i> médicos en la sociedad tradicional.....	60
2. El pluralismo médico en la sociedad tradicional.....	68
Capítulo 3. El proceso de profesionalización de la medicina.....	77
1. La génesis de la profesionalización de la medicina.....	78
2. La profesionalización de la medicina.....	84

Capítulo 4. Los paradigmas científicos del mundo moderno: el mecanicismo y el panvitalismo y su influjo en la medicina.....	92
1. El nacimiento de la medicina científica moderna: la inevitable ruptura con los fundamentos epistemológicos de la ciencia medieval.....	93
2. La huella del mecanicismo en la ciencia médica moderna.....	100
3. Los surcos del panvitalismo en la ciencia médica moderna.....	102
4. La herencia de la visión panvitalista del mundo: las corrientes vitalistas en los siglos XVII y XVIII.....	105
4.1. Las tradiciones médicas del Vitalismo.....	111
Capítulo 5. Los principales sistemas médicos alternativos durante los siglos XVIII y XIX.....	113
1. La homeopatía: el contexto social e histórico en el origen de una terapia heterodoxa.....	114
1.1. Las leyes sustentadoras de la homeopatía.....	115
1.2. El concepto de salud y enfermedad en Hahnemann.....	118
1.3. Samuel Hahnemann: un breve bosquejo biográfico.....	119
1.4. Las bases filosóficas de la medicina homeopática.....	122
1.4.1. El principio hipocrático de la similitud y su influencia en la terapia homeopática.....	122
1.4.2. La fuerza vital o <i>archeus</i> en Paracelso.....	124
1.4.3. El influjo de la Naturphilosophie.....	127
1.4.4. El Vitalismo: el principio vital de la existencia.....	134
2. El mesmerismo: el “fluido animal” impregnador del universo.....	135
3. La medicina natural en el Romanticismo.....	140
3.1. El Romanticismo: el movimiento de la unidad de la naturaleza.....	142
3.2. El herbalismo: la fuerza sanadora de la vida.....	144
3.3. La hidroterapia: el poder curativo del agua.....	145
4. Situación actual de las medicinas alternativas.....	149

TERCERA PARTE

Capítulo 6. Metodología de la investigación.....	154
1. La formulación de las hipótesis.....	155
2. Hacia un pluralismo metodológico.....	156

3. Tipos de fuentes y técnicas de investigación utilizadas.....	158
3.1 Fuentes directas y técnicas cualitativas.....	159
3.2 Fuentes indirectas y técnicas cuantitativas.....	163

Capítulo 7. El diálogo virtual entre profesionales de la medicina alternativa y convencional.....	165
1. La cuestión controvertida de los principios básicos de la homeopatía.....	166
2. La polémica suscitada en torno al método de la homeopatía.....	181
3. La concepción divergente de la enfermedad: ¿desequilibrio dinámico o alteración bioquímica?.....	194
3.1. ¿Una mirada diferente hacia el cuerpo humano?.....	205
4. La salud: <i>el silencio de los órganos</i>	212

Capítulo 8. La cultura postmoderna del usuario de medicinas alternativas..	217
1. De la seguridad material a la autoexpresión postmaterial: la encrucijada entre la pluralidad y la diversidad.....	218
1.1. La senda hacia la autorrealización: la búsqueda del <i>sentido</i> y de la autoafirmación.....	219
1.2. El trayecto hacia la diferenciación: la búsqueda del bienestar y de la calidad de vida.....	228
2. De lo “Nuevo” a lo “Viejo”: el <i>reencuentro</i> con prácticas tradicionales.....	239
2.1. La fusión de antiguas tradiciones orientales y occidentales: un exponente del giro cultural.....	239
3. De la racionalidad tecno-científica moderna a la <i>irracionalidad</i> postmoderna: el tránsito hacia la mutación cultural.....	244
3.1. El escepticismo en la medicina científica: la atención despersonalizada.....	245
3.2. La confianza en la medicina alternativa: la atención integral.....	257

Capítulo 9. El consumo de medicinas alternativas en Europa: una aproximación a la estructura social.....	266
1. Trazos y bosquejos de los nuevos usuarios de medicinas alternativas...	267

1.1. La dimensión cuantitativa y la distribución por países.....	267.
1.2. Rasgos y perfiles de los consumidores de medicinas alternativas.....	269
2. El desvelado fenómeno de los nuevos usuarios de medicinas alternativas.....	272
2.1. La intensa participación política y social de los usuarios alternativos.....	272
2.2. Valores culturales de los consumidores de medicinas alternativas.....	278
2.3. Sociabilidad versus individualismo.....	282
2.4. El trabajo: iniciativa y estabilidad.....	285
2.5. La salud en los consumidores de medicinas alternativas.....	287
2.5.1. Diferentes medicinas para distintas dolencias.....	293
CONCLUSIONES.....	295
BIBLIOGRAFÍA.....	300

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

Si la medicina forma parte de la sociedad y la sociedad forma parte de la medicina, el análisis de las medicinas alternativas es también el análisis de los actuales procesos sociales y culturales. Esta es la vertiente que se expone en esta tesis, cuyo sostén es indagar en las terapias alternativas, como una excusa que sirve para interpretar las dinámicas sociales y culturales en las que están inmersas. Esta tesis es una investigación pionera ya que constituye una indagación sociológica sobre un fenómeno emergente de nuestra realidad social y cultural, sobre el que hay aún escasa literatura sociológica. Hay encuestas que, no obstante, dan cuenta de este hecho social (Eisenberg y otros, 1998), (Zollman y Vickers, 1999), así como diversos estudios realizados (Fisher y Ward, 1994), (Sharma, 1996), (Günther y Römermann, 2002). En esta tesis se ha pretendido analizar a la sociedad al mismo tiempo que al individuo, siempre desde el riesgo y la cautela que toda integración epistemológica conlleva. El apogeo de las medicinas alternativas es un exponente de cambios acontecidos en la cultura de las sociedades postmodernas sumidas en un incesante proceso de individualización social. Las fuentes teóricas que ilustran dichos cambios se nutren de autores como Zygmunt Bauman, Ulrich Beck, Ronald Inghart, Anthony Giddens, entre otros, autores que configuran el marco de partida de esta tesis doctoral.

La enfermedad aparece con las primeras expresiones de la vida en su conjunto. De este modo, si atendemos a la historia de la humanidad, se observa que todas las sociedades han hecho frente a la enfermedad de maneras diversas. En este sentido, la existencia de un pluralismo médico es el resultado de la riqueza y variedad cultural de la especie humana. Las distintas formas de medicina son una construcción social, son creaciones humanas, el

producto de determinadas condiciones y de un momento histórico. Así, la modernidad creó las condiciones en las que la medicina científica se vio favorecida como modelo hegemónico frente a otras opciones terapéuticas. La propia modernidad, en una fase más avanzada, ha dado una vuelta de tuerca y ha creado un nuevo escenario en el que múltiples formas de medicina están encontrando su espacio en una sociedad impulsada por procesos progresivos de modernización y de tradicionalismo. De esta manera, la coexistencia de diferentes medicinas como la acupuntura cuyo origen milenario se enraíza en la vieja tradición cultural china, y de terapias recientes como el masaje metamórfico evidencian nuevos hechos sociales. Así, las culturas de la salud entendidas como la adopción de estilos de vida saludable y nuevos valores en torno a la salud son elementos centrales de esta tesis doctoral.

Esta tesis está dividida en tres partes: en la Primera Parte se han analizado los rasgos culturales de la modernidad y la postmodernidad y sus relaciones con la medicina científica y las medicinas alternativas. La Segunda Parte aborda el análisis histórico de las medicinas alternativas y de la medicina convencional. Conocer determinados aspectos históricos ligados al origen de ambas medicinas se ve necesario para entender todo el proceso analizado. La Tercera Parte se compone de dos subapartados, en el primero de índole cualitativa, se ha hecho un análisis cultural de entrevistas realizadas a médicos y a pacientes. Mediante las entrevistas realizadas a médicos se pretende entablar un *diálogo virtual* entre los profesionales de la medicina convencional y la alternativa, con el fin de debatir determinados aspectos vinculados al carácter científico de la homeopatía, así como a la concepción de la salud y la enfermedad. Mediante las entrevistas realizadas a pacientes, se explora en los discursos culturales catalizados a través del uso de medicinas alternativas. Conocer las cosmovisiones simbólicas y culturales de los sujetos expresadas, por medio de la utilización de medicinas no convencionales, nos ha ofrecido

pesquisas que proyectan las visiones postmodernas del mundo. En el segundo subapartado de índole cuantitativa, se ha analizado el consumo de medicinas alternativas en Europa. La Encuesta Social Europea ha sido la fuente principal utilizada para acercarnos a la dimensión cuantitativa y a la distribución del consumo de medicinas alternativas en veinte países europeos. La explotación de los datos de dicha encuesta ha hecho posible aproximarnos a la estructura social de los consumidores europeos de terapias alternativas.

Por último, quiero agradecer al Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) por la ayuda concedida para la finalización de esta tesis doctoral. Quisiera expresar también mi agradecimiento a todas las personas que tan generosamente se prestaron a ser entrevistadas: usuarios de medicinas alternativas y médicos. También a Eduardo Bericat por la confianza que depositó en el proyecto que le presenté en su día, a los compañeros del Seminario Medicina y Filosofía de la Universidad de Sevilla por su acogida y aliento, a Alejandro López y Fernando Gilabert por su valiosa ayuda, y de una manera muy especial a Álvaro Rodríguez Díaz, por su incondicional apoyo personal en todo momento.

PRIMERA PARTE

**CAPÍTULO 1. DE LA SOCIEDAD MODERNA A LA SOCIEDAD
POSTMODERNA: LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y EL CAMBIO
CULTURAL.**

CAPÍTULO 1. DE LA SOCIEDAD MODERNA A LA SOCIEDAD POSTMODERNA: LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y EL CAMBIO CULTURAL.

El capítulo que abre esta tesis doctoral pretende mostrar cómo la medicina es un exponente de los cambios sociales. Se aborda en primer lugar, los procesos de cambio experimentados por la sociedad moderna, más racionalizada y organicista, los cuales afianzaron el desarrollo de la medicina científica. La modernidad sustituyó el orden social estamental fundado en el dominio de la religión, por un orden social nuevo basado en la racionalidad científica y en la moral secular. De ese modo, la medicina científica camina en paralelo junto a los tres grandes procesos de la sociedad moderna: la mercantilización, la diferenciación y la racionalización. En segundo lugar, se explora en los cambios acaecidos a partir del último tercio del siglo XX en las sociedades occidentales más avanzadas, y su cristalización en las medicinas alternativas. Numerosos autores han denominado postmodernidad a ese conjunto de transformaciones. Las medicinas alternativas han registrado un notable incremento en las últimas décadas, lo cual refleja un cambio social y cultural. En este apartado se indaga en aspectos cruciales de la sociedad postmoderna y su relación con las medicinas alternativas. Así, la “recuperación” de la tradición, el surgimiento de nuevos valores y nuevos estilos de vida, el nacimiento de nuevas identidades sociales y la crítica de la ciencia y la tecnología son expresión de un cambio en la sociedad y en la cultura.

1. La dualidad epistemológica en la Sociología.

En todas las sociedades conocidas la tarea de la medicina ha consistido en mantener la salud, además de prevenir y curar la enfermedad. El

Positivismo aportó el método científico a la Sociología, contribuyendo al estudio e interpretación de la realidad social. A partir de ese momento, las enfermedades empezarán a ser examinadas como manifestaciones de las condiciones sociales. En consecuencia, las enfermedades serán estudiadas en relación a la estructura social, a la estructura económica o, como señala Ackernecht (1985), al contexto cultural. La enfermedad ya no es algo que afecta exclusivamente al individuo, sino que concierne a todo el grupo social. De esta manera, uno de los primeros en destacar la influencia de los factores sociales en el origen de las enfermedades, fue el historiador de la medicina Sigerist (1960). Del mismo modo, Rudolph Virchow¹ entendió que la medicina debía formar parte de la vida social y así, conseguiría los objetivos perseguidos. En este sentido, cabe plantearse por tanto, las relaciones existentes entre medicina y sociedad, no sin antes cuestionarse una de las disyuntivas más apremiantes de la sociología: ¿es la medicina o las distintas formas de medicina el resultado de la estructura de la sociedad?, o por el contrario ¿son las acciones de los individuos las que suscitan la medicina o las distintas formas de medicina?

Las primeras orientaciones de la sociología sintonizaban con una visión macro de la realidad social. Los procesos sociales eran susceptibles de ser analizados desde la estructura social. Las relaciones sociales son el producto de la confrontación o del consenso. Desde la funcionalidad durkheimiana, la

¹ Ackernecht (1985) resalta el interés de Virchow por acercar la medicina a las ciencias sociales: “Hace unos cien años, Rudolph Virchow, un hombre de 27 años que se iba a convertir en el ‘papa’ de la moderna medicina biológica durante las siguientes cinco décadas, afirmó que ‘la medicina es una ciencia social’, una afirmación de la que curiosamente nunca se retractó. La verdad fundamental de la tesis de Virchow estuvo durante un tiempo oscurecida por los grandes descubrimientos biológicos de la segunda mitad del siglo XIX, pero durante las últimas décadas se ha impuesto con fuerza entre nosotros en una sociedad que sufre numerosas enfermedades no por ignorancia biológica sino sociológica” (Ackernecht, 1985, págs. 119-120).

sociedad ha de ser analizada de una manera objetiva como si de un acontecimiento de la naturaleza se tratara. Los fenómenos sociales son vistos como elementos externos al individuo. Es la estructura social la que condiciona las acciones de los individuos, la sociedad está por encima de los sujetos y se impone a ellos categóricamente. Desde la óptica conflictual marxista, los individuos agrupados en diferentes clases sociales enfrentadas entre sí, están determinados por el sistema económico, por las relaciones sociales originadas por el capitalismo. Los principales factores del cambio social van a tener un sustrato económico. Una vez más, la estructura social está por encima de los sujetos. En este sentido, la medicina o las distintas formas de medicina existentes a lo largo de la historia serían por tanto, el resultado de la estructura de una sociedad concreta. El planteamiento de la funcionalidad del consenso entendería la medicina como un *hecho social* que presenta una realidad objetiva, y que está por encima de las vidas y experiencias de las personas. La concepción materialista concebiría la medicina como el resultado de relaciones sociales confrontadas y desiguales. En ambos enfoques se vislumbra como telón de fondo el determinismo de la estructura social sobre el individuo.

Una segunda orientación epistemológica se centraría en el individualismo sociológico. Los procesos sociales son el fruto de continuas interacciones entre los sujetos en diferentes contextos. La realidad social se va conformando mediante el sentido que las personas atribuyen a sus acciones. Hay una interacción permanente entre individuo y sociedad. La orientación weberiana supone un giro sustancial respecto a los anteriores postulados. Resulta fundamental analizar los fenómenos sociales desde el punto de vista de los actores. En este sentido, la medicina se entendería como una construcción social que los individuos perciben de un modo subjetivo. También la fenomenología ha inquirido en la importancia de adoptar el punto de vista subjetivo en el análisis de la realidad social. Así, Schutz (1964) sostiene que los

individuos son algo más que meros observadores de una situación social, son actores que reaccionan dentro del universo social, en el marco de un sistema de relaciones sociales recíprocas que se construyen mediante las interpretaciones subjetivas de los actores.

La segmentación entre la visión macro y la visión micro de la realidad social aparece en la génesis de la sociología: en el conde de Saint Simon, en Auguste Comte, en Herbert Spencer. Todos estos pensadores reflexionaron sobre las acciones y la conciencia de los hombres, sin embargo la preeminencia de lo social sobre lo individual representó una constante en todas sus cavilaciones. Dichos autores dejaron una estela que ha marcado parte del recorrido del pensamiento sociológico posterior. Sin embargo, el debate suscitado entre la orientación macro y la orientación micro se ha intentado superar recientemente por el *constructivismo social*, así como por destacados autores como Norbert Elias, Pierre Bourdieu o Anthony Giddens, entre otros. Finalmente, y en un intento por responder a las preguntas que abren este texto, se podría plantear que la medicina o las diversas formas de medicina son una construcción social, pero al mismo tiempo son una construcción individual. Por ejemplo, de un lado, la medicina homeopática nació a finales del siglo XVIII en Alemania, en un contexto social e histórico muy concreto en el que los valores modernos e ilustrados iban calando el tejido social europeo. De otro lado, el fundador de la homeopatía fue un médico alemán llamado Samuel Hahnemann, quien estaba profundamente decepcionado con la medicina que se practicaba en esa época, lo que le impulsó a investigar y experimentar medicamentos homeopáticos bajo los postulados de la *ley de la similitud*.

2. La medicina y los procesos de cambio social.

Investigar sobre medicina y cambio social entraña cierta dificultad, especialmente si tenemos en cuenta que a lo largo de la historia nunca ha existido ni tampoco existe en la actualidad una sola medicina. Los procesos de cambio social transforman las instituciones y, en consecuencia, afectan a las vidas de los individuos. La medicina como institución social ha adquirido formas diversas a través de la historia², al tiempo que ha permanecido sujeta a los procesos de cambio en los que se han visto envueltas las distintas culturas en las que aquélla se ha venido desarrollando. En el análisis concerniente a la medicina y al cambio social habría que tener en cuenta dos cuestiones: en primer lugar, la presencia en cada momento histórico y en cada sociedad de diversas formas de medicina que responden a ordenaciones globales de conocimientos y técnicas que tienen un substrato sociocultural. En segundo lugar, la influencia que ejercen las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales, así como la visión del mundo y de la naturaleza, en definitiva los sistemas de creencias, de ideas y de valores.

² López (2001) destaca la amplia variedad de formas de medicina que han existido desde los inicios de la humanidad: “El elevado número de formas de medicina resulta patente si, junto a las sociedades desarrolladas del momento presente, se considera el resto de las existentes en la actualidad y a lo largo de la historia. Las actividades que integran cada una de dichas formas pueden estudiarse como un conjunto de relaciones o interacciones sociales, es decir, como un sistema social, o bien como un conjunto de pautas de conducta o comportamiento, entendiéndolas como un sistema cultural. Al aplicar estos dos puntos de vista complementarios, las nociones vagas e intuitivas quedan sustituidas por el concepto preciso de sistema, lo que supone equiparar la medicina a los demás subsistemas resultantes del análisis sociocultural” (López, 2001, pág. 48).

A lo largo de la historia, todas las sociedades humanas han tenido que afrontar la enfermedad en sus diversas manifestaciones³. Puesto que las huellas de la enfermedad datan de tiempos pretéritos, incluso mucho antes de la aparición de nuestra especie, el *Homo sapiens*, parece lógico que los distintos grupos humanos recurrieran a diversas prácticas encaminadas a aliviar los padecimientos. Dichas prácticas contienen rasgos que definen importantes componentes culturales de esos grupos. Pericias o destrezas médicas que además de manifestar la lucha por combatir el sufrimiento, representan todo un conjunto de creencias, valores, comportamientos y pautas de conducta de los grupos implicados.

De este modo, todas las sociedades conocidas a través de los tiempos han desarrollado formas variadas de medicina, y éstas han sido el resultado de la combinación de múltiples factores como las creencias mágico-religiosas, los modos de producción económica, los sistemas de estratificación social o las formas de poder político, entre otros. Así, los primeros escritos médicos surgen en la cuenca mediterránea, en Mesopotamia y en Egipto antes del tercer milenio a.C⁴. Es precisamente en esa zona donde nacen las primeras

³ Según se desprende de la investigación paleopatológica, la enfermedad no sólo humana sino también animal, aparece con las primeras expresiones de la vida en su conjunto. López (2001) abunda en esta cuestión y la puebla de clarificadoras muestras como las que siguen: “Por ejemplo, los moluscos fosilizados que vivieron hace trescientos cincuenta millones de años tienen multitud de lesiones anatómicas y huellas de parásitos. En lo que respecta al hombre, el resultado más general de la paleopatología es el hecho de que las enfermedades han sido siempre fenómenos inseparables de su existencia, frente a los bellos mitos de una ‘edad de oro’ libre de dolencias. El fémur del primer ejemplar conocido de *Homo erectus*, que vivió hace unos quinientos mil años y fue descubierto en 1891, presenta una tumoración que es todo un símbolo. Más atrás, en las piezas dentarias de *Australopithecus*, género de homínidos de hace unos tres millones de años, aparecen trastornos patológicos como caries y desarrollo defectuoso del esmalte” (*Ibidem*, pág. 14).

⁴ Pese al avance experimentado por las culturas arcaicas respecto a las sociedades prehistóricas, la medicina seguía sujeta a la vinculación entre ciertas formas de

ciudades. En ellas se desarrolla una economía con mercados abiertos, el poder se organiza administrativamente, se establecen las primeras normativas legales y hay un adelanto técnico importante en cuanto a agricultura y construcción se refiere. En esas ciudades florecen las culturas arcaicas, creadoras de la escritura y allí aparecen los primeros textos sobre medicina. El desarrollo de prácticas curativas, así como numerosas observaciones clínicas y los diferentes tipos de sanadores, quedaron reflejados en dichos textos. A su vez, la egiptología médica ha rastreado en las inscripciones epigráficas y en diversos textos religiosos, mágicos y literarios. La información más valiosa acerca de las enfermedades y su tratamiento se recoge en los dos papiros más importantes: el papiro Edwin Smith y el papiro Ebers. La composición de dichos papiros coincide con la época de mayor fastuosidad de las dinastías faraónicas. Asimismo, Hipócrates alumbró sus escritos médicos en el momento de mayor

empirismo y creencias mágicas y religiosas, con una ausencia casi absoluta de fundamentos racionales. La mayor parte de los textos médicos mesopotámicos están escritos en cuneiforme y sumerio, recogidos en tabletas de arcilla, muestran prescripciones terapéuticas y diagnósticas, además de procedimientos para el interrogatorio ritual de los enfermos. En las culturas arcaicas de Mesopotamia los sanadores eran miembros de la casta sacerdotal. Una parte de ellos se dedicaba a diagnosticar las enfermedades a través de la adivinación y el interrogatorio ritual de los pacientes, y otros se consagraban al tratamiento mediante exorcismos. También existían sanadores laicos, semejantes a los cirujanos-barberos. Los antiguos mesopotámicos tenían una concepción de la enfermedad exclusivamente religiosa, de hecho la palabra (*shêrtu*) connotaba pecado, castigo, cólera de los dioses y enfermedad. Para elaborar el diagnóstico se recurría principalmente a una especie de interrogatorio ritual del paciente que tenía por finalidad rastrear la impureza moral causante de la enfermedad. El tratamiento se basaba en la realización de exorcismos, sacrificios a los dioses, recitación de plegarias y penitencias. La utilización de medicamentos, especialmente vegetales, el empleo de baños y masajes, así como la realización de intervenciones quirúrgicas también formaba parte del tratamiento. A su vez, en el Egipto de los faraones existían tres clases de sanadores: los sacerdotes de Sekhmet (una diosa de la salud) que se dedicaban a los aspectos religiosos de la medicina y también realizaban algunas operaciones sagradas como la circuncisión, los magos y exorcistas que se encargaban de los aspectos mágicos y los médicos-escribas (*swnw*) que tenían una formación laica y entre ellos se podían encontrar mujeres (López, 2002).

esplendor de la filosofía, la ciencia y el arte de la Grecia clásica. Del mismo modo, el humanismo renacentista realizó aportaciones fundamentales a la medicina. También, las contribuciones de los científicos británicos a la medicina moderna en el siglo XVII, se produjeron en un escenario en el que Inglaterra se consolidaba como una potencia marítima y comercial.

Así, la medicina entendida como el conjunto de actividades encaminadas a combatir las enfermedades, a prevenirlas y a mejorar el estado de salud, ha estado estrechamente vinculada a la realidad social, de modo que habría que contemplarla desde una perspectiva amplia. En la actualidad no existe una sola forma de medicina: la medicina científica o biomedicina, sino que junto a ésta, coexisten otras prácticas médicas como la homeopatía, la medicina popular o las medicinas procedentes de antiguas tradiciones orientales como la medicina china, la tibetana, el ayurveda, entre otras. En definitiva, una amplia gama de formas de medicina, herederas en algunos casos, de tradiciones milenarias y, en otros casos, formas nuevas que están surgiendo.

3. Modernidad y medicina científica.

El proceso de cambio surgido en Europa a partir del siglo XVII ligado a pautas sociales nuevas, se le ha denominado Modernidad. La Modernidad y las consecuencias que de ella se derivaron se transformaron en el tema central de los análisis sociológicos clásicos. Ahora bien, se ha generado un extenso debate acerca de cuando comenzó el período moderno. Las revoluciones científicas de los siglos XVI y XVII, el Iluminismo del XVIII o la moderna civilización urbano-industrial del XIX, sitúan según el autor de que se trate, ese comienzo. En lo que sí parece haber un amplio acuerdo es en las enormes

diferencias existentes entre las sociedades modernas y las sociedades tradicionales o pre-modernas (Urry, 1997).

Los sociólogos clásicos entendieron la sociedad moderna como el resultado del proceso de modernización que tuvo lugar a partir de tres secuencias de acontecimientos. En primer lugar, la Revolución Industrial comportó cambios sustanciales en la esfera económica y supuso el nacimiento de una nueva economía; en segundo lugar, la Revolución Francesa representó cambios decisivos en el orden político e ideológico, al disolver las estructuras de un régimen político (Ancien Régime) auspiciado por la religión; y en tercer lugar, la Ilustración como corriente de pensamiento que en el plano cultural imprimió cambios trascendentales en el devenir posterior de la sociedad moderna occidental.

Solé (1998) indaga en el origen del término modernidad y explica la evolución que ha seguido el mismo:

“El término modernidad es traducción del concepto original de *modernité* que Baudelaire introdujo en el siglo XIX entendida como la forma de experimentar lo que es nuevo. Un siglo más tarde, la noción más comúnmente utilizada de modernidad se refiere a los modos de vida u organización social que surgieron en Europa a partir del siglo XVII aproximadamente y que se difundieron desde el siglo de las Luces a nivel mundial. Es por ello por lo que la noción más simple y ampliamente aceptada asocia modernidad con un período de tiempo y una localización geográfica concreta. La época histórica moderna de Europa se toma como meta a alcanzar en los procesos de modernización que en periodos anteriores (en las décadas de los años cincuenta y sesenta) y en otras latitudes (países africanos y asiáticos) se lleva a cabo. Modernidad aparece como concepto definido en términos abstractos y de escaso contenido empírico en los escritos de los autores funcionalistas y neomarxistas que en las dos décadas siguientes (1960 y 1970) se ocupan del proceso de modernización. Habermas prefiere hablar de modernidad cultural como opuesta al proceso de modernización social, o como racionalización de la

sociedad. La idea de modernidad va unida al desarrollo del arte europeo, pero la sobrepasa. La modernidad cultural envuelve a las esferas teórica, práctica y estética, diferenciadas al paso del proceso de modernización social desde el final del siglo XVIII. En la década siguiente, empieza a hablarse de postvanguardia, de postmodernismo en la esfera estética, y de postmodernidad en la cultura. En los años ochenta algunos autores sostienen que nos hallamos frente al comienzo de una nueva era que trasciende y supera la misma modernidad. A. Giddens centra el debate en 1990, al señalar la índole reflexiva del concepto e interpretarlo en términos institucionales de las discontinuidades del desarrollo social moderno, en contraste con la idea decimonónica de progreso” (Solé, 1998, págs. 498-499).

Asimismo, a partir de los siglos XVII y XVIII las instituciones y las relaciones sociales se secularizan, la comprensión del mundo y de la vida social ya no encuentran abrigo en formulaciones sagradas o divinas. La Reforma Protestante de Lutero, la Revolución Americana de 1770 y más tarde, la Revolución Francesa son las expresiones vívidas y determinantes que en el plano ideológico manifiestan el inevitable cambio social. Apuntan inexorablemente hacia el tránsito de formas tradicionales de vida a formas modernas de existencia. La Modernidad comporta transformaciones en diversos planos: social, económico, político, científico, técnico e industrial. El nuevo orden social implica la secularización de la sociedad. Los dos criterios dominantes, la racionalidad científica⁵ y la moral secular van a impregnar el mundo de la ciencia y la vida social. La medicina como institución social y como práctica profesional simboliza el paradigma de la racionalidad científica

⁵ En el debate sociológico de la Modernidad palpita intensamente la noción de racionalidad científica. En este sentido, la vía subjetiva de progreso científico fue negada por Comte: "Una vez que tales ejercicios preparatorios han comprobado la inanidad radical de las explicaciones vagas y arbitrarias propias de la filosofía inicial, sea teológica, sea metafísica, el espíritu humano renuncia en lo sucesivo a las indagaciones absolutas que no convenían más que a su infancia, y circunscribe sus esfuerzos al dominio, a partir de entonces rápidamente progresivo, de la verdadera observación, única base posible de los conocimientos verdaderamente accesibles, razonadamente adaptables a nuestras necesidades reales" (Comte, 1984, pág. 39).

y secular de la sociedad moderna. Por una parte, representa el *ethos* científico y tecnológico volcado en la mejora de la vida humana y, por otra parte, por su contribución a la consolidación de la sociedad civil y política mediante el desarrollo de la Higiene pública y la Medicina legal, así como por la creciente intervención del Estado en cuestiones de salud.

La Modernidad representó el triunfo de la racionalidad científica. Una época coronada por el imperio de la ciencia⁶, frente al dominio secular de la religión existente en la sociedad feudal estamental. Los fundamentos de la medicina científica encuentran su eco en un nuevo orden social, más racionalizado y organicista. Si bien las revoluciones científicas de los siglos XVI y XVII se asentaron sobre una concepción mecanicista de la naturaleza, el nacimiento de la ciencia moderna significó la ruptura con el enfoque aristotélico del universo. El triunfo del reduccionismo físico-químico se alzó sobre las cenizas aún calientes de nociones más holísticas e integradoras del mundo. Galileo y la Escuela de Padua son lúcidos exponentes de la idea de “especificidad”, eje sobre el que va a gravitar toda la empresa científica hasta nuestros días. Pudiera ser una casualidad que el año en el que muere Galileo (1642), coincide con el año del nacimiento de Newton, aunque más bien parece que el genio italiano le pasa el *testigo* al físico inglés. Los descubrimientos de Galileo Galilei, las contribuciones de Descartes y la física newtoniana, se van agregando sucesivamente a la construcción del edificio científico moderno. Los cimientos de la nueva ciencia se implantan en el

⁶ Asimismo, Weber (1972) apuntó hacia los antecedentes de las dos herramientas primigenias de la ciencia, las cuales instrumentarán la empresa científica moderna: “Junto al descubrimiento de la lógica en Grecia aparece, como fruto del Renacimiento, el segundo gran instrumento del trabajo científico: el experimento racional como medio de una experiencia controlada y digna de confianza, sin la cual no sería posible la ciencia actual” (Weber, 1972, pág. 204).

terreno del agitado y cambiante paisaje sociocultural europeo. La Ilustración condena el Antiguo Régimen y catapulta un nuevo orden social, que más allá de lo simbólico representa la conquista de la razón. El pensamiento moderno se expande por todas las esferas científicas y culturales de ese tiempo. Evidentemente la medicina también se impregnará de los nuevos hallazgos y de las nuevas corrientes de pensamiento. En este sentido, el punto de despegue de la medicina científica moderna coincide con la expansión de la Revolución Científica del siglo XVII. No obstante, la ruptura con los métodos y los supuestos epistemológicos tradicionales que tuvo lugar en aquella centuria, especialmente en las disciplinas físico-matemáticas, no se ajustó totalmente a la ciencia médica, ya que ésta incorporó cuantiosos elementos del galenismo. La separación de los métodos tradicionales y la instauración de planteamientos renovadores no se produjo hasta el siglo XVIII, en el que se hizo acopio de los nuevos conocimientos físico-matemáticos, químicos y biológicos, como en el caso de la cirugía y de la higiene pública que alcanzaron su momento de innovación en la Ilustración.

3.1. Los tres grandes procesos de la sociedad moderna y su cristalización en la medicina científica.

En la génesis de la sociología late con fuerza la ineludible explicación sobre el tránsito de la sociedad tradicional a la sociedad moderna⁷. Los sociólogos clásicos buscaban una nueva definición de lo social a través de sus

⁷ Lamo de Espinosa (1996) hace alusión a ese paso o transición: “La sociología se ha construido alrededor de una diferencia, de una dicotomía, de una línea de demarcación que señala todo un campo y un programa (Spencer-Brown): la que separa lo tradicional y lo moderno (Lamo de Espinosa, 1996, pág. 73).

herramientas positivistas, tanto conceptuales como metodológicas, una imagen de la sociedad que estaba emergiendo:

“Sociología, evolucionismo, positivismo, son la expresión esquemática de una nueva concepción del mundo, cuyo espíritu motor radica en una suerte de secularización científica de las ideas de divinidad y providencia, en provecho de un humanismo progresista y mundanal....El mundo no se sostiene ahora sobre una razón trascendental, sino que el hombre realiza el sentido inmanente del mundo, en cuanto instaura históricamente la razón en todos los ámbitos de la vida” (Moya, 1982, págs. 34-35).

Los primeros sociólogos se mostraron más o menos críticos con la sociedad de su tiempo. En sus múltiples escritos, todos ellos recelaron ante el nuevo modelo de sociedad que estaba emergiendo como resultado del fenómeno de la industrialización. La sociedad moderna y las repercusiones que ésta trajo consigo se convirtieron en el objeto principal de estudio de la sociología. No obstante, las críticas a la sociedad moderna no han cesado desde entonces. Giddens (1995) ha denunciado los efectos perversos de la modernidad, entendida como una estructura que se relaciona con el yo:

“La modernidad altera de manera radical la naturaleza de la vida social cotidiana y afecta a los aspectos más personales de nuestra experiencia. La modernidad se ha de entender en un plano institucional; pero los cambios provocados por las instituciones modernas se entretajan directamente con la vida individual y, por tanto, con el yo” (Giddens, 1995, pág. 9).

Los autores clásicos de la naciente disciplina trataron de explicar los cambios sucedidos en la sociedad moderna contrastándola con la sociedad tradicional. De este modo, entendieron la sociedad moderna como el resultado de tres procesos: la mercantilización, la diferenciación y la racionalización.

3.1.1. El proceso de mercantilización: la medicina como valor de cambio.

Marx (1976) enfocó su visión en el determinismo económico y argumentó que el nivel de tecnología que alcanza una sociedad, conforma su sistema económico. De esta manera, analizó el plano económico y el plano social del modo de producción capitalista. Para él, sociedad industrial era sinónimo de sociedad capitalista. La suma de aplicar la tecnología unida al trabajo acabaría transformando la sociedad surgida del capitalismo por un sistema revolucionario. Con este argumento Marx se mostraba partidario del avance tecnológico, siempre acompañado de un progreso científico. En última instancia, la ciencia y la tecnología como impulsoras del cambio social. Marx (1976) hizo una clasificación de las sociedades según el nivel de las fuerzas productivas y las relaciones de producción resultantes:

“El régimen feudal o gremial de producción que seguía imperando no bastaba ya para cubrir las necesidades que abrían los nuevos mercados. Vino a ocupar su puesto la manufactura. Los maestros de los gremios vieron desplazados por la clase media industrial, y la división del trabajo entre las diversas corporaciones fue suplantada por la división del trabajo dentro de cada taller” (Marx, 1976, pág. 24).

Según Marx, bajo el capitalismo, los hombres sometidos a las leyes de la oferta y la demanda están *alienados*. Por un lado, se sienten incapaces de gobernar sus vidas y, por otro lado, no tienen ningún control sobre el proceso de trabajo. En la sociedad capitalista la vida está sometida a un proceso de mercantilización permanente: el valor de uso se transforma en valor de cambio y las leyes del mercado han convertido a los trabajadores en una mercancía más:

“Todas las mercancías son lo contrario de valores de uso o valores negativos para los que las poseen, y valores de uso positivo para los que carecen de ellas, siendo pues, necesario que varíen de dueño, cuya variación constituye precisamente su cambio” (Marx, 1984, pág. 24).

A su vez, el proceso de institucionalización de la medicina científica transcurre en paralelo a la Revolución Industrial y coincide con la etapa de formación del Estado moderno. Los poderes públicos harán de la medicina un instrumento de control político respaldado por el sistema capitalista burgués⁸. La medicina y la salud serán consideradas valores de cambio en un mercado donde todo se compra y todo se vende. La vida entera y todas las actividades que genere el hombre van a estar regidas por la lógica de la acumulación capitalista. La medicina como un producto creado por el trabajo del hombre se verá sometida a ese proceso de mercantilización, en el que la salud, finalmente, acabará siendo una mercancía que dependerá de las fluctuaciones del mercado, así como del nivel de renta de los individuos. Los sujetos, médicos y pacientes, también acabarán convirtiéndose en mercancías. Ejemplo de ello sería la asalarización de los médicos, además del consumo y la industria farmacéutica.

⁸ En este sentido, Navarro (1978) ha analizado la medicina en el sistema capitalista y ha constatado lo siguiente: “Por el contrario –y tal como demostraré en los ensayos del presente volumen-, el sistema de medicina se ve determinado principalmente -aunque no de manera exclusiva- por las mismas fuerzas que determinan la totalidad de la formación social o sociedad. Dicho de otro modo, considero que la medicina es el resultado dialéctico de unas fuerzas que existen tanto fuera como dentro de ella, siendo las primeras más importantes que las segundas si atendemos a su grado de influencia. Así, pues, es necesario que comprendamos toda nuestra realidad social y las fuerzas que la determinan” (Navarro, 1978, pág. 14).

3.1.2. El proceso de diferenciación: la medicina como una profesión.

Para Durkheim (1995) la división social del trabajo, característica de la sociedad moderna, origina el paso de la tradición a la modernidad. La progresiva división del trabajo, es decir la actividad económica especializada o diferenciación compleja entre las diversas ocupaciones y profesiones, crea unas funciones muy específicas y confluye finalmente, en el cambio de sociedad. La unidad producción-reproducción, hasta entonces columna vertebral de la sociedad tradicional, se escinde en dos esferas ya para siempre irreconciliables. La división del trabajo disgrega los vínculos sociales de la sociedad tradicional y crea otra forma de cohesión social basada en la interdependencia ocupacional. Durkheim denominó a esa forma de cohesión *solidaridad orgánica*. Este tipo de solidaridad social es consustancial a las sociedades complejas. A medida que se ahonda en la división del trabajo, la interdependencia funcional es cada vez mayor.

La medicina como una técnica ligada a la división del trabajo o como un saber productivo es un concepto moderno. Si los griegos clásicos definieron la medicina como un saber racional o *tekhné*, en la Edad Media europea las técnicas o saberes se dividían en las disciplinas del cuerpo y las disciplinas del alma y, en estas últimas, la medicina se insertaba como parte de las enseñanzas del *Cuatrivium*. No obstante, la medicina como una técnica según la noción moderna de saber productivo no se contemplaba. Será con la cirugía, el ejercicio de la mano por excelencia, cuando la medicina se convierta en una técnica productiva. El momento en que la medicina se transforma en un saber o una técnica especializada corre paralelo al proceso de división del trabajo que tiene lugar como consecuencia de la industrialización. La profesionalización de la medicina es consecuencia de la división del trabajo, en la que la actividad económica se segmenta en funciones muy concretas y específicas, rasgo

característico del proceso de diferenciación. De hecho, en las sociedades premodernas, la medicina era considerada más como una labor o tarea que como una profesión con especialidades en el sentido moderno del término.

3.1.3. El proceso de racionalización: la burocratización de la medicina.

Weber (1979) entendió que el proceso de racionalización dio origen a la sociedad capitalista. Este proceso, que él consideraba típicamente occidental, se originó con la aparición del ascetismo protestante calvinista. Ello provocó una dinámica histórica de racionalización de la conducta de los individuos, que Weber definió como *proceso de racionalización de la sociedad*. Lo que se entiende como realmente substancial en el paso de la sociedad tradicional a la sociedad moderna, es el triunfo de la *racionalidad instrumental* como modelo dominante del pensamiento. Los miembros de las sociedades modernas orientan sus acciones según criterios de racionalidad. Para Weber la Revolución Industrial y junto a ésta la aparición del capitalismo, legitiman la conquista de la racionalidad. La influencia de la tecnología en el cambio social era importante para Weber, aunque no determinante, el potencial genuinamente transformador de la sociedad está en las ideas. Según esto, la sociedad moderna es el resultado de una forma nueva de pensar el mundo. Weber sostenía que todas las instituciones modernas se verían afectadas por la racionalidad instrumental. La racionalidad instrumental conduciría asimismo, a la burocratización de la sociedad. El cálculo empírico y el pensamiento racional y científico llevarían a la racionalización absoluta de la vida social y, por tanto, a la burocratización del aparato institucional y de las organizaciones, forjando lo que Max Weber denominó *jaula de hierro de la burocracia*.

Evidentemente, la medicina como institución social también se verá afectada por ese proceso de racionalización, ya que tanto el pensamiento

racional y científico como el cálculo empírico, impregnarán todo el quehacer de la medicina científica moderna. Así, por ejemplo, aspectos fundamentales de la medicina como el conferir únicamente validez a la información extraída de datos mensurables o, el reducir fenómenos más complejos en términos de fenómenos más simples. Al mismo tiempo, la racionalidad instrumental ha apresado los métodos empleados por la medicina científica, ha provocado la excesiva medicalización de los procesos de la enfermedad y ha conducido a la burocratización⁹ extrema del sistema médico.

4. Postmodernidad y medicinas alternativas.

A lo largo del siglo XX la medicina científica también llamada biomedicina, por asentarse sobre los principios de la biología y de las ciencias naturales, ha ejercido un predominio absoluto en la esfera del pluralismo médico¹⁰, estableciendo su jurisdicción en el ámbito de la salud y la enfermedad (Stollberg, 2002). Sin embargo, en el último tercio del siglo XX el paradigma biomédico ha visto socavada su influencia por la irrupción de las medicinas no convencionales. A partir de los años ochenta en las sociedades occidentales más desarrolladas se ha producido un incremento considerable del uso de las medicinas alternativas. El interés que dicho fenómeno ha despertado queda reflejado en el creciente número de estudios y artículos publicados en revistas

⁹ Respecto a la burocratización de la medicina Illich (1975) señala que la expansión industrial conduce a la industrialización de la medicina, lo que trae como consecuencia la burocratización y la profesionalización de la misma, al crear un cuerpo de técnicos (la clase médica) comparable a los burócratas.

¹⁰ El pluralismo médico es un fenómeno existente en todas las sociedades a lo largo de la historia. Dicho término hace referencia a la coexistencia de diversos recursos asistenciales y terapéuticos, es decir al conjunto formado por diversas medicinas de las cuales un mismo paciente puede hacer uso de manera simultánea (López, 2001).

científicas como *Journal of the American Medical Association*, *British Medical Journal* o *Annals of Internal Medicine*, principalmente.

Según Bruguera (2003) la primera dificultad que entraña el estudio de la utilización de las medicinas alternativas es la denominación de las mismas, ya que el término engloba una extensa variedad de terapias que se fundan en tradiciones diversas y cuyos sistemas diagnósticos y terapéuticos difieren entre sí. No obstante, pese a la complejidad y debate que este asunto concita, el término más ampliamente admitido es el de medicinas alternativas y complementarias (MAC). Independientemente de la discusión que la denominación del término pueda generar, la cuestión central es la amplia aceptación que estas terapias están teniendo entre la población. Numerosos estudios realizados en Estados Unidos, Australia y Europa apuntan al notable incremento de las MAC en los últimos años. Así, en una encuesta realizada durante 1990 se detectó que el 34% de los ciudadanos norteamericanos había utilizado algún tipo de terapia alternativa. Al mismo tiempo, se registraron 425 millones de consultas a profesionales alternativos, 40 millones de veces por encima de las visitas a médicos generalistas (Eisenberg y otros, 1993). Posteriormente, un seguimiento de dicha encuesta ponía de manifiesto que el porcentaje de utilización ascendía al 42% y que el número de consultas realizadas a practicantes de medicinas alternativas ascendía a 629 millones de consultas, por encima del número de visitas al médico convencional (Eisenberg y otros, 1998). En la investigación realizada por Zollman y Vickers (1999) se detectó que en el Reino Unido 12 millones de personas utilizaron alguna medicina alternativa durante 1993, cifra que ascendió a 15 millones en 1997. A su vez, en el estudio de Fisher y Ward (1994) en el que se analiza la situación de las medicinas complementarias, figuran los siguientes países europeos y porcentajes de pacientes que entre 1985 y 1992 han utilizado estas terapias:

Bélgica (56%), Dinamarca (28%), Francia (32%), Holanda (31%), Suiza (15%) y Reino Unido (16%).

Sobre el uso de las MAC en España no se dispone de muchos datos debido a la carencia de estudios y encuestas que aborden la temática en profundidad. Las únicas estadísticas que ofrecen alguna información son las Encuestas de Salud de Cataluña (1994 y 2002) y la Encuesta de Salud de Barcelona (2000-2001). En ambas se pregunta por visitas realizadas a homeópatas, naturistas y acupuntores. Se sabe que en España el uso de las MAC ha aumentado considerablemente en los últimos diez años, pero la información disponible es fundamentalmente cualitativa (Gol-Freixa, 2003). A su vez, Mantero (2000) resume la escasez de datos de la siguiente manera:

“En España no tenemos constancia de que se haya publicado ningún estudio sobre este tema, lo cual sería muy conveniente para valorar objetivamente la situación. Existen unos datos publicados en 1996 y recogidos por J.C. Avilés que indican un aumento impresionante en la demanda de terapéuticas no convencionales entre 1992 y 1996; pero no podemos asegurar la fiabilidad de estas cifras, ya que en dicho trabajo no se da ninguna referencia de la fuente de información. En la exposición de motivos de la Proposición no de ley presentada por el grupo socialista ante el Parlamento de Andalucía, el 8 de julio de 1999, sobre las “medicinas complementarias”, se dice que entre un 25 y un 45% de los ciudadanos andaluces utiliza de forma asidua alguna de estas técnicas; desgraciadamente tampoco en este caso se cita la fuente” (Mantero, 2000, págs.14-15).

Aunque los avances tecnológicos del último siglo han favorecido la eficacia de la medicina científica frente a las enfermedades, especialmente las enfermedades agudas, llama la atención que el auge de las medicinas alternativas se produzca en el momento de mayor progreso técnico-científico y,

que además, tenga lugar en aquellos países donde la biomedicina está más adelantada.

4.1. Medicina científica versus medicinas alternativas.

Antes de exponer las posibles causas o conexiones que han propiciado la emergencia de las MAC, conviene mencionar algunos rasgos de la medicina científica y de las medicinas alternativas a modo de coordenadas que sirvan para enmarcar el fenómeno. Según Granero (2003) la predominancia del enfoque positivista de la ciencia condujo a la medicina a un modelo reduccionista, que desde una visión analítica, inicialmente abordó el estudio de las enfermedades a través de los elementos más pequeños del cuerpo humano: los órganos. En nuestros días, la ciencia médica explica el origen de las enfermedades en base a agentes bioquímicos, genéticos o moleculares. Al asumir la medicina los principios del Positivismo, la tarea científica consistió en demostrar que sólo era válido aquel conocimiento susceptible de ser observado, medido, experimentado. El descubrimiento de la bacteria y la teoría de la etiología de Koch en 1876, hizo que la medicina fuera más dependiente de otras ciencias como la biología y la química (Berliner, 1984). De esta manera, los primeros hallazgos de carácter bacteriológico afianzaron los principios orgánicos como origen de las enfermedades, fortaleciendo la perspectiva biologicista de la medicina¹¹. A este reduccionismo biológico se suma un reduccionismo etiológico que entiende que las enfermedades son

¹¹ Devillard (1990) hace una apreciación interesante a este respecto: “Es de constatar que, en el origen, la distinción entre lo social y lo biológico deriva del proceso de segmentación de la realidad social por la ciencia y la creciente especialización de sus diferentes disciplinas, lo que dio lugar al aislamiento de lo fisiobiológico por la medicina” (Devillard, 1990, pág. 81).

provocadas por un agente patógeno externo al individuo, de este modo todo tratamiento mediante fármacos tendría como finalidad “combatir” dicho agente¹². Otro rasgo característico de la biomedicina es que gira en torno a la enfermedad. El foco de atención no se dirige a la *persona* enferma, sino que por el contrario se dirige a la *enfermedad*, en consecuencia el tratamiento de la enfermedad se vuelve prioritario, lo cual resulta muy rentable desde el punto de vista de la medicalización y el consumismo médico. Un modelo médico centrado en la enfermedad, difícilmente puede articular medidas preventivas verdaderamente eficaces, puesto que tendría que tener en cuenta todos los factores que originan enfermedad: sociales, ambientales.... y esto, no sólo sería complicado a la hora de evaluar, sino que además resultaría poco beneficioso en la práctica. En resumen, las bases esenciales en las que se fundamenta la medicina científica son las siguientes:

“*Reduccionismo* (los fenómenos complejos se explican en términos de fenómenos de componentes más simples), *objetividad* (el observador permanece separado de lo observado), *positivismo* (toda la información puede derivarse de datos físicamente mensurables) y *determinismo* (se puede predecir los fenómenos con el conocimiento de las leyes científicas que los determinan), son los criterios básicos en los que se fundamenta la medicina científica” (Granero, 2003, pág. 25).

¹² Respecto al modelo médico hegemónico (MMH) que se implanta en algunos países europeos a finales del XIX, Comelles (1993) apunta lo siguiente: “El nuevo modelo de práctica enfatiza las dimensiones biológicas de la enfermedad frente a las socioculturales y pretende excluir a las variables socioculturales de la gestión y la configuración de la enfermedad. Pretendiendo resolver las contradicciones del modelo clásico y su incapacidad en cumplir su propósito de gestión integral de salud, abandona el proyecto colectivo del higienismo ilustrado, y se limita a enfocar el problema de las enfermedades particulares, individuales. El error del nuevo modelo fue olvidar que lo que cuenta en la resolución de la enfermedad no son sólo los indicadores biológicos, sino también las vivencias sobre la misma y su caracterización social”. (Comelles, 1993, págs. 178-179).

Frente al enfoque reduccionista de la biomedicina, aparecen los sistemas de medicina alternativa¹³ con un enfoque holístico o global. Micozzi (2000) destaca que dichos sistemas abarcan una gama amplísima de terapias que va desde la homeopatía a las llamadas tradiciones sanitarias indígenas, pasando por la medicina naturopática y la medicina tradicional china. A su vez, define las medicinas alternativas o complementarias de la siguiente manera:

“Los sistemas de medicina complementaria se caracterizan por poseer un elaborado *corpus* de obras intelectuales que subrayan la conceptualización de la salud y sus preceptos; estos sistemas se han mantenido durante múltiples generaciones gracias a practicantes de múltiples comunidades; representan sistemas reflexivos, racionales y metódicos de conocimiento sobre la salud y la medicina; se relacionan de forma más amplia con el ‘estilo de vida’ y también se ha comprobado que muestran resultados definibles en su práctica” (Micozzi, 2000, pág. 27).

Asimismo, señala Micozzi (2000) que los investigadores de la Harvard Medical School han definido el término como sigue:

“La medicina alternativa abarca todas las prácticas clasificables como intervenciones médicas, medios para mejorar la salud o para prevenir la aparición de enfermedades que no se suelen enseñar en las universidades de medicina de Estados Unidos ni forman habitualmente parte del sistema sanitario norteamericano” (*Ibidem*, pág. 25).

La perspectiva médica alternativa parte de la consideración del ser humano como un *todo*, una unidad integrada por el cuerpo, la mente y el espíritu. El ser humano es considerado por tanto, como un conjunto en el que las distintas

¹³ Macionis y Plummer (1999) apuntan que se trata de enfoques distintos a la medicina oficial que presentan como principal rasgo diferenciador la prevención de la enfermedad, además de poner un especial interés en el entorno que rodea a los individuos.

dimensiones que lo conforman: física, psíquica, social, existencial y vital están estrechamente relacionadas e interactuando permanentemente. Otro de los rasgos principales de los sistemas médicos alternativos, es que la salud depende del equilibrio de las fuentes internas del individuo, y los condicionantes ambientales y sociales pueden ejercer una influencia decisiva. De lo anterior se desprende que el cuerpo humano como organismo vivo tiene la capacidad de contener y crear energía. Desde esta visión, las enfermedades serían una manifestación del desequilibrio de esa fuente de energía:

“Las interrupciones que se producen en el equilibrio y en el flujo de energía causan trastornos, y la respuesta del cuerpo a estos desequilibrios energéticos se traduce en enfermedades perceptibles. De la misma forma que el cuerpo tiene capacidad para restablecerse, también puede enfermar. La recuperación o la posibilidad de facilitar al cuerpo la recuperación de su propio equilibrio permite recobrar la salud” (*Ibidem*, pág. 26).

El concepto de energía es uno de los ejes centrales de las medicinas alternativas. Así, la noción de *Qi*¹⁴ en la Medicina Tradicional China (MTC) o el concepto de *fuerza vital*¹⁵ en la medicina homeopática o el de *prana* en la

¹⁴ Ergil (2000) señala la importancia que el *qi* tiene en la medicina china: “Además de las ideas del yin y el yang y las cinco fases, no hay un concepto más importante para la medicina china que el *qi*: la idea de que el cuerpo es penetrado por materiales sutiles e influjos móviles que generan la mayoría de las funciones fisiológicas y mantienen la salud y la vitalidad de las personas. Esta idea no es compartida por la concepción biomédica del cuerpo. No es raro ver traducida la idea del *qi* por el término *energía*, a pesar de que esta traducción elimina los atributos materiales del *qi*, que están bien delimitados en la lengua china. Y lo que es más, mientras que la *energía* se define como la capacidad de un sistema para funcionar, el carácter del *qi* va mucho más allá de este concepto” (Ergil, 2000, págs. 225-226).

¹⁵ Morales (2000) alude al concepto de fuerza o principio vital en los términos siguientes: “Para comprender esa explicación será necesario en primer lugar que hablemos del principio vital. Decimos vivo de todo ser que se mueve así mismo, que lleva en sí el principio de las operaciones que le son propias. Tales operaciones las ejecuta merced a determinadas energías (calórica, mecánica, eléctrica, etcétera) que

medicina Ayurvédica, aluden a esa fuerza o flujo interno que nos permite mantener el equilibrio y, en consecuencia, la salud. De esta manera, el cuerpo posee la capacidad para recuperar el equilibrio y, por tanto, para restablecer la salud, lo que nos conduce a otro de los fundamentos de las MAC: la autocuración. El principio de autocuración está en la base de todas estas terapias, de modo que las intervenciones externas irían encaminadas a activar las fuentes internas con el propósito de curar el cuerpo, de sanar al individuo. Junto al principio de autocuración, aparece otro de los pilares centrales de estos sistemas médicos, la individualidad. La consideración de los seres humanos como seres individualizados con características propias, y la manera en que una enfermedad se va a manifestar, dependerá de las características personales del sujeto, por lo que el tratamiento debe enfocarse en la persona y no en la enfermedad. En relación a los dos principios anteriores, Monod (2000) apunta la relevancia que en los sistemas alternativos de salud cobra el paciente de cara a tomar parte activa en su curación:

“Los sistemas que optan por modelos de causas externas se caracterizan por considerar el cuerpo-persona como un elemento pasivo, como una víctima, y, lo cual es lógico, consideran al practicante como un elemento activo, como la persona que cura. En contraposición, los sistemas que optan por modelos de causas internas consideran el cuerpo-persona como activo y capaz de curarse. El trabajo del practicante es facilitar el conocimiento de esta capacidad y desarrollarla. El paciente, según este modelo, posee

de distintos modos obtiene o produce y aprovecha en el cumplimiento de sus designios. Pero observamos además que en el organismo vivo, tanto las energías como las partes materiales que lo componen, en lugar de comportarse según sus propias tendencias naturales están supeditadas a un principio organizador que las armoniza, que impone sus leyes, que determina las funciones y su importancia relativa dentro del ser vivo y que le da especificidad al mismo, es decir que se trata de un principio diferente para cada especie diferente de ser vivo. Este principio, que no es material pero que tampoco es una energía (pese a lo cual se le llama a veces de manera inadecuada energía vital) es lo que conocemos como principio vital. Hahnemann lo llamó también *dynamis*, que en griego significa fuerza” (Morales, 2000, págs. 129-130).

experiencia de vida, y el practicante debe emplear su experiencia especializada junto con la del paciente” (Monod, 2000, pág. 47).

La perspectiva holística de las medicinas alternativas al contemplar los principios de autocuración e individualidad centra la atención en el paciente, al contrario que la perspectiva biomédica centrada en el médico: el médico es el que cura. En este sentido, el practicante alternativo mediante la intervención clínica trataría de estimular las potencias autocurativas del enfermo, lo que conduce a una consideración muy diferente de la relación médico-paciente respecto al paradigma biomédico.

Las medicinas alternativas se entienden dentro del marco de un nuevo enfoque en el que la salud y la enfermedad se conciben bajo un prisma básicamente integral y preventivo, en contraposición al modelo de medicina oficial, revestido de una fuerte carga medicalizadora y profundamente vinculado a aspectos técnico-profesionales. Una determinada visión del mundo, una especie de filosofía de la vida, en definitiva una concepción diferente de entender la salud y el ser humano también se relacionan con la utilización de estas terapias. La medicina oficial es vista con un cierto grado de escepticismo por parte de los mismos pacientes que, entre otras cuestiones, buscan una atención más personalizada y tratamientos más blandos, menos agresivos. Hay un rasgo muy presente, común a numerosos usuarios de estas terapias: la desilusión que sienten hacia la medicina oficial por no haber resuelto su problema, especialmente en el caso de las enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, el deseo de ser tratados con dignidad y respeto, además de la necesidad de una terapia que contemple a la persona en su conjunto, conduce a la búsqueda de este tipo de medicinas. Sharma (1992) sostiene que el desengaño hacia los tratamientos de la medicina convencional y los cuidados que provee, unido a la idea de eficacia e inocuidad de las medicinas

alternativas son las razones fundamentales que explican el progresivo incremento de las MAC. Según Kelner y Wellman (1997) los motivos principales en la elección de estas terapias son: la inclinación de los practicantes alternativos a tener en cuenta el elemento emocional como factor subyacente a la enfermedad y la participación activa de los pacientes en el proceso de su enfermedad. A los motivos anteriores habría que añadir la valoración positiva y favorable hacia las medicinas alternativas, la ineficacia de la medicina oficial, los efectos contraproducentes de los tratamientos convencionales y la incomunicación entre el médico convencional y el paciente (Vincent y Furnham, 1997).

La visión holística que sobre el ser humano mantienen las MAC hace que ganen adeptos cada día. Contemplar al individuo bajo una perspectiva global en la que se integran sus diferentes aspectos: físico, mental y emocional, es una característica que comparten todos estos métodos terapéuticos. En sintonía con lo anterior, hay que apuntar que la búsqueda de la autorrealización personal es un aspecto también destacado dentro del abanico de opciones que se muestra como relevante en la elección de estas terapias. En este sentido, los planteamientos postmaterialistas centrados en la autorrealización personal, así como la mayor autonomía de los pacientes de cara a los especialistas, al igual que el mayor grado de respeto de la medicina homeopática hacia los usuarios, han favorecido el auge de las terapias alternativas. De este modo, a partir de la década de los ochenta tiene lugar una auténtica eclosión pluralista en el mercado médico, donde la homeopatía ocupa un lugar más preferente. Así, los países del sur y oeste de Europa han registrado un incremento en la demanda de dicha terapia (Dinges, 2002).

4.2. El cambio postmoderno y su cristalización en las medicinas alternativas.

La eclosión de las medicinas alternativas se produce en un momento en el que las sociedades industriales avanzadas están experimentando una serie de cambios¹⁶ que se aprecia en diversos ámbitos: social, cultural, político y económico. Desde la sociología numerosos autores observan y analizan esas transformaciones que se han denominado posmodernización. Así, Inglehart (1998) explora toda esa constelación de cambios, señalando que está emergiendo una cultura nueva que aporta valores y estilos de vida distintos. Se abre un abanico de posibilidades donde la pluralidad y la diversidad admiten múltiples combinaciones. El cambio postmoderno¹⁷ también se observa en las tendencias religiosas, en las normas sexuales, así como en los roles de género. El término posmodernización se utiliza en palabras de Inglehart “para describir este profundo cambio en las visiones del mundo”.

¹⁶ Turner (1994) apunta que los cambios sociales y culturales acaecidos a finales del siglo XX han afectado al modo de enfermar: “La ‘crisis’ en las enfermedades nerviosas a finales del siglo XX produjo un grupo de condiciones –anorexia, agorafobia, histeria anoréxica, enfermedad de vírgenes, o varias enfermedades de desgaste- que se pueden interpretar como una sintomatología de cambios en la relación de sexos, entre los espacios público y privado, entre la familia y la economía en el contexto del dominio creciente de la medicina sobre las cuestiones morales. Un cierto número de escritores ha analizado estas categorías de enfermedad como un problema de control social.... pero también podemos localizar estos debates sociomédicos en el contexto de una crisis cultural de *fin de siglo* alrededor de la idea del nihilismo y la decadencia” (Turner, 1994, pág. 29).

¹⁷ El término postmodernismo ha sido usado en la crítica literaria desde los años sesenta, aunque se comienza a utilizar de manera mucho más extensa, a partir de la publicación de Jencks sobre la arquitectura postmoderna a finales de los setenta. El concepto alude a una variedad de cambios en la arquitectura, en las artes y en la vida cultural en general. El postmodernismo no sólo tiene que ver con una serie de transformaciones producidas en el campo de los símbolos, sino que en términos generales está estrechamente vinculado con la vida social (Urry, 1997).

A su vez, Picó (1998) destaca los siguientes rasgos de la postmodernidad¹⁸:

“(a) la permanencia irreversible de la crisis de los valores, es decir, de su secularización; (b) la pluralidad de los lenguajes correspondientes a los distintos discursos valorativos; (c) la secularización del progreso, en el aspecto de que las sociedades han perdido el sentido de su destino, y el devenir no tiene finalidad. El futuro ha muerto y todo es ya presente; y (d) el cambio de las coordenadas espacio-temporales. En el mundo de la tecnología de la información ha cambiado radicalmente nuestra experiencia del tiempo y de la historia. Todo se convierte en un presente cuya última finalidad es su propia reproducción” (Picó, 1998, pág. 591).

4.2.1. La “recuperación de la tradición”.

Inglehart (1998) subraya que una de las corrientes postmodernas¹⁹ pretende “recuperar” rasgos primordiales de las culturas tradicionales:

“Otra perspectiva considera el posmodernismo como la revaloración de la tradición. Se invierte así una de las principales tendencias de la

¹⁸ Lash (1997) entiende el postmodernismo como algo exclusivamente cultural. Se trata, más en concreto de un paradigma cultural, una configuración espacio-temporal. Como paradigma cultural, el postmodernismo pertenece a los llamados “*regímenes de significación*”, los cuales originan únicamente objetos *culturales*. Para este autor aún está pendiente el estudio riguroso del postmodernismo: “Pero no ha sido objeto de muchos análisis sistemáticos serios. Y, en especial, no ha sido objeto de un análisis sociológico serio” (Lash, 1997, pág. 18).

¹⁹ El pensamiento postmoderno también ha producido reacciones en distintas esferas del ámbito cultural y científico. Sokal y Bricmont (1999) se muestran así de reacios frente a ciertas influencias del postmodernismo en las ciencias humanas y sociales: “Nos ceñimos a ciertos aspectos intelectuales del posmodernismo que han influido en las humanidades y en las ciencias sociales: la fascinación por los discursos oscuros, el relativismo epistémico unido a un escepticismo generalizado respecto de la ciencia moderna, el interés excesivo por las creencias subjetivas independientemente de su veracidad o falsedad, y el énfasis en el discurso y en el lenguaje, en oposición a los hechos a que aluden, o, peor aún, el rechazo de la idea misma de la existencia de unos hechos a los que es posible referirse” (Sokal y Bricmont, 1999, pág. 202).

modernización. Los asombrosos logros de la ciencia y la industria durante los primeros años de la era moderna hicieron del Progreso un mito y desacreditaron radicalmente la tradición. Lo 'Nuevo' comenzó a ser virtualmente sinónimo de lo "bueno". Más recientemente, la pérdida de prestigio de la racionalidad instrumental de la modernidad no sólo abrió las puertas para que la tradición recuperara su estatus, también creó la necesidad de un nuevo mito legitimador. En la visión posmoderna del mundo la tradición recupera su valor positivo, especialmente las tradiciones no occidentales" (Inglehart, 1998, pág. 31).

En ese sentido, practicar yoga o tai-chi, hacerse budista, escuchar música étnica, en definitiva buscar una mayor calidad de vida en el encuentro con las prácticas alternativas, no sólo es hablar de diferentes elementos de estilos de vida, sino que también se vislumbra como escapes posibles al desasosiego que produce el futuro incierto de una sociedad en continuo cambio²⁰.

A su vez, Bericat (2003b) sostiene que la postmodernidad obedece a la llamada "teoría de la bifurcación posmoderna". Dicha teoría se apoya según el mencionado autor en una *lógica conjuntiva y sintética* en la que confluyen, por un lado, una modernización progresiva, es decir una *hipermodernización* y, por otro lado, una recuperación de valores y recursos propios de las sociedades tradicionales, es decir, *procesos de tradicionalización*:

"A mi entender, el proceso de posmodernización constituye el despliegue bifurcado y simultáneo de la modernidad por dos senderos, uno por el que caminamos hacia la *hipermodernización* y otro por el que avanzamos reactualizando la *tradición*. Todos los fenómenos radicalmente nuevos a los que hemos denominado postmodernidad surgen desde la confluencia de ambas tensiones, emergen de la fusión fragmentada de los caudales que llevan esos dos grandes cauces de la naturaleza humana. El gran número

²⁰ Simmel (1986) apuntó a principios del siglo XX, que en momentos de fractura económica y social los individuos buscan refugio en valores más tradicionales, más seguros, como la familia, la religión o, como en este caso, las medicinas tradicionales.

de nuevos fenómenos sociales, políticos, culturales y personales que se han expuesto en los fragmentos precedentes ya no pueden calificarse ni de modernos ni de tradicionales. Si bien configuran su realidad desde los rasgos correspondientes a los dos polos de la antinomia, el resultado obtenido por la fusión y la síntesis constituye una realidad completamente nueva. De ahí que podamos hablar de una nueva sociedad, la sociedad posmoderna, en la que aparecen pautas y estructuras sociales de actividad simbióticas diferentes a las de las sociedades anteriores” (Bericat, 2003b, pág. 36).

En esa “recuperación” de aspectos esenciales de las culturas tradicionales habría que tener en cuenta el uso de la Medicina Tradicional China (MTC) por lo que a las medicinas alternativas se refiere. Así, Goerke (1986) reflexiona sobre la atracción que determinadas prácticas médicas de origen oriental ejercen en las sociedades occidentales, ahondando en el hecho de que esto supone una alternativa frente a los métodos utilizados por el paradigma biomédico:

“La posibilidad de que en el Lejano Oriente, el pueblo chino, depositario de una antiquísima tradición cultural, hubiera desarrollado una medicina más avanzada y descubierto métodos terapéuticos más eficaces movió a muchos especialistas, y a otros que no lo eran tanto, a estudiar en profundidad el nivel de desarrollo de su medicina. Dentro de esta tendencia debe verse la búsqueda de alternativas a los métodos científico-rationales y el retorno a la medicina tradicional, especialmente a la que se practica en el Lejano Oriente, que hoy día es reivindicada en el mundo occidental por determinados sectores de la población” (Goerke, 1986, pág. 24).

Uno de los indicadores que más claramente explica la incorporación de elementos procedentes de la Medicina Tradicional China es la proliferación de numerosas clínicas o consultas privadas que ofertan este tipo de tratamientos. También la profusión de academias que imparten cursos sobre los diversos

métodos clínicos empleados por la misma: acupuntura²¹, moxibustión, qi-gong, etc. Asimismo, son cuantiosos los particulares que se anuncian en las distintas revistas al uso publicitando cursos, seminarios o tratamientos de MTC. Del mismo modo, dentro de esa oferta arriba señalada, habría que contemplar otras prácticas médicas procedentes de oriente como la Medicina Ayurvédica y la Medicina Tibetana. En sintonía con lo anterior, y ahondando en el argumento expuesto por Inglehart (1998) que apunta hacia la “revaloración” de rasgos fundamentales de tradiciones culturales no occidentales, conviene destacar la llegada de algunos componentes originarios de las culturas ancestrales de América del Sur como el curanderismo y el chamanismo, enfocados a mejorar la salud y el bienestar de los individuos. Así, la oferta de cursos, seminarios de fin de semana o encuentros en lugares concretos en contacto con la naturaleza son muy frecuentes. No obstante, apunta Bericat (2003b) pese a que Inglehart mantiene una vuelta selectiva a la tradición, la “teoría de la bifurcación posmoderna” no plantea el retorno a pautas de vida muy concretas:

“La hipótesis de la bifurcación no sostiene que la posmodernidad vaya a recuperar el sistema patriarcal, la pena de muerte, la penalización de la homosexualidad y del divorcio, o una institución central de la moralidad. Éstas fueron pautas o formas adaptativas concretas, que no volverán. Lo que pretende poner de manifiesto es que el modo de vida de tradicional surgió de la aplicación de unos recursos, potencialidades o virtualidades humanos, de carácter universal e intemporal, a un contexto específico, y que estos recursos, potencialidades y virtualidades, que fueron en gran parte reprimidos por la sociedad moderna, serán re-activados, re-adaptados y re-actualizados en un nuevo contexto de hipermodernización. Por ejemplo, la posmodernidad busca un retorno a la moralidad, pero, como sostiene Luckmann, no a través de una institución moral central, sino mediante la implantación de una ‘moralidad-en-uso’ descentrada e indirecta que circula

²¹ No obstante, conviene recordar que la medicina china, especialmente la acupuntura fue introducida en Occidente a mediados del siglo XVII por el holandés Willem Ten Rhyne cuando trabajaba como médico para la Compañía Holandesa de las Indias Orientales (Ergil, 2000).

en las comunicaciones de los sujetos posmodernos. El retorno a la espiritualidad y a la seguridad ontológica no será un retorno a formas religiosas dogmáticas, sino a una espiritualidad subjetiva, anclada en polifacéticas comunidades espirituales, en el marco de un mercado religioso plural” (Bericat, 2003b, págs. 38-39).

Así, otros sistemas médicos occidentales nacidos en Europa en los siglos XVIII y XIX como la homeopatía, la naturopatía y la fitoterapia han cobrado un impulso importante, proliferando no sólo el número de consultas y practicantes dedicados a los mismos, sino más en concreto, en el caso de la homeopatía, la formación de profesionales médicos mediante los Master universitarios impartidos en algunas facultades de Medicina. Según una investigación reciente de Mantero (2000), en España habría más de mil médicos que practican la homeopatía.

4.2.2. La emergencia de nuevos valores y nuevos estilos de vida.

Una de las muestras más evidentes de la cultura postmoderna se observa en el cambio de valores y en el surgimiento de nuevos estilos de vida. Inglehart (1998) sostiene que en un gran número de sociedades industriales se ha producido un giro progresivo en los valores sociales y culturales:

“A lo largo de la mayor parte de la historia, la amenaza de una grave privación económica, o incluso del hambre, ha sido una preocupación crucial para la mayoría de la gente. Pero el grado de seguridad económica, sin precedentes históricos, experimentado por la generación de la posguerra en la mayoría de las sociedades industriales produjo un cambio gradual desde los “valores materialistas” (sobre todo la seguridad física y económica) hacia las prioridades “posmaterialistas” (sobre todo la autoexpresión y la calidad de vida). La evidencia de un cambio intergeneracional de valores comenzó a recogerse intranacionalmente en 1970; ahora se ha construido una larga serie

temporal con la que se pueden comprobar estas hipótesis” (Inglehart, 1998, pág. 3).

A su vez, Bericat (2003a) ha explorado los fundamentos de la cultura postmoderna en contraste con los de la cultura moderna en relación al cambio de valores experimentado:

“Así mismo entendemos por ‘cultura postmoderna’ aquella que está emergiendo y corresponde a las sociedades occidentales que han alcanzado altas cotas de desarrollo. Son sociedades en las que los intensivos procesos de modernización llevados a cabo, a sí como las profundas transformaciones derivadas de estos mismos procesos, han tenido por consecuencia un cambio radical en la naturaleza idealizada de la sociedad moderna. Los cambios han sido subjetivos y objetivos. Subjetivamente, gran parte de las metas básicas del proyecto moderno se han cumplido y, por tanto, el mismo éxito de la modernidad ha minado las motivaciones y legitimidades que inspiraban los esfuerzos y los valores modernos; como ejemplo sirva el hecho de que los individuos valoran la riqueza de modo diferente cuando son ricos. Objetivamente, transformaciones implícitas, pero no queridas de la modernidad, como las imaginadas por el descubrimiento científico de la energía nuclear, también conducen a cambios valorativos muy importantes (Bericat, 2003a, pág. 54).

Igualmente, habría que señalar que en las sociedades avanzadas está adquiriendo cada vez más importancia los llamados hábitos de vida saludable: hay un mayor interés por la calidad de vida. Esto hay que entenderlo en un contexto de cambio social y cultural donde la emergencia de valores y estilos de vida nuevos, en este caso, dirigidos al cuidado del cuerpo, a la alimentación, al tiempo libre, etc., ocupan un lugar central en la vida de los individuos, orientada a la obtención de mayores niveles de salud y bienestar.

Cockerham (2002) define el concepto estilos de vida saludable, el cual nos remite a un patrón general de prácticas o conductas de salud:

“Los estilos de vida saludables son patrones colectivos de conducta relacionados con la salud y basados en elecciones realizadas sobre las opciones de que disponen las personas en función de sus posibilidades en la vida. Las posibilidades en la vida de una persona están determinadas por su estatus socioeconómico, edad, género, etnia y otros factores que tienen algún impacto sobre las decisiones que toman las personas respecto a su estilo de vida. Las conductas que se generan por estas elecciones pueden tener consecuencias positivas o negativas sobre el cuerpo y la mente, pero no obstante forman un patrón general de prácticas de salud que constituyen un estilo de vida. Los estilos de vida saludables incluyen contactos con profesionales médicos para chequeos y cuidados preventivos, pero la mayoría de las actividades se realizan fuera del sistema de servicios y atención sanitaria. Estas actividades consisten en elecciones y prácticas influidas por las probabilidades que tiene el individuo para realizarlas, y van desde cepillarse los dientes y utilizar el cinturón de seguridad del coche hasta relajarse en un balneario. Para la mayoría de las personas, los estilos de vida saludables implican decisiones sobre la dieta, el ejercicio físico, la relajación, la higiene personal, el riesgo de accidentes, la superación del estrés, el tabaquismo, el uso de alcohol y drogas, y someterse a revisiones médicas” (Cockerham, 2002, págs. 103-104).

Además, los estilos de vida hay que situarlos en el marco de la sociedad de consumo. La salud es objeto de consumo, hay una comercialización de la salud, para estar sanos hay que consumir aquellos objetos o productos que permitan alcanzar ese estado. Se identifica la buena salud con la libertad de consumir aquellos productos que satisfacen necesidades individuales. Tratarse con medicinas alternativas, realizar determinadas prácticas no convencionales, así como la ingesta de los llamados productos sanos o saludables, también se pueden entender como una forma de consumo. A su vez, el uso de prácticas alternativas orientadas a un mayor bienestar del cuerpo y la mente como el yoga, el tai-chi, la meditación zen, etc. que en los últimos años están ganando tantos adeptos en las sociedades industriales avanzadas, están dirigidas al consumo. Weber (1993) en el primer tercio del siglo XX, señaló que los estilos de vida se relacionan con lo que los individuos consumen, no con lo que producen. En ese sentido, el concepto estilos de vida se vincula al “grupo de

estatus”, por lo que las diferencias que se establecen entre los distintos niveles de estatus, no estarían vinculadas con los medios de producción como apuntó Karl Marx, sino con el nivel de consumo.

De otro lado, hay que tener en cuenta que se ha producido un cambio en los patrones de enfermedad, se ha pasado de la predominancia de enfermedades agudas o infecciosas a enfermedades crónicas como el cáncer o enfermedades cardiovasculares, ante las cuales la medicina no siempre tiene solución. También, enfermedades muy concretas como el cáncer de pulmón cuyo principal responsable es el consumo de tabaco, son originadas por determinados estilos de vida; en consecuencia, los individuos han de articular estrategias para lograr un estilo de vida más sano.

Según Micozzi (2000) los sistemas de medicina complementaria tienen que ver con el estilo de vida, lo que implica contemplar aspectos como la prevención, la dieta, el ejercicio, etc. A su vez, Di Nicola (1994) mantiene que el gran impulso que han cobrado las medicinas alternativas es el reflejo de nuevas concepciones de salud muy distintas a las hasta ahora existentes. Debajo de ello subyace todo un conjunto de comportamientos coherentes y repletos de sentido social:

“La diversificación de las estrategias, de la cual sólo ahora se está tomando nota lentamente, mientras ha inferido un duro golpe a todo análisis simplista del recorrido salud-enfermedad-salud que pasase sólo a través del sistema institucional de la atención sanitaria (funcionalmente especializado en la curación y la rehabilitación del enfermo y en cuya dirección se canaliza tendencialmente la demanda de intervenciones y servicios sanitarios), ha demostrado además que, tratándose de estrategias, se está frente, no ya a comportamientos irracionales, sino a comportamientos que adquieren una unidad y una lógica respecto al sentido que los sujetos les atribuyen” (Di Nicola, 1994, págs. 42-43).

De la misma forma, Di Nicola (1994) señala la existencia de todo un sistema de “creencias” que tiene que ver con la salud. Este sistema de creencias está relacionado con la dieta alimenticia, con el cuidado del cuerpo, con las diversas manifestaciones y hábitos de vida en general y pueden entenderse como específicas subculturas de salud:

“Salud como don natural, salud como producto de las elecciones de vida individual, salud como producto del sistema sanitario, salud como producto del ambiente, salud como control del cuerpo, salud como retorno a la naturaleza, no son sólo etiquetas vacías, eslóganes que, en diversas ocasiones, se escuchan. Dichas ‘etiquetas’ son, por el contrario, la expresión, sintética y sintetizada, de distintos, incluso aunque estén parcialmente entrecruzados, sistemas de ‘creencias’ relativas a la salud. Ya que dichos sistemas de creencias informan no sólo de las modalidades de gestión de la salud, sino también de la relación que el sujeto tiene con su cuerpo, con la alimentación, con los hábitos de vida, con el tiempo libre, con el conjunto de los servicios sanitarios, etc., pueden ser considerados expresiones de específicas subculturas de salud” (*Ibidem*, pág. 43).

Bourdieu (1998) analiza la competencia y reproducción entre clases sociales y su manifestación en los estilos de vida y en los gustos culturales. Así, los hábitos alimenticios y las prácticas deportivas son expresión de un *habitus*. En este sentido, la clase social interviene en la modelación de estilos de vida de salud. Los individuos de la misma clase social comparten las mismas prácticas y gustos, ya que suelen tener similares oportunidades y expectativas.

4.2.3. El surgimiento de nuevas identidades sociales.

El aumento del consumo de medicinas alternativas, así como determinadas prácticas colaterales como tai-chi, chi kung, reiki, etc., son la expresión de un cambio de los valores culturales, y en consecuencia, de un

cambio en la identidad de los sujetos. Así, Urry (1997) matiza que uno de los rasgos más distintivos de la sociedad postmoderna es la mutación originada en la naturaleza de la identidad social de los sujetos, ello es debido a las transformaciones que se están produciendo en la cultura y en el modo de organización de las sociedades avanzadas. De esta manera, habría una mayor apertura y fluidez en las identidades sociales postmodernas, en contraposición al carácter fijo y estático de las identidades sociales de la modernidad. En este sentido, las identidades sociales postmodernas se caracterizan por una mayor diversidad y heterogeneidad frente a la uniformidad y homogeneidad de las identidades sociales de la modernidad.

También, las nuevas tecnologías están imprimiendo profundas transformaciones en las vidas de los individuos. La rapidez de la sociedad de la información, produce lo que Urry (1997) denomina *tiempo instantáneo*: la concepción del tiempo ha cambiado, ahora la dimensión espacio-tiempo se comprime. Se vive con una permanente inseguridad y fluctuación respecto al futuro. Hay una fractura de los espacios, de los tiempos y también de los valores. Junto a esta mutación sociocultural se han desarrollado, a lo largo de los años ochenta, otros debates centrados en las transformaciones producidas en la esfera política y económica. Tales cambios aluden al paso de la sociedad *fordista* a la sociedad *posfordista*, del capitalismo *organizado* al capitalismo *desorganizado*, de una sociedad *industrial* a una sociedad *postindustrial* o de una sociedad *industrial* a una sociedad de la *información* (Urry, 1997). Obviamente, estos cambios en la organización de la producción y, sobre todo en la organización del consumo, afectan mutuamente a los cambios en los valores sociales y a las identidades: los sistemas de poder están cambiando²².

²² “La repugnancia a la rutina burocrática y la búsqueda de la flexibilidad han producido nuevas estructuras de poder y control en lugar de crear las condiciones de liberación. El sistema de poder que acecha a las formas modernas de flexibilidad está compuesto

Berger (1976) sostiene que la cuestión de las identidades es fácilmente abordable desde la *teoría del papel*, ya que los diferentes papeles que desempeñan los individuos en la sociedad les confieren ciertas identidades: “La identidad es conferida socialmente, al igual que socialmente mantenida y transformada” (Berger, 1976, pág. 141). Un mismo sujeto desempeña distintos papeles a los que corresponden identidades diversas:

“Tal separación de papeles es cada día más posible en nuestra civilización urbana contemporánea, con su carácter anónimo y sus medios de transporte rápido” (*Ibidem*, pág. 153).

El concepto de identidad está ligado a la Modernidad, nace con el individualismo. No obstante, no se puede identificar totalmente identidad con papeles, aunque hay una relación entre ambas nociones. Sin embargo, cuantos más papeles desempeñen los individuos, más fluidez habrá en las identidades. La identidad es un fenómeno sociocultural, está relacionada con los estilos de vida.

Berger y Luckmann (1978) apuntan la importancia de la estructura social en la configuración de la identidad:

“La identidad constituye, por supuesto, un elemento clave de la realidad subjetiva y en cuanto tal, se halla en una relación dialéctica con la sociedad. La identidad se forma por procesos sociales. Una vez que cristaliza, es mantenida, modificada o aun reformada por las relaciones sociales. Los procesos sociales involucrados, tanto en la formación como en el mantenimiento de la identidad, se determinan por la estructura social. Recíprocamente, las identidades producidas por el

por tres elementos: reinención de las instituciones, especialización flexible de la producción y concentración sin centralización de poder” (Sennett, 2000, pág. 23).

interjuego del organismo, conciencia individual y estructura social, reaccionan sobre la estructura social dada, manteniéndola, modificándola o aun reformándola. Las sociedades tienen historia en cuyo curso emergen identidades específicas, pero son historias hechas por hombres que poseen identidades específicas” (Berger y Luckmann, 1978, pág. 216).

Giddens (1997) apunta que la identidad requiere significado y que se consolida a través del tiempo, enlazando el pasado y el futuro. El sostenimiento de la identidad personal y su vinculación con otras identidades sociales supone una condición necesaria de la “seguridad ontológica”. A su vez, Bauman (2001) mantiene que “el problema de la identidad” que ha perseguido a los individuos desde el principio de la modernidad, tiene en la época actual una forma y contenido distintos. La incertidumbre con que se vive ahora, producto de un mundo en continuo cambio es, en palabras de Bauman, *una poderosa fuerza individualizadora*; la inseguridad en el futuro, la preocupación y la angustia que produce la falta de control sobre el propio destino, afecta a la identidad:

“En otras palabras, el dilema que atormenta a hombres y mujeres en el cambio de siglo no es tanto cómo conseguir las identidades de su elección y cómo hacer que las reconozcan los que están alrededor, cuanto *qué* identidad elegir y cómo mantenerse alerta y vigilante para que sea posible hacer *otra* elección si la identidad anteriormente elegida es retirada del mercado o despojada de su capacidad de seducción. La preocupación principal y que más destroza los nervios no es cómo encontrar un lugar dentro del sólido marco de una clase o categoría social, ni –una vez encontrado- cómo conservarlo y evitar el desalojo; lo que causa preocupación es la sospecha de que ese marco, arduamente conquistado, pronto se romperá o se fundirá” (Bauman, 2001, pág. 169).

Beck (1998) sostiene que en el siglo XIX la modernización acabó con la sociedad agraria estamental y construyó un nuevo modelo sobre los

cimientos del emergente fenómeno de la industrialización, para pasar en nuestros días, a una nueva forma social:

“A la base de todo esto se encuentra la idea de que somos testigos (sujeto y objeto) de una fractura *dentro* de la modernidad, la cual se desprende de los contornos de la sociedad industrial clásica y acuña una nueva figura, a la que aquí llamamos “sociedad (industrial) del riesgo” (Beck, 1998, pág. 16).

El proyecto de la Modernidad en tanto representaba la conquista de la libertad y la seguridad se ha resquebrajado. En consecuencia, las formas de vida y de trabajo surgidas de la sociedad industrial clásica (familia nuclear, roles de género, funciones sexuales, oficio, etc.) se diluyen en el escenario de un proceso de individualización y que dicho proceso desencadena nuevas formas y estilos de vida, nuevas identidades sociales donde: “El propio individuo se convierte en la unidad de reproducción vital de lo social” (*Ibidem*, pág. 166).

En este sentido, individualización implica fragmentación: la postmodernidad representa una quiebra en el universo de los valores, en los estilos de vida y en las identidades sociales. En este nuevo escenario social donde brotan diferentes prácticas alternativas, desde la alimentación macrobiótica hasta las religiones orientales, irrumpen las medicinas alternativas como una expresión más de la dinámica del proceso de individualización de la sociedad postmoderna. Del mismo modo, Bauman (2001) afirma que la modernidad avanzada se caracteriza por la necesidad de autoafirmación y de diferenciación de los sujetos, lo cual se cristaliza en la elección individual de un estilo de vida propio. La búsqueda de la autoexpresión individual y la mejora de la calidad de vida, en definitiva, la

importancia que se concede al bienestar subjetivo, podrían considerarse como cuestiones importantes a tener en cuenta en el surgimiento de prácticas alternativas, en este caso de medicinas no convencionales. Al mismo tiempo, los sistemas de medicina alternativa se centran en el concepto de individualidad, es decir, la consideración de las personas como entidades individualizadas. De este modo, tanto la salud como la enfermedad estarían relacionadas con las características propias del individuo.

4.2.4. La crítica a la ciencia y la tecnología.

De otro lado, en la eclosión de las medicinas alternativas habría que considerar un cierto grado de rechazo o al menos de escepticismo hacia aspectos cruciales que han caracterizado la modernidad tales como la ciencia y la tecnología. La revolución científica y tecnológica de los siglos XVIII y XIX favoreció el desarrollo de la metodología científica, además de la llegada de medicamentos capaces de combatir de una manera más eficaz las enfermedades. A su vez, los avances tecnológicos y científicos del siglo pasado han impulsado asombrosamente el adelanto de la medicina científica, convirtiéndola en un instrumento con gran capacidad para afrontar la enfermedad. Sin embargo, pese a todos los logros y las mejoras conseguidas por la medicina oficial, un creciente número de individuos se decanta actualmente por sistemas no convencionales de salud. Los métodos científico-racionales empleados por la medicina académica, su enraizamiento en un paradigma muy profesionalizado y tecnificado²³, su excesivo énfasis en la

²³ En un sentido más extremo se podría apuntar que el enraizamiento de la medicina científica en un paradigma fuertemente tecnificado y profesionalizado, ha convertido al facultativo en un técnico dominado por conceptos biologicistas y tecnocráticos y al paciente en un cuerpo enfermo que necesita ser reparado, tal y como sostiene Le

medicalización de los procesos, además de la extrema rigidez de un sistema médico altamente burocratizado, favorecen la búsqueda de métodos alternativos. A lo anterior habría que añadir una cierta ineficacia de la biomedicina para resolver con éxito las enfermedades crónicas.

Beck (1998) señala que la crítica de la ciencia y de la técnica, en definitiva del progreso, no se contrapone al propio proyecto de modernidad, sino que es “expresión” del desarrollo de la modernidad misma. De este modo, la crítica y el escepticismo hacia la ciencia y la tecnología reposa en la *negación* de la propia racionalidad tecno-científica. Dicha negación se asienta en el modo en que la ciencia interviene metódica e institucionalmente en los riesgos:

“Las ciencias, tal como están concebidas –en su división sobreespecializada del trabajo, en su comprensión metódica y teórica, en su abstinencia práctica ajenamente determinada-, *no están en situación* de reaccionar adecuadamente ante los riesgos de la civilización, ya que se forman y participan de manera notable en el crecimiento de estos riesgos. Más bien las ciencias devienen –en parte, con la buena conciencia de la “cientificidad pura”, en parte, con el creciente remordimiento de conciencia- en un *protector legitimador* del embrutecimiento y envenenamiento industriales a escala mundial del aire, agua alimentos, etc., así como de la caquexia y muerte generalizadas y vinculadas a ello de plantas, animales y seres humanos” (Beck, 1998, pág. 6).

Breton (1994): “El cuerpo humano aparece como objeto de un extremo desmenuzamiento. El hombre está concebido *in abstracto* como el fantasma reinante en un archipiélago de órganos y funciones metodológicamente aislados los unos de los otros. Además, a través de la herencia de la filosofía mecanicista, el cuerpo se asimila a una máquina sofisticada y la medicina puede entenderse, por un hombre como Lucien Israel, como ‘la ciencia de las averías’. El enfermo se convierte en una especie de epifenómeno de un acontecimiento fisiológico (la enfermedad) que no le afecta más que de forma indirecta” (Le Breton, 1994, pág. 201).

En esa misma línea de análisis, Beck (1998) plantea que la medicina mediante sus innovaciones técnicas y terapéuticas produce riesgos y peligros que, a su vez, amplían su ámbito de acción. El efecto más concluyente producido por la disociación entre el diagnóstico y la terapia en la medicina oficial, es el extraordinario aumento de las enfermedades crónicas. Dichas enfermedades son diagnosticadas mediante la apreciación médico-técnica. Sin embargo, no hay terapias lo suficientemente eficaces para combatirlas. Así, la medicina induce enfermedades incurables que suponen situaciones de peligro e inseguridad para la vida:

“A principios de este siglo, de cada cien hombres aproximadamente cuarenta morían por enfermedades *graves*. En 1980, aún éstas representaban un porcentaje de causas mortales. En cambio, para el mismo período, la cantidad de enfermedades *crónicas* aumentó del 46% a más del 80%. Cada vez es más frecuente padecer mucho tiempo. Hay casi un 70% de enfermos crónicos para los 9,6 millones de alemanes occidentales que se registraron como recuperados en el microcenso de 1982. Cada vez es más excepcional la curación en el sentido de la intención originaria de la medicina. Y no se trata sólo de que falle. Es precisamente en razón de su *éxito* que la medicina desplaza hombres a la situación de enfermos, porque es capaz diagnosticar con medios técnicos sofisticados” (*Ibidem*, pág. 256).

Finalmente, destacar que una de las corrientes del pensamiento postmoderno cuestiona dos de los núcleos centrales de la modernidad: la ciencia y la tecnología. Lyotard (1989) hace patente su crítica y rechazo hacia la tradición positiva de la ciencia occidental. Dicho autor establece una equiparación entre ciencia y tecnología y occidentalización:

“Desde Platón la cuestión de la legitimación de la ciencia se encuentra indisolublemente relacionada con la legitimación del legislador. Desde esta perspectiva, el derecho a decidir lo que es verdadero no es independiente del derecho a decidir lo que es justo, incluso si los enunciados sometidos

respectivamente a una u otra autoridad son de naturaleza diferente. Hay un hermanamiento entre el tipo de lenguaje que se llama ciencia y ese otro que se llama ética y política: uno y otro proceden de una misma perspectiva o si se prefiere de una misma elección, y ésta se llama Occidente” (Lyotard, 1989, pág. 23).

Frente a esta postura, Inglehart (1998) sostiene que no es adecuado el posicionamiento de algunos autores como Jean-François Lyotard y Jacques Derrida respecto a la equiparación que hacen entre modernización y occidentalización. Plantea que no sólo es una idea ya anticuada, sino que demuestra cierto desconocimiento acerca de algunos aspectos centrales de la modernización.

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 2. LA MEDICINA EN LA SOCIEDAD TRADICIONAL.

CAPÍTULO 2. LA MEDICINA EN LA SOCIEDAD TRADICIONAL.

El capítulo que se expone a continuación consta de dos partes. La primera parte muestra las transformaciones que experimenta la medicina como consecuencia de los cambios que acontecen en el escenario de la sociedad tradicional. En un primer momento el arraigo del cristianismo hizo que los monjes ocuparan un espacio de la asistencia médica. El monoteísmo cristiano imprimió un cambio en los valores de la sociedad tradicional, asentados en el principio de caridad y en una nueva consideración del enfermo y de la enfermedad. Sin embargo, como consecuencia del proceso de secularización de la vida social que tuvo lugar en Europa a partir del siglo XIII, la idea cristiana de asistencia caritativa fue suplantada por una noción benéfica gubernativa de carácter laico. La segunda parte versa sobre el fenómeno del pluralismo médico, es decir la coexistencia de distintas formas de medicina. En la sociedad tradicional la presencia de un sistema plural de curación permitía que las fronteras entre la medicina ortodoxa y la no ortodoxa no estuvieran claramente delimitadas, y que además hubiera un solapamiento casi permanente entre ambas. Los médicos conformaban una pequeña parte de ese pluralismo asistencial en el que también se integraba una amplia diversidad de sanadores.

1. Los *saberes* médicos en la sociedad tradicional.

La Iglesia Cristiana fue unificada por Justiniano en Constantinopla en el siglo VI, momento en el que quedó abolido el paganismo. La expansión del cristianismo llevó aparejada profundas transformaciones en la vida social de la Europa medieval. Con la predicación de la fe cristiana, la medicina pasó a manos de los monjes. Uno de los rasgos más claramente diferenciadores del

cristianismo con respecto a otras religiones, fue concebir la enfermedad no como una emanación del pecado, ni como un castigo divino. La nueva religión en sintonía con sus más grandes preceptos, trató de atender a todas las capas de la población con la intención de superar la desigualdad social existente en la sociedad pagana. De hecho, en las primeras comunidades cristianas se produjo una igualdad asistencial que desapareció con la adopción del cristianismo como la religión oficial del Imperio Romano. En cuanto a la asistencia médica se refiere, los cambios vinieron acompañados por una consideración diferente del enfermo y una forma nueva de relaciones humanas asentada en el principio de la *caridad*. Por un lado, la nueva concepción del enfermo como un ser elegido por Dios, cuyos padecimientos terrenales tendrán un efecto multiplicador, viéndose más tarde recompensados en el otro mundo. Por otro lado, la comunidad cristiana habrá de acoger a su nuevo miembro dándole muestras de su piedad. Estas circunstancias preparan otro escenario, distinto al que existía en la sociedad pagana, en el que va a tener lugar una asistencia médica compasiva, magnánima y desprendida, cuya primera expresión en el plano institucional va a ser la fundación del hospital.

Los *saberes* médicos transitarán por una serie de etapas que desde la medicina monástica hasta la medicina moderna, se verán influidos por el pulso social del momento. La medicina medieval²⁴ discurrirá en una primera fase, animada al ritmo de sonos de Canto Gregoriano, por los espacios lóbregos de los monasterios de la Alta Edad Media. Los monasterios medievales, receptáculos introvertidos de todos los *saberes* de aquel entonces, vivirán su

²⁴ “La *Medicina medieval* (siglos V-XV d.C.) siguió la pauta doctrinal heredada de la Antigüedad clásica, con escasas aportaciones originales, y cuyo papel histórico más importante fue la labor de transmisión cultural entre el mundo antiguo y el moderno. Durante el milenio medieval, y en dos fases de distinta significación y contenido, Alta y Baja Edad Media, se asiste a un complejo proceso de recepción y asimilación del legado griego y helenístico, a través de tres ámbitos culturales, políticos y religiosos: el mundo bizantino, el Islam y el occidente europeo” (Riera, 1985, pág. 26).

momento de gloria cuando los monjes amanuenses copien los escritos de los grandes médicos de la Antigüedad. Un lapso de tiempo que la propia dinámica social acabará extinguiendo para depositar en otras manos la cultura y el saber médico, ya secularizados.

El monoteísmo cristiano desata un cambio en los valores de una sociedad estratificada en estamentos, donde la visión del mundo giraba en torno a la tradición. La intensidad vital de la sociedad estamental vibra sobre un trípode: Dios, la tierra y la comunidad, los tres ejes de la existencia humana. Dios como creador de toda forma de vida, la tierra como suministradora del sustento y la comunidad como reducto donde arraigan los lazos sociales. Los tres soportes de la presencia simbólica y material de un mundo atrapado en la tradición, que ensimismado por ancestrales cantos alegóricos, articula una estructura social inmóvil, detenida por un milenio de tiempo. En la sociedad feudal estamental el término *vínculo* descubre una tonalidad diferente, es más una atadura que una ligazón; el vínculo con lo divino, con la tierra y con los congéneres remite a un mundo social estático, homogéneo, suspendido en una malla de relaciones sociales de subordinación y dependencia. La “herida” social del vasallaje, eco de la antigua sociedad esclavista, se prolongará hasta bien entrada la sociedad moderna para transformarse en otras formas de sufrimiento humano, producto de relaciones sociales desiguales y asimétricas. La estructura social estamental producía el “cierre social”, de manera que los individuos quedaban perpetuamente sentenciados a vivir su estatus de origen, restando toda posibilidad de movilidad social. La sociedad agraria feudal remite a un sistema de estratificación social cerrado, que durante cientos de años se fue perpetuando de generación en generación. El destino social de los individuos de las sociedades premodernas se fundamentaba en las características adscriptivas de los mismos, es decir estaba determinado por su nacimiento. El origen social ubicaba a los sujetos en una posición muy concreta

dentro de la pirámide social, preestableciendo su recorrido y experiencia vital. En una forma de estratificación social tan rígida y jerarquizada, marcada por el origen de nacimiento, la posibilidad de movilidad social basada en el mérito individual era impensable. Las creencias religiosas apoyaban esa forma de estratificación social²⁵ y fortalecían los vínculos entre los individuos.

La honda desigualdad inmanente a la sociedad agraria feudal, se prolonga en una desigualdad asistencial que se manifiesta en la jerarquía de dependencias existente en los monasterios de la Alta Edad Media. La diversificación de estancias a modo de microcosmos, donde el poder *omnímodo* de la Iglesia proyecta intramuros la homóloga representación del espacio social. Así, el *infirmarium* es el lugar designado a los monjes cuando enferman, el *hospitale pauperum* está destinado a los enfermos, a los peregrinos y a los pobres que se veían impedidos para pedir limosna, el *hospital* o espacio dedicado a los novicios y conversos, la *leprosería*, alejada del resto del recinto y, finalmente, una *residencia* cuyas dependencias estaban destinadas a alojar huéspedes ilustres ya estuvieran enfermos o no. Ciertamente, los hospitales de esa época se concebían más como albergues y casas de misericordia que como hospitales clínicos propiamente dicho. Evidentemente, los monarcas y en general toda la nobleza, así como los altos representantes de la jerarquía eclesiástica, gozaban de los privilegios que su

²⁵ Los vínculos sociales que se establecen en la sociedad agraria feudal, en la clásica formulación establecida por Tönnies (1979), es decir la *Gemeinschaft* como forma primigenia de estructuración social, estaban sujetos a lo sagrado. Todos los grupos humanos orientan su conducta de acuerdo a la “voluntad”; en este sentido, toda relación social supondría una relación entre “voluntades”. Los dos tipos de “voluntades” que argumentó Tönnies: la orgánica (*Wesenwille*) y la reflexiva (*Kürwille*) suponían niveles de relaciones sociales distintos. De esta manera, las relaciones comunitarias (*Gemeinschaft*) son el reflejo de la voluntad orgánica, al igual que las relaciones societarias (*Gesellschaft*) son el reflejo de la voluntad reflexiva. Para Tönnies las relaciones comunitarias representaban la semilla de la cohesión social.

rango les otorgaba y, en consecuencia, disponían de médicos de cámara, dispuestos a atender sus necesidades de salud.

El saber médico en la Europa medieval hasta finales del siglo X, permaneció reducido a escasos vestigios heredados de los clásicos. Los monjes atesoraban gran parte del conocimiento de la medicina, así como su práctica. Corría el año 529 cuando Benedetto de Norcia fundó el monasterio de Monte Cassino, construcción edificada sobre el desaparecido templo de Apolo, dios de la medicina. La biblioteca de dicho monasterio guardaba manuscritos sobre medicina muy apreciados por toda la comunidad monástica. En la *Regula Benedicti* de San Benito, se fijó como uno de los principales objetivos de la convivencia monástica, el cuidado y la dedicación a los enfermos. De igual modo, en las escuelas monacales de algunos monasterios se copiaron y tradujeron textos de los médicos más importantes de la Antigüedad: Hipócrates, Dioscórides y Galeno²⁶, entre otros, así como numerosas obras médicas de autores desconocidos.

²⁶ Riera (1985) sostiene que Galeno está considerado uno de los médicos más célebres de la Antigüedad. Nació en Pérgamo, lugar de gran prestigio cultural y científico, alrededor del año 129 de la Era Cristiana. Recibió una sólida formación filosófica basada en el epicureísmo, el estoicismo, el platonismo y, sobre todo en el aristotelismo. En el sistema médico-fisiológico planteado por Galeno, se observa la notable influencia de Aristóteles. Ejerció de médico de los gladiadores en su ciudad natal y, más tarde alcanzó un elevado prestigio profesional como médico del Emperador Marco Aurelio. Autor enormemente prolífico, pues se calcula que escribió unas cuatrocientas obras, de las cuales se conservan unas ochenta y tres. Debido a sus amplios conocimientos sobre filosofía, en sus textos también planteó cuestiones filosóficas. En sus obras hay aportaciones de Anatomía, Fisiología, Clínica, Terapéutica e Higiene; dichas aportaciones constituyen un *Corpus*, un sistema médico acabado. La obra de Galeno muestra fundamentalmente el nexo entre el humoralismo hipocrático y el pensamiento filosófico de Aristóteles, además introduce algunos elementos de diversas escuelas médicas (empíricos, metódicos y pneumáticos) y filosóficas (platonismo, estoicismo y epicureísmo).

De otro lado, Europa vivió durante la Baja Edad Media una etapa de cambios sociales trascendentales. Las cruzadas desencadenaron movimientos de población importantes a partir del siglo XI y, de su mano, la llegada de enfermedades nuevas procedentes de oriente. Las persistentes disputas del papado frente al Imperio germánico para asentar la sede de la Iglesia Cristiana en Roma, así como las pugnas entre los distintos linajes dinásticos, trazaron un horizonte de intensa convulsión social. A la ya enrarecida atmósfera social, habría que sumarle los daños producidos por la Guerra de los Cien Años (1337) y el contagio de la peste (1348) que golpeó duramente el contingente de efectivos demográficos, restando la mitad de su volumen. Es precisamente en la Baja Edad Media cuando se inicia el pausado proceso de secularización²⁷ de la sociedad, en el cual la medicina gana autonomía. Este proceso es

²⁷ Díaz-Salazar (1998) destaca las siguientes observaciones acerca del proceso de secularización: “Es un proceso socio-histórico a través del cual se establece, por un lado, una separación entre el factor religioso y los sistemas políticos, sociales y culturales y, por otro lado, crecientes sectores de la sociedad se alejan de los universos simbólicos religiosos. En las sociedades secularizadas crece el número de individuos que interpretan la vida personal y colectiva sin referencia a cosmovisiones religiosas. Desde una perspectiva histórica, la secularización supone que por primera vez las explicaciones y legitimaciones religiosas del mundo pierden su plausibilidad para masas de la población. El hecho de que este proceso tenga lugar, sobre todo, en países occidentales tiene, según Weber, una explicación religiosa: el judeo-cristianismo que configuró la cultura de fondo de Occidente es una religión intramundana que desacraliza el mundo y racionaliza la moral. Una explicación parecida fue formulada por Gramsci con su concepto del suicidio del catolicismo social (esta religión centra al creyente en tareas sociales y poco a poco lo aparta de las dimensiones sobrenaturales). Otros factores sociológicos que influyen en el surgimiento y desarrollo de la secularización son el pluralismo cultural, la urbanización, la industrialización, la escolarización, la democratización y laicización del Estado, la diferenciación y especialización de las instituciones. Especialmente en las sociedades occidentales, la religión es introducida en una situación de mercado competitivo entre ofertas de sentido, interpretación de la realidad y organización de la sociedad; de esta forma pierde su monopolio histórico. La secularización tiene diversas manifestaciones y niveles de intensidad: ocaso de la religión dominante, transferencia de religiosidad a realidades e instituciones profanas y de sacralización de antiguas religiones, inmanentización de religiones sobrenaturales, desconexión de la sociedad de las propuestas religiosas persistentes, desacralización completa de la sociedad y de la mayoría de los individuos” (Díaz-Salazar, 1998, pág. 673).

alimentado por una serie de cambios, entre los cuales cabría destacar: la liberación de la mano de obra agrícola y el crecimiento de las ciudades; innovaciones tecnológicas aplicadas a la esfera de la producción y a la organización de la economía; el nacimiento de la primera economía de mercado y, en último lugar, aunque no en último orden de importancia, una forma nueva de pensar: la mentalidad burguesa. El mundo de la Alta Edad Media fue un mundo esencialmente rural, con una economía estacionaria que acentuaba los valores tradicionales, respaldados por rígidas normas religiosas, donde el comercio, las artes o la educación se vieron reducidos a su mínima expresión. El mundo de la Baja Edad Media fue un mundo nuevo y dinámico, donde la ciudad representaba el elemento de ruptura más importante con el pasado, crisol que contenía una nueva clase emergente con un conjunto de valores hasta entonces desconocidos. El ethos de la burguesía, con su mentalidad capitalista imprimirá una serie de cambios de importante calado para el devenir posterior. La secularización de la vida social que comienza en Europa alrededor del siglo XIII, supone el arraigo de la mentalidad burguesa. La aparición de la burguesía como una clase social nueva que anticipa nuevos valores, frente a los valores tradicionales de la vieja aristocracia feudal y eclesiástica, marcará una impronta que de entrada, se verá plasmada en uno de los más altos valores de la mentalidad burguesa, la conciencia de la propia *individualidad*.

En esta época de vivo cambio social, la medicina transitará durante varias centurias impregnada de la dogmática fe religiosa, así como de diversos artificios que harán gala de su presencia, no sólo en las formas de medicina creencial o popular, sino también en la medicina académica. Así, Guy de Chauliac estaba convencido de que los judíos habían provocado la peste bubónica, y Arnau de Vilanova pensaba que las enfermedades producidas por brujería tenían remedio únicamente si se utilizaban amuletos. De este modo, la

superchería y la superstición también tenían su lugar en el saber médico académico, el cual seguía fielmente los escritos árabes traducidos en Toledo y en Salerno. La medicina que se practicó en la Baja Edad Media era la doctrina médica recuperada de los textos árabes, los cuales estaban inspirados o recogidos de los escritos griegos. En la ciencia medieval no hubo ni observación ni experimentación, éstas eran suplantadas por las leyes de la lógica; el conocimiento que se obtenía de la naturaleza se basaba en los escritos de Aristóteles, finalmente aprobados en 1231 en el decreto de Gregorio IX.

La medicina no escapa al proceso de secularización de la sociedad, y también se hace eco de todos los cambios sociales que están aconteciendo. Como resultado del fuerte aumento de la población urbana y, por tanto, del desarrollo de las ciudades, los enfermos comienzan a ser asistidos en sus casas, y de esa asistencia domiciliaria data el origen remoto del “médico de cabecera”. Por el contrario, los estratos más desamparados de la población, seguían buscando auxilio en los hospitales que por entonces, los reyes, la nobleza, el clero o los primeros burgueses habían mandado fundar:

“Cambios en la estructura económica de la sociedad medieval hizo que en algunas ciudades con predominio comercial de la burguesía, como sucedió en las de la Liga Hanseática, Lübeck en particular cuyo hospital se fundó en 1287, los nosocomios atendidos por la Hermandad del Espíritu Santo pasaran a depender administrativamente de las propias comunidades burguesas. Por el contrario, indica Philipsborn (1954), en Borgoña y otras zonas agrícolas ricas de Francia, fue la nobleza la que fundó y sostuvo preciosos hospitales del Espíritu Santo, como el de Baume edificado en 1143, Angers en 1175, Le Mans en 1180, Dijon en 1204 y muchos otros que aún se conservan” (Guerra, 1985, págs. 211-212).

Los tres niveles de la asistencia médica oficial existentes en la Baja Edad Media: los médicos de cámara, los “médicos de cabecera” y los hospitales para miserables, continuaron su andadura durante los siglos XV, XVI y XVII. Sin embargo, como consecuencia de la secularización de la vida social, el concepto cristiano de asistencia caritativa fue siendo sustituido por una concepción benéfica gubernativa de carácter laico. El mercantilismo exigía ciertos niveles de efectivos demográficos dedicados a actividades productivas y, como resultado, el Estado se sintió obligado a organizar la asistencia con criterios diferentes a los hasta entonces vigentes.

2. El pluralismo médico en la sociedad tradicional.

Saks (1992) sostiene que los cuidados de salud en las sociedades preindustriales eran extremadamente variados en cuanto a su naturaleza se refiere, tan sólo existía una minoría de practicantes a quienes se podía considerar como oficialmente sancionados para ejercer la medicina. Se trataba de un reducido número de médicos de clase alta educados en la medicina griega y en las universidades. En la atención a la salud era muy frecuente el autocuidado y la prestación de ayuda por miembros de la comunidad cuando no había practicantes residentes. Cuando los cuidados eran suministrados por individuos que recibían algún tipo de estipendio, había una amplia gama de practicantes que se dedicaban en parte o en exclusiva a ese oficio y, muy frecuentemente eran itinerantes. Stacey (1988) sostiene que en un sistema plural de curación de estas características, no había una separación clara entre la esfera de la medicina ortodoxa y la esfera de la medicina alternativa. A su vez, Wright (1975) señala que la medicina ortodoxa en la Gran Bretaña preindustrial no se diferenciaba claramente de la práctica de otros sanadores, lo que resulta evidente en materia de astrología. Así, en numerosas ocasiones

la astrología acompañaba la práctica de algunos miembros del elitista *Royal College of Physicians*, como fue el caso de uno de sus presidentes. De este modo, se evidencia un solapamiento permanente entre el conocimiento utilizado por los practicantes de la medicina popular y el empleado por los practicantes de la medicina ortodoxa.

Según Riera (1985) la medicina popular o *creencial* en la Edad Media mostraba rasgos heredados de la medicina precientífica practicada desde los comienzos de la humanidad hasta el siglo VI antes de Cristo. La concepción mágico-religiosa de la enfermedad era la principal característica, de ahí que la superstición o la religiosidad tuvieran un papel destacado. El recurso a las creencias religiosas, a la magia, a las supersticiones y a algunas formas de empirismo, representaban los modos de entender y enfrentar la enfermedad. La medicina popular medieval mantuvo una relación pseudocientífica con el cristianismo. La pervivencia de la superstición y de las creencias astrológicas impregnaron las diversas formas de medicina de todo el milenio medieval. Los cristianos primitivos encontraron algunos recursos para combatir la enfermedad, entre ellos, la oración o la unión sacramental vistas como un medio para recuperar la salud, especialmente en las enfermedades cuyo origen se imputaba a “posesión demoníaca” o cuando se realizaban exorcismos. Los primeros cristianos también recurrieron a las supersticiones y a los “Santos Sanadores” para luchar contra la enfermedad. Así, las creencias supersticiosas adoptaron formas diferentes:

“Lo propiamente supersticioso hizo muy pronto su aparición. En este caso no se trata de una oración impetrativa de la gracia divina o de la intervención sobrenatural. Un inframundo del Cristianismo primitivo, incurso en la superstición, tuvo su expresión bajo formas de creencias milagreras, amuletos, astrología, exorcismo, ceremonias mágicas pseudocristianas, sueños en el templo, amuletos, reliquias verdaderas o falsas, etc., muestra hasta la saciedad de los excesos cometidos por

algunos miembros de las primeras comunidades cristianas. La literatura cristiana (siglos II y III d.C) muestra los desmedidos abusos del “exorcismo” y la Medicina *in nomini Christi*, incurso en la más clara demonología. Supersticiones orientales penetraron en el Cristianismo primitivo, dando forma creencial a los recursos médicos empleados: la astrología caldea, los ritos mágicos, la gnosis, etc., lograron amplia vigencia y aceptación. Incluso en Bizancio los ritos “incubadores” de Asclepio pasaron a ser practicados bajo la advocación de los santos Cosme y Damián” (Riera, 1985, págs. 310-311).

López (2002) sostiene que los sistemas médicos mágico-religiosos de la Edad Media provenían de la época pagana, de los pueblos celtas y germánicos fundamentalmente:

“El cristianismo, convertido en la religión oficial, había asimilado la medicina racional griega y helenística, que únicamente fue rechazada por algunos autores aislados, partidarios de tratar las enfermedades sólo con oraciones y exorcismos. Sin embargo, junto a la medicina racional, en las sociedades medievales, lo mismo que en las de la Antigüedad clásica, perduraron las prácticas curativas basadas en fuerzas ocultas o sobrenaturales. Las compatibles con la religión oficial fueron cristianizadas más o menos profundamente. Por ejemplo, casi todos los santuarios de Asclepio permanecieron bajo la advocación de la virgen María o de algún santo y algo parecido sucedió con otras instituciones y prácticas de origen clásico, celta o germánico. Por el contrario, las que chocaron con los principios cristianos fueron perseguidas por supersticiosas, diabólicas e inmorales. A pesar de la represión eclesiástica y civil, muchos cultos y prácticas prohibidos se conservaron en la clandestinidad, no sólo a lo largo del milenio medieval, sino durante los primeros tiempos modernos” (López, 2002, pág. 170).

Asimismo, durante el medioevo los pueblos germánicos practicaron una medicina primitiva de carácter teúrgico; entendían la enfermedad como consecuencia del pecado. Las enfermedades, las cuales surgían como castigo por daños cometidos, aparecían si el dios pagano Wotan-Olin daba permiso a los demonios para que éstos las provocaran. La aparición de las enfermedades por causas naturales también era un hecho admitido socialmente. Para

prevenir y tratar los malestares se realizaban sacrificios con animales y exorcismos. En estos rituales los amuletos y las plantas con virtudes mágicas y curativas ocupaban un papel destacado. Las mujeres sabias eran las únicas conocedoras de las bondades mágicas de las plantas. En el tratamiento de las patologías, heridas, fracturas, así como en los partos y en las pequeñas intervenciones quirúrgicas, era frecuente la utilización de sortilegios y ofrendas. En las Islas Británicas los druidas, sacerdotes visionarios encargados de la adivinación, se ocupaban del ejercicio de la medicina. El empleo de plantas mágicas era la base de su método terapéutico, así el muérdago sobresalía por su notable protagonismo, aunque también la mandrágora, la centaurea y otras hierbas eran de uso frecuente (Guerra, 1985).

Al mismo tiempo, es conocida la influencia que la astrología ejerció sobre la medicina, de hecho numerosos textos médico-astroológicos fueron escritos por médicos árabes durante el medioevo. Existía la creencia en el poder que tenían los astros sobre la vida de las personas y, en consecuencia sobre la aparición y desarrollo de las enfermedades. De hecho, los conocimientos sobre astrología se empleaban no sólo con fines curativos, sino también para diagnosticar y pronosticar las diversas patologías. Se sabe el interés que médicos célebres como Pietro d'Abano de la prestigiosa Universidad de Padova, y Arnau de Vilanova quien sostenía que los preparados medicinales aumentaban su efectividad si se preparaban en una conjunción astral favorable, habían depositado en la astrología. Pietro d' Abano después de viajar durante algunos años por cercano oriente, y residir en Constantinopla y en París, enseñó filosofía y medicina en la universidad. Sus escritos sobre astrología y geomancia le señalaron como hereje y hechicero. Aunque su obra tuvo cierta importancia, años después de su muerte le condenaron por apóstata, sus obras fueron prohibidas y sus restos tras ser desenterrados, ardieron en la hoguera. También es notoria la atracción que

ilustres personalidades como Federico II, Alfonso X el Sabio y los papas Juan XXI, Julio III y Pablo III sintieron hacia la astrología.

El Renacimiento representó una etapa de resurgimiento de las creencias astrológicas. Durante los siglos XVI y XVII se pensaba que los astros influían sobre las acciones humanas y sobre la vida en general, y por tanto, sobre el origen y la evolución de las enfermedades. Estas creencias estaban muy extendidas entre todos los estratos de población, tal es así que ilustres humanistas como Marsilio Ficino y Pietro Pomponazzi relacionaron los fenómenos de la naturaleza con el movimiento de los planetas. También el médico y astrólogo Gaspar Torrella estaba muy interesado por las influencias astrales, lo que le llevó a escribir una obra sobre Astrología. Igualmente, se creía en la posesión diabólica como fuente de algunas enfermedades. El Renacimiento fue una época en la que la superstición satánica y las ideas acerca del poder del demonio como fuente de adversidades, cobraron una pujanza significativa. Se reavivaron viejas creencias babilónicas sobre el influjo de supuestas fuerzas malignas como causa de las dolencias. La superstición sobre el “mal de ojo” o “aojamiento” que existió durante toda la Edad Media, se siguió manteniendo fuertemente durante los siglos XVI y XVII. Algunos médicos de la época estaban convencidos del poder de ese encantamiento como Alfonso López de Correla, que lo expuso en su obra *Secretos de Filosofía, Astrología y Medicina* de 1547 o Antonio de Cartagena, entre otros. También el marqués de Villena se interesó por esta forma de maleficio, tal es así que escribió el famoso *Tratado de aojamiento o fascinología*.

Según López (2001) el ejercicio de la medicina en España durante el siglo XVI no estaba exclusivamente reservado a los médicos, sino que por el contrario existía un numeroso elenco de practicantes de todo tipo, que desde

los ensalmadores hasta las parteras, cubría un amplio espectro de la demanda de la población:

“Además de los médicos con título universitario y de los cirujanos autorizados por el Protomedicato, las cofradías o los examinadores municipales, practicaron la medicina en la España del siglo XVI empíricos de varios tipos y cultivadores de diferentes ‘supersticiones y hechicerías’. Este último grupo, integrado por saludadores y ensalmadores, brujas y hechiceros, conjuradores, nigromantes, etc., fue duramente perseguido no sólo por las instituciones médicas, sino por la Inquisición. En cambio, frente a los empíricos se mantuvo una postura ambivalente, intentando casi siempre su reglamentación. Por ejemplo, una pragmática de los Reyes Católicos reguló en 1500 la concesión de autorizaciones de ejercicio para barberos y sangradores. El mismo Protomedicato examinó durante algún tiempo a las parteras, ‘comadres’ o ‘madrinas’ y la pragmática de Felipe II de 1588 preveía la concesión de ‘licencias particulares’ para tratar las estrecheces uretrales y extraer cálculos urinarios, para curar tiñas, así como para los ‘batidores de cataratas’, los hernistas y los ‘algebristas’. Para el examen de estos últimos, que eran prácticos en la reducción de fracturas y luxaciones, llegó a publicar en 1599 el protomédico Luis Mercado, por encargo real, un excelente compendio en castellano” (López, 2001, pág. 112).

A su vez, destaca Rojo (1993) que en la Castilla del siglo XVI existía un cuantioso grupo de curanderos, mujeres y hombres que superaban numéricamente al conjunto de médicos oficialmente reconocidos. Dichos sanadores cubrían un espacio importante de los cuidados médicos en ese período. Debido a la escasez de recursos de la población y al resultar costoso afrontar los honorarios de los médicos, los curanderos se multiplicaban por doquier e incluso eran aceptados por los propios médicos, ya que se conocen casos en que los mismos facultativos enviaban algunos pacientes a tratarse con conocidos curadores de la época. Sin embargo, la mayoría de los médicos no consentía ensalmos, sortilegios, ni pactos diabólicos de ninguna guisa, de hecho pensaban que quienes realizaban este tipo de prácticas, eran más

enfermos mentales que seres con poderes divinos o sobrenaturales. Los curanderos eran analfabetos y en el caso de las mujeres, muchas eran viudas que tenían serias dificultades para afrontar la situación de pobreza que su nuevo estado civil les imponía:

“En primer lugar la curandera es una viuda, lo que es frecuente en este tipo de sanadoras. En el siglo XVI la viudedad está muy cerca de la pobreza, al dejar de entrar en casa dineros procedentes del marido y ser muy pocas las mujeres con oficio. Las viudas suelen comenzar por vender los bienes de la casa, para mantenerse, hasta llegar a los niveles de la absoluta pobreza. Son muchos los inventarios ‘post mortem’ de viudas en los que sus bienes se limitan a las ropas que llevan puestas, un jergón, una manta y una sartén; por no tener no tenían ni escudilla en la que echar los alimentos cocidos. Muchas de ellas toman los oficios de alcahuetas, curanderas, demandaderas, compradoras, hospitaleras, enfermeras, y otros semejantes, que tan repetidamente aparecen en la literatura del XVI y XVII” (Rojo, 1993, pág. 41).

Asimismo, Larner (1984) destaca la amplia gama de remedios populares a disposición de los individuos en la Gran Bretaña de los siglos XVI y XVII. Dichos remedios iban desde rituales de sanación llevados a cabo mediante sortilegios y encantamientos hasta la medicina empírica basada en el uso de plantas y minerales. Los remedios también incluían prácticas tales como llevar amuletos para curar cólicos, conjuros para evitar el dolor, el uso de ungüentos, quemar y enterrar animales, además de hervir la orina de los pacientes con plantas para eliminar los padecimientos. Igualmente, se pensaba que el rey estaba investido con poderes mágicos, consecuencia de la creencia en su naturaleza divina, lo que explica el hecho de que actuara como sanador mediante el *king's touch* para la cura de afecciones de cabeza, cuello y ojos.

Paralelamente, en América del Norte los cuidados de salud durante el siglo XVI giraban en torno a la tradición médica de los nativos americanos. La llegada de los europeos imprimió cambios importantes en la cultura de salud de los indígenas. La forma de medicina que importaron los recién llegados coexistió con las tradiciones médicas nativas. En las primeras colonias los practicantes médicos eran muy escasos, ya que las duras condiciones de vida resultaban poco atractivas para los médicos elitistas europeos. Así, los escasos practicantes que llegaron a asentarse eran cirujanos de barco, farmacéuticos y aquéllos que habían adquirido ciertas destrezas médicas en Europa y, junto a éstos, existía toda una pléyade de empíricos que dispensaban sus propias medicinas (Stevens, 1971). Debido al reducido número de médicos dedicados a los cuidados de salud en las colonias americanas, era habitual que hombres que trabajaban en otros ámbitos como la enseñanza o las leyes, también ejercieran de doctores. De igual forma, según Berlant (1975) numerosos clérigos actuaban como doctores reforzando el vínculo entre medicina y ministerio, a la vez que cuidaban de las almas de sus feligreses, también lo hacían de sus cuerpos.

En definitiva, en las colonias americanas la formación de los médicos se basaba principalmente en un cierto aprendizaje previo y en métodos autodidactas. Hay que tener en cuenta que incluso a finales del siglo XVII no existían escuelas médicas, ni leyes, ni sociedades médicas que establecieran un mínimo control normativo (Stevens, 1971). En estas circunstancias, la línea divisoria entre la medicina ortodoxa y la medicina no ortodoxa queda muy desdibujada, incluso mucho más de lo que lo estaba en Europa por esa misma época. Este eclecticismo perduró a lo largo del siglo XVIII, período que se caracterizó porque cualquiera estaba capacitado para practicar la curación, puesto que no existía un cuerpo de conocimientos compartido, además de

pocas limitaciones legales. En este contexto, resultaba dificultoso distinguir entre los practicantes regulares y los irregulares. Según Duffy (1979) es en el caso de las comadronas donde más claramente se difumina la línea divisoria entre la ortodoxia médica y la no médica. Las parteras hasta mediados del siglo XVIII se encargaron de todo el trabajo relacionado con la obstetricia, tan sólo recurrían al médico cuando había complicaciones en el parto. Al mismo tiempo, trabajaban como enfermeras y pediatras y su práctica se basaba únicamente en el conocimiento tradicional.

CAPÍTULO 3. EL PROCESO DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA.

CAPÍTULO 3. EL PROCESO DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA.

El sentido que cobra este capítulo se explica dentro de las coordenadas en las que la medicina científica se erige en plena Modernidad, como opción única y excluyente frente a otros recursos terapéuticos que tradicionalmente ocuparon un espacio “legítimo” dentro del pluralismo médico. Dichos recursos fueron emplazados en algunos casos, a posiciones secundarias dentro del sistema y, en otros casos, fueron confinados definitivamente fuera del mismo. El proceso en el que la medicina se profesionaliza hay que situarlo en el marco de la formación del Estado liberal. En este contexto en el que se sientan las bases de los Estados nacionales y se configura un espacio político secundado por las ideas liberales, la medicina científica encuentra la pilastra en la que apuntalar su hegemonía absoluta y suprema. La medicina será a partir de ese momento, reconocida, legitimada y amparada por las instancias oficiales del naciente Estado moderno.

1. La génesis de la profesionalización de la medicina.

Los antecedentes a los intentos de profesionalización de la medicina²⁸ se remontan a los siglos XVI y XVII. Porter (1995) señala que en Gran Bretaña

²⁸ La primera reglamentación para la autorización y control del ejercicio de la medicina fue promulgada en 1140 por Ruggero II de Sicilia. En dicha reglamentación se observaba la prohibición categórica de ejercer la medicina sin haber realizado previamente el examen pertinente. El castigo que se contemplaba para aquellos que infringieran dicha ley era la prisión y la confiscación de bienes. En 1240 Federico II de Sicilia proclamó una orden equivalente a la anterior, con la salvedad de que el examen tendría que tener lugar en la escuela de Salerno. En España el Tribunal de Protomedicato (1477) creado por los Reyes Católicos, más tarde reformado por la pragmática filipina de 1588, fue una de las instituciones más representativas en la regulación de la profesión médica.

a partir del siglo XVII los farmacéuticos representaban el escalafón más bajo del status jerárquico de la medicina “oficial”. Originariamente, los farmacéuticos eran tenderos que llevaban un comercio. Sin embargo, adquirieron una identidad diferente entrando a formar parte de la medicina “oficial” cuando se separaron de los tenderos en 1617 y crearon la *Worshipful Society of Apothecaries*, aunque su formación permanecía sujeta al mero aprendizaje del oficio y no realizaban estudios universitarios como los médicos. Si bien su tarea consistía en dispensar prescripciones, ganaron el derecho a tratar a los enfermos, derecho que se mantuvo durante el siglo siguiente.

A su vez, los cirujanos constituían el segmento intermedio de la medicina “oficial”, al situarse entre los farmacéuticos y los médicos. Dentro de los cirujanos había dos categorías: los que se agrupaban dentro de la *Company of Barbers*, los cuales practicaban una cirugía menor como extracción de dientes, sangrías, etc., y los que se agrupaban dentro de la *Guild of Surgeons*, que tenían un status más alto y ejercían una práctica más compleja como manipulaciones, colocar huesos y realizar amputaciones. Ambos grupos se fusionaron en 1540 en la *Company of Barber-Surgeons* que perduró hasta mediados del siglo XVIII, momento en que se produjo la separación de cirujanos y barberos (Cule, 1997). Inicialmente, los cirujanos practicaban medicina externa más que cirugía interna propiamente dicha. Obviamente, hasta la introducción de la anestesia y de los antisépticos no se empezó a practicar una cirugía más interna, debido a las situaciones de extremo peligro y dolor que revestían algunas intervenciones (Porter, 1995). Entre los cirujanos y los farmacéuticos existía mucha afinidad, en gran parte porque trabajaban como practicantes médicos para las clases bajas y para los habitantes de los pueblos y ciudades pequeñas, a medida que se acercaba el siglo XVIII

(Stevens, 1966). Ambos colectivos consolidaron su posición social a lo largo del siglo XVIII. Los farmacéuticos mediante leyes que les permitían elaborar prescripciones, llevar sus propias tiendas de productos químicos e incluso tratar pacientes en sus casas. Los cirujanos reforzaron su status social con la fundación de entes corporativos como el *Royal College of Surgeons* de Edimburgo en 1778, entre otros.

La profesionalización de la cirugía moderna²⁹ tiene lugar en la Ilustración. Por un lado, los cirujanos comenzaron a recibir formación en centros docentes de igual o superior prestigio que las facultades de medicina. Por otro lado, el avance experimentado en las técnicas quirúrgicas unido a las nuevas estrategias de guerra, no hay que olvidar que el territorio europeo durante el siglo XVIII se vio asolado por continuas contiendas bélicas, así como los cambios originados en la nueva concepción del hospital favorecieron el impulso de la cirugía moderna. (López, 2002). Las guerras y los hospitales fueron los dos espacios más importantes para los cirujanos, ya que constituían los lugares idóneos para adquirir experiencia (Guerra, 1985).

No obstante, fue Francia el primer país donde tuvo lugar la desaparición de la corporación de barberos-cirujanos. En 1731 se constituía en París, mediante un decreto de Luis XV, la *Real Academia de Cirugía*, una institución docente equiparable a la Facultad de Medicina. El caso francés representó un

²⁹ López (2002) ahonda en las circunstancias en las que se produjo el nacimiento de la cirugía moderna: “Durante el siglo XVIII cambiaron las circunstancias que habían condicionado la separación tradicional entre médicos y cirujanos, sobre todo porque el bajo nivel de la cirugía resultaba perjudicial para los intereses de las monarquías absolutas gobernadas de acuerdo con los principios del mercantilismo y del despotismo ilustrado. Los barberos-cirujanos, con nula o muy escasa instrucción eran incapaces de responder a las exigencias que planteaba la nueva organización del ejército, la navegación y el comercio” (López, 2002, pág. 410).

modelo a seguir por la mayoría de los países europeos, teniendo en cuenta las singularidades de cada lugar. En España, por ejemplo, se fundó en el año 1748 en la ciudad de Cádiz el Real Colegio de Cirugía cuyo objetivo era formar cirujanos para la Armada (López, 2001).

De otro lado, según Larner (1984) las *Witchcraft Acts* reforzaban la posición de las tres clases de practicantes médicos con respecto al resto de los practicantes de la medicina popular británica. Las *Acts* se empleaban en contra de quienes reclamaban para sí poderes especiales no santificados por la Iglesia en los siglos XVI y XVII. Las *Acts* habían sido especialmente utilizadas en contra de las comadronas. Para Oakley (1976) lo que realmente se hallaba detrás de las *Acts* era el hecho de que las comadronas desafiaban la autoridad jerárquica en diversos planos relacionados con la religión, la clase y el género. En último término, las *Acts* se produjeron en una época en la que los hombres, miembros de las nacientes corporaciones médicas, estaban cerrando el paso a la participación de las mujeres en diversos ámbitos sociales. Resulta obvio que en una sociedad eminentemente patriarcal, la posibilidad de que las mujeres pudieran incorporarse al creciente sector universitario, representaba un peligro para la posición de los hombres.

Asimismo, Porter (2001) señala que el acoso del que fueron objeto los *quack* durante el siglo XVIII, era una manifestación del interés de los médicos para profesionalizarse en la primera mitad del siglo XIX. Hay que tener en cuenta que la medicina en las sociedades premodernas era vista más como una ocupación que como una profesión vocacional. El desarrollo del mercado, unido al crecimiento de las clases medias en el capitalismo industrial produjo una competencia entre las diferentes prácticas médicas, ya que cada una pugnaba por conseguir un espacio dentro de ese nuevo mercado. En ese contexto social la medicina “oficial” fue combatiendo otras alternativas médicas,

paulatinamente fue ganándose terreno y, finalmente, consiguió quedarse con el monopolio profesional. De este modo, algunas prácticas asistenciales se verán sometidas a un proceso de secularización, quedando relegadas a una posición subordinada y dependiente dentro de la estructura de cuidados, mientras que otras serán finalmente apartadas como la curandería o la fitoterapia. De igual manera, la medicina homeopática y la medicina naturista serán reducidas al ostracismo.

Las mujeres, que ancestralmente ocuparon un lugar importante como sanadoras en el ámbito de los cuidados de salud, fueron desplazadas paulatinamente. Oakley (1976) sostiene que las mujeres, que tradicionalmente habían conformado una parte primordial del pluralismo médico, eran conocedoras y depositarias de todo un arsenal de hierbas y de raíces de plantas, imprescindible para la provisión de cuidados. Las mujeres personificaban un poder simbólico importante dentro de la comunidad y ello les hacía merecedoras de un status social digno³⁰. Ehrenreich y English (1973) hacen hincapié en el proceso de transformación social que la figura de la sanadora experimentó dentro de la estructura de cuidados. Así, las

³⁰ Guerra (1985) mantiene que las mujeres sabias cumplían una función social importante dentro de la medicina practicada por los pueblos germánicos, eran consideradas mediadoras entre las fuerzas curativas y la comunidad: "Entre los dioses paganos dominaba Wotan-Olin cuyos ojos, por reflejar la luz del sol, eran la fuente de la vida y su voluntad la que permitía o negaba a los demonios el provocar las enfermedades. Estas sobrevenían como penas por las faltas cometidas, aunque también se aceptaba su aparición por causas naturales, de ahí que en la prevención y tratamiento de las enfermedades se hicieran sacrificios con animales propiciatorios y exorcismos diversos a los que se asociaban el uso de amuletos y la administración de plantas con virtudes mágicas sólo conocidas por mujeres sabias. La tradición reverenciaba por eso a las adivinatoras Veleda y Aurinia, expertas en el uso de hierbas curativas y para producir encantamientos" (Guerra, 1985, págs. 206-207).

comadronas³¹ fueron suplantadas gradualmente por los parteros u obstetras. La enfermería, tradicionalmente ligada a los cuidados de salud domésticos y a las órdenes religiosas, más tarde emergerá con fuerza profesional en el marco de un mercado competitivo.

Para Comelles (1993) a partir del siglo XVIII los médicos que hasta entonces representaban un segmento más de la pluralidad asistencial, adquirieron una posición dominante y establecieron su jurisdicción³² en el campo de la salud y la enfermedad, sentando las bases del llamado modelo médico hegemónico (MMH), desplazando otras prácticas médicas encomendadas a diferentes tipos de sanadores:

“Desde el siglo XVIII, la política corporativa de los profesionales de la medicina ha buscado asegurarse el monopolio, entre otras cosas, sobre la gestión de la salud mediante un pacto con las burocracias estatales para excluir administrativa y jurídicamente cualquier alternativa, para recuperar para sí campos propios del autocuidado, y medicalizar la sociedad basándose en la idea de universalidad que sustenta el modelo médico hegemónico (MMH). Los médicos eran hasta entonces marginales. La atención de salud estaba confiada mayoritariamente a los particulares y sus redes sociales, apoyada por multitud de oficios curadores y por una red institucional (hospitales, hospicios y santuarios) destinados a ofrecer asilo, cuidado o intervenciones curativas de naturaleza milagrosa. A partir del siglo XVIII su estrategia se centró en dividir la atención en salud en un sector gestionado por médicos con criterios técnico-científicos, y un cajón de sastre de prácticas

³¹ Duin y Sutcliffe (1992) destacan el papel crucial que las mujeres sanadoras representaron en la esfera del pluralismo médico en lo que al alumbramiento de los niños se refiere. Ahondan en el hecho de que dicho papel se remonta a fases muy tempranas de la civilización.

³² Stollberg (2002) apunta que el proceso mediante el cual los médicos establecieron su jurisdicción basada en una serie de conocimientos apoyados en la ciencia, llegando a extender su poder a la sociedad, se le ha llamado “medicalización de la sociedad”.

“tradicionales” o *folk* que debían ser aculturadas por asistemáticas o supersticiosas” (Comelles, 1993, pág. 171).

2. La profesionalización de la medicina.

El proceso de profesionalización de la medicina se gestó en un entramado de cambio social decisivo. Dicho proceso tuvo lugar en un momento histórico en el que estaban aconteciendo una serie de fenómenos relacionados: la emergencia de las ideas democráticas y liberales que sirvieron de apoyo y sostén al nuevo marco político-institucional que representaba el Estado moderno, era el período en el que se estaban conformando los primeros Estados nacionales dentro del mosaico continental europeo, la revolución industrial, la formación de la clase obrera, la expansión de los imperios coloniales y el desarrollo urbano-industrial (Menéndez, 1981). En ese marco social en fase de transformación, la medicina científica encontró el medio apropiado en el que asentar su supremacía, y a partir de ese momento será reconocida, legitimada y amparada por las instancias oficiales del naciente Estado moderno. En este sentido, Foucault (1978) sostiene que la implantación de un determinado modelo de medicina supone un elemento de control social e ideológico por parte del Estado liberal del XIX. A su vez, la industrialización alteró las formas de vida y el estado de salud de la población, generó nuevos problemas y también nuevas necesidades. Los movimientos migratorios del campo a la ciudad dieron como resultado el hacinamiento de masas de población en núcleos urbanos, escasamente dotados. Las condiciones de vida se tornaron difíciles: viviendas insalubres, falta de higiene, alimentación deficiente, primeros signos de contaminación producida por las fábricas y la aparición de enfermedades nuevas. El proletariado fabril³³ demandaba una

³³ Las duras condiciones de vida y de trabajo del proletariado fueron denunciadas por Marx y Engels (1975) en sus numerosos escritos. A su vez, Engels (1965) se basa en

mayor asistencia como consecuencia de las nuevas circunstancias de vida y trabajo, lo que les hacía muy propensos al contagio de enfermedades (Thompson, 1989). Paralelamente, tuvo lugar la *sanitary revolution* (Berliner, 1984) que implicó una serie de reformas medioambientales como la mejora de las condiciones de habitabilidad (saneamiento urbano) y de trabajo, lo que se tradujo en parte, en un descenso importante de la mortalidad, al tiempo que se incrementó la esperanza de vida. La *sanitary revolution* partió del descubrimiento del médico inglés John Snow. En la segunda mitad del siglo XIX la medicina progresó espectacularmente en la lucha contra las enfermedades infecciosas. El avance vino acompañado de mejoras en el urbanismo, en las que es significativo el hallazgo de John Snow sobre el origen de la enfermedad del cólera. Snow descubrió que el cólera se producía como consecuencia de la ingesta de aguas contaminadas procedentes de los ríos y fuentes urbanas, lo cual obligó a las autoridades a reestructurar la red del suministro de aguas de consumo humano. La vacuna contra el cólera y el perfeccionamiento de la infraestructura urbana representaron un progreso importante en materia de salud pública, en una época en la que el higienismo era un elemento central de las políticas gubernamentales. Los logros conseguidos en la prevención del cólera afianzaron los fundamentos de la *medicina social* ya iniciada en la Ilustración y, al mismo tiempo, contribuyeron a la profesionalización de la medicina científica.

La concatenación de fenómenos señalados al inicio de este epígrafe, configuraron el marco idóneo para consolidar y legitimar un modelo de medicina, del que fueron descartadas otras opciones terapéuticas. Dicho modelo, más centrado en el estudio de las funciones y los órganos del cuerpo,

los problemas de la vivienda, por su escasez e insalubridad, para establecer un tratado teórico sobre el materialismo histórico.

enfaticó la observación de los síntomas por encima de la explicación de la enfermedad. El saber médico se asentó en el conocimiento del cuerpo y sus patologías. El foco de atención no se dirigía a la persona enferma, sino que por el contrario, se dirigía a la enfermedad, en consecuencia el tratamiento de la enfermedad se volvió prioritario. En este sentido, hay que tener en cuenta la influencia que el Positivismo, así como los trabajos de Virchow y Koch ejercieron en la medicina a mediados del siglo XIX.

Nos encontramos ante una concepción nueva de la salud y la enfermedad que aísla otros recursos terapéuticos, menos basados en el organicismo funcional. Menéndez (1990) pone el énfasis en el surgimiento de un nuevo discurso ideológico médico en el que la salud y la enfermedad son tratadas de forma exclusiva y excluyente, cercando otras alternativas posibles a ese planteamiento teórico-ideológico. Así, se sumirán en la oscuridad todas aquellas prácticas terapéuticas que coexistieron tradicionalmente, formando parte de todo un *cuerpo* de conocimientos del que era partícipe la comunidad, que además de orientar sobre la salud y la medicina representaban toda una forma de vida. Dichas prácticas fueron sometidas a un proceso de confinamiento y subsistieron en muchos casos como *saberes* oscuros y supersticiosos, símbolos de una época de irracionalidad. Obviamente, el predominio de un determinado modelo médico no se produjo sin antes desencadenarse fuertes disputas ideológicas que condujeron al aislamiento de otras prácticas que funcionaban de un modo alternativo. Este proceso tuvo lugar en Europa en la segunda mitad del siglo XIX, mientras que en Estados Unidos culminó a principios del siglo XX con el *Flexner Report* que supuso un ataque frontal contra la Escuela Americana de Homeopatía y otras escuelas médicas. Se trataba de excluir y apartar del circuito oficial mediante la

legislación, otras alternativas terapéuticas no organicistas y de impedir su desarrollo (Starr, 1982).

En el proceso de profesionalización de la medicina que tuvo lugar en Gran Bretaña durante el siglo XIX, tuvo una importancia capital la creación en 1858 del *Medical Registration Act*. Dicho Registro no sólo confirió a la profesión médica un espacio único, dotándola de más poder, sino que supuso la movilidad social ascendente de un colectivo. Significó el ascenso de los farmacéuticos y de los cirujanos, los cuales adquirieron más reputación profesional, y también la mayor promoción de los médicos, colectivo considerado socialmente más prestigioso (Parry y Parry, 1977). Numerosas campañas parlamentarias desembocaron en una legislación que apoyaba sus demandas, las cuales reclamaban para sí un ámbito exclusivo y cerrado. La legislación se amparaba en un sistema de autorregulación interna, en el cual el reclutamiento se realizaba a través del mantenimiento de un registro y control de la educación y la formación. De esta manera, la profesión médica se garantizaba el monopolio exclusivo en la provisión de servicios en el mercado (Stacey, 1992). Con esta medida tanto médicos como cirujanos y farmacéuticos reforzaban su posición en términos de ingresos, status y poder, llegando a un compromiso en el cual las tres partes de la “profesión regular” conseguían beneficios (Porter, 1995). El *Medical Registration Act* significó que por primera vez, se sentaban las bases de un sistema nacional de licencia profesional en la esfera de los cuidados de salud. Además, suponía el establecimiento de una organización médica única, la regulación de la formación y educación, así como la imposición de sanciones criminales a los practicantes sin licencia. En este sentido, el *Medical Registration Act* dotaba de significado legal a los “practicantes médicos cualificados” que reunían un mínimo de requisitos, diferenciándoles de los practicantes no cualificados cuyos nombres no estaban

en el registro oficial. De este modo, se restringía la entrada a una profesión que consideraban muy masificada, arrinconando otras prácticas terapéuticas y relegándolas a una posición marginal dentro del mercado.

En Estados Unidos la diferencia más importante entre los practicantes ortodoxos y los no ortodoxos, se centró en torno a la educación universitaria de los primeros y el aprendizaje de los segundos, predominantemente práctico. Así, en la segunda mitad del siglo XVIII se crearon algunas escuelas médicas como la escuela de la Universidad de Pensilvania. Igualmente, algunas sociedades médicas locales empezaron a funcionar y, al mismo tiempo, algunos estados comenzaron a dispensar licencias médicas. Los intentos realizados para establecer una estructura médica tripartita similar a la británica, fracasaron en un medio cultural no monopolista en el que la extensa gama de practicantes encontraba su lugar en el mercado. Evidentemente, una estructura de ese tipo representaba una amenaza, puesto que iba en contra de los intereses médicos (Starr, 1982). El proceso de profesionalización de la medicina se produjo en Estados Unidos más tarde que en Europa. A principios del siglo XX la mayoría de los médicos estadounidenses eran autónomos que trabajaban en el sector privado, en un contexto fragmentado políticamente donde cada estado tenía su propia legislación. La creación de numerosos *Consejos de Estado* fue el núcleo del sistema de regulación profesional de la medicina. Estos consejos proveían licencias exclusivas para practicar la profesión médica. Cada consejo estaba compuesto por una mayoría de representantes de las sociedades médicas, lo cual indicaba hasta qué punto los propios médicos controlaban el proceso. A su vez, hay que destacar el interés de las escuelas médicas en obtener licencias, así como en la aprobación de leyes que definieran la formación requerida, ya que la existencia de dichas escuelas dependía del reconocimiento de sus diplomas por parte de los

Consejos de Estado. Finalmente, la publicación del *Flexner Report* en 1910 vino a fijar la uniformidad de criterios en el currículum médico estadounidense.

Por último, señalar que en el proceso de profesionalización de la medicina hay que diferenciar dos etapas. En un primer momento (primera mitad del siglo XIX), el médico trabajaba como profesional liberal y aparecía como la figura central, era un clínico cuya práctica terapéutica giraba en torno al tratamiento del enfermo. La atención al paciente tenía lugar en la consulta médica privada o en la casa del enfermo. En una etapa posterior (segunda mitad del siglo XIX) y coincidiendo con los prolegómenos del Estado de Bienestar Social, el médico se convirtió en un profesional dependiente³⁴:

"Sí significó un cambio en el papel social del médico, puesto que aumentó el valor de su dictamen avalado por la ciencia, que empezaba a estar conformando la vida social y política, y que se manifestaba en torno a la lucha contra la mortalidad y en su nuevo papel en el hospital al que convierte en espacio de formación de conocimientos y de reproducción profesional, y en el que ejerce la filantropía (hasta finales del siglo XVIII los médicos sólo acudían a los hospitales si cobraban de los patronatos de las instituciones). Todo ello implica un nuevo modo de articulación entre hospital y práctica privada en la que la hegemonía de ésta no varía, puesto que no lo hace ni la estructura ni la procedencia de su clientela. El hospital es subsidiario de la práctica privada y su función es asegurar a los médicos el prestigio y la formación necesarias para tener una buena clientela.

A ese modo de articularse el hospital, la atención privada (primaria) a los enfermos, y el papel de los médicos como expertos en políticas de salud, voy a llamarlo *modelo médico clásico*. Con él los médicos crean un dispositivo institucional de investigación, formación y reproducción de profesionales que legitima su monopolio sobre la salud y excluye a los profanos de la misma; pero se constituye sobre una dualidad irreductible:

³⁴ De Miguel (1985) y Díez Nicolás (1985) analizan la evolución de la profesión médica en España, destacando que en el último tercio del siglo XIX emerge la figura del médico como profesional moderno.

la caridad en el hospital, la atención a domicilio. Su contrapartida es que su inserción en el liberalismo económico impedía por su costo y estructura interna, la expansión de tal modelo al conjunto de las clases sociales, tendía a incrementar las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y favorecía la subsistencia o la emergencia de formas de autocuidado que limitaban su expansión” (*Ibidem*, págs. 172-173).

La evolución hacia el modelo médico hegemónico (MMH) no supuso una ruptura respecto al modelo clásico, que a finales del XIX entró en una etapa crítica, sino el resultado de un modelo de organización hospitalaria, esencial para el avance de la cirugía o el tratamiento de algunas enfermedades. Una de las características más notables del nuevo modelo es la prioridad que da a la dimensión biológica de la enfermedad, por encima de la dimensión sociocultural. Asimismo, se produce un desplazamiento de la red social de cuidados, asumida por el modelo clásico, la cual será suplantada por la práctica hospitalaria, donde se prima el desarrollo tecnológico:

“En la mayor parte de países supuso legislación relativa a la formación médica, a la homologación hospitalaria y al control sanitario de alimentos y medicamentos, embriones de sistemas de seguridad social, acciones sectoriales como la lucha antituberculosa, un mayor intervencionismo del estado y un tránsito conceptual hacia la idea de red de asistencia y de gestión integral, una filosofía política en la que el estado se atribuye mayor grado de intervención sobre la vida social y en la que las instituciones se diseñan para una intervención precoz sobre amplias masas de población. El proceso de institucionalización resultante representó la medicalización y psiquiatrización de multitud de problemas de salud tradicionalmente resueltos a domicilio o mediante autocuidado, y dio lugar a nuevas relaciones entre administración, profesionales y profanos. Sin embargo, no todos los países organizaron la atención primaria médica del mismo modo. En algunos casos lo hicieron en torno a instituciones, ambulatorios o consultas externas, otros, mantienen el despacho privado, como en la Gran Bretaña, otros finalmente, aceptan combinaciones de instituciones públicas y despachos privados como

hace España a partir de 1943. A mi juicio cada opción ha tenido una influencia determinante en las representaciones de la población con respecto a ellas y en su posición en los procesos asistenciales, e inevitablemente han tenido enormes consecuencia en la ideología y las expectativas profesionales de los médicos” (*Ibidem*, págs. 179-180).

La profesionalización de la medicina resultó un proceso arduo y complejo en el que confluyó una multiplicidad de factores de orden político, social, económico, etc. Dicho proceso se fraguó desde la exclusión social, política e ideológica de otros recursos terapéuticos y asistenciales, apartados de la medicina ortodoxa por no ser considerados científicos. La profesionalización de la medicina no se ha construido de una manera aislada, sino en relación a un devenir en el que la secularización y el confinamiento de otras prácticas médicas, así como la especialización y la masculinización han ocupado un lugar central.

**CAPÍTULO 4. LOS PARADIGMAS CIENTÍFICOS DEL MUNDO MODERNO:
EL MECANICISMO Y EL PANVITALISMO Y SU INFLUJO EN LA MEDICINA.**

CAPÍTULO 4. LOS PARADIGMAS CIENTÍFICOS DEL MUNDO MODERNO: EL MECANICISMO Y EL PANVITALISMO Y SU INFLUJO EN LA MEDICINA.

El presente capítulo se adentra en los dos grandes paradigmas científicos del mundo moderno: el mecanicismo y el panvitalismo, los cuales tuvieron una influencia decisiva en la medicina de los siglos XVI, XVII y XVIII. La primera parte comienza con un acercamiento a los inicios de la ciencia moderna y sus repercusiones en el surgimiento de la medicina científica moderna. En una segunda parte se explora el influjo que los paradigmas mencionados ejercieron en la medicina: por un lado, la influencia del mecanicismo en la medicina científica moderna y, por otro lado, la influencia del panvitalismo en las corrientes vitalistas que, posteriormente confluyeron en las medicinas alternativas. El apartado se cierra con unas consideraciones acerca de las medicinas alternativas como herederas de los sistemas médicos vitalistas de los siglos XVII y XVIII, ya que dichas medicinas se fundan en los postulados tradicionales del vitalismo.

1. El nacimiento de la medicina científica moderna: la inevitable ruptura con los fundamentos epistemológicos de la ciencia medieval.

El problema crucial del pensamiento de la Edad Media, sobre todo a partir del siglo XIII, se centró fundamentalmente en las relaciones entre Fe y Razón. El conflicto surgió del enfrentamiento producido entre la concepción cristiana radical de la vida que imperó en el Medioevo y el proceso de cambio social, político y cultural que se produjo a partir del siglo XIII. La Modernidad, el pensamiento moderno, se instaura en franca pugna con la cultura medieval. La

perspectiva antropocéntrica y naturalista del hombre y del universo representada por el Humanismo Renacentista, fue la primera respuesta a la visión religiosa del mundo existente en la Edad Media (Von Martin, 1974). Asimismo, la Reforma Protestante³⁵ fue un factor importante que incidió en la transformación del pensamiento europeo de esa época, así como en el advenimiento de la Modernidad³⁶. Sin embargo, fue el progreso científico lo que

³⁵ Weber (1979) señala las conexiones entre la Reforma y la sociedad moderna: “No intentamos en modo alguno valorar el contenido ideal de la Reforma en aquellos aspectos que para la conciencia religiosa tienen que aparecer como periféricos, puramente exteriores; pues sólo se trata de iluminar la envoltura externa dada por ciertas ideas religiosas a la trama de la evolución de nuestra civilización moderna, a la que innumerables motivos históricos orientaron en un sentido específicamente terrenal y profano. Preguntamos, pues, únicamente qué contenidos característicos de esta civilización cabría imputar a la influencia de la Reforma. Para ello conviene emanciparse de aquella concepción que pretendería explicar la Reforma como debida a una ‘necesidad de la evolución histórica’, deduciéndola de determinadas transformaciones de orden económico. Para que fuese posible la subsistencia de las nuevas Iglesias creadas, es evidente que hubieron de cooperar incontables constelaciones históricas, que no sólo no encajan en ninguna ‘ley económica’, sino que son radicalmente insusceptibles de ser consideradas desde puntos de vista económicos; y, sobre todo, influyeron hechos puramente políticos. Pero no menos absurdo sería defender la tesis doctrinaria según la cual el ‘espíritu capitalista’ (siempre en el sentido provisional que le hemos asignado) sólo habría podido nacer por influencia de la Reforma, con lo que el capitalismo sería un producto de la misma. En primer término, hay formas importantes de economía capitalista que son notoriamente anteriores a la Reforma, y ya este hecho desmiente aquella tesis. Lo que es menester señalar es si y hasta qué punto han participado influencias religiosas en los matices y la expansión cuantitativa de aquel ‘espíritu’ sobre el mundo, y qué aspectos concretos de la civilización capitalista se deben a ellas. Dada la variedad de recíprocas influencias entre los fundamentos materiales, las formas de organización político-social y el contenido espiritual de las distintas épocas de la Reforma, la investigación ha de concretarse a establecer si han existido, y en qué puntos, ‘afinidades electivas’ entre ciertas modalidades de la fe religiosa y la ética profesional. Con esto queda aclarado al mismo tiempo, en la medida de lo posible, el modo y dirección en la que el movimiento religioso actuaba, en virtud de dichas afinidades, sobre el desenvolvimiento de la civilización material. Una vez que esto haya quedado en claro, podrá intentarse la apreciación de en qué medida los contenidos de la civilización moderna son imputables a dichos motivos religiosos, y en qué grado lo son a factores de distinta índole” (Weber, 1979, págs. 106-107).

³⁶ Moya (1977) reflexiona sobre los pasos que conducen a la Modernidad, entre los cuales cabe destacar a la Ciencia moderna: “La Religión Cristiana en los límites

realmente tuvo un efecto determinante en el desmoronamiento de los sistemas filosóficos del Medioevo. A lo largo del siglo XIV, la Física de Aristóteles había sido objeto de duras críticas por parte de los físicos nominalistas, los cuales se introdujeron en el campo de la observación y la experimentación. A su vez, el hallazgo renacentista de célebres científicos griegos como Arquímedes y Pitágoras entre otros, así como las numerosas innovaciones realizadas en el campo de la técnica, condujeron gradualmente al desplazamiento de la física aristotélica y al abandono de la visión geocéntrica del Cosmos. La “vuelta” que se experimentó durante el Renacimiento a los filósofos y científicos griegos, permitió el conocimiento de los textos científicos más valiosos de la Antigüedad. El descubrimiento de la tradición pitagórica supuso retomar la idea de que el Universo tiene una estructura propia y una ordenación matemática y, en consecuencia, las leyes que gobiernan la naturaleza pueden ser formuladas mediante la matemática. Primero fue Copérnico, luego Galileo y Kepler y, finalmente Newton, los artífices de la nueva ciencia. El “retorno” renacentista a la tradición griega promovió la concepción matemática del Universo y de los fenómenos físicos, además influyó en la configuración de la ciencia moderna.

seculares de la Razón Absoluta del Estado. La Revolución Burguesa de la Cristiandad Occidental prosigue aquí su peculiar discurso. Secularización burguesa de la Escritura, revolución tipográfica del Libro, alfabetización literal progresiva de la población occidental, invención poético-profética de la Razón, Reforma de la Fe y Reforma del Entendimiento, invención de la Ciencia moderna en su específica intención tecnológica, invención política de la Razón Absoluta del Estado, Revolución del Estado Nacional, génesis y progresiva expansión universal de la Lógica de la Mercancía (Marx). En conexión con la expansión mercantilista de la circulación monetaria occidental, el desarrollo tecnológico-industrial de la imprenta se identifica objetivamente como el instrumento universal de la revolucionaria impulsión y aceleración de un proceso universal de racionalización instrumental (Weber) de toda suerte de relaciones y comportamientos, determinando la progresiva secularización radical del Universo Mundial que la Moderna Razón burguesa ha constituido construyendo su propio escenario ritual. La nueva escritura de la Ciencia y de la Historia Universal, constituyéndose como escritura pensante de la Razón, deviene fundación ritual de la trascendencia colectiva donde esta revolucionaria Sociedad Civil sueña políticamente su propia eternidad. Edificio literal del Teatro Histórico Universal de la historia moderna y contemporánea de Occidente” (Moya, 1977, pág. 55).

Copérnico y Kepler conocieron el Pitagorismo y Galileo siguió el modelo de ciencia planteado por Arquímedes.

La ciencia moderna se basa en una doble concepción del cosmos, se trata de dos visiones contrapuestas del universo. El universo como un mecanismo y el universo como un organismo: el mecanicismo y el panvitalismo. En estos dos grandes paradigmas científicos del mundo moderno se asentará la cosmología y la medicina de los siglos XVI al XVIII. La ruptura con la lógica aristotélico-escolástica, que había impregnado toda la ciencia y la filosofía de la Edad Media, va a constituir el gran reto de la audaz empresa científica moderna. El punto de partida se sitúa en el desmoronamiento del geocéntrico Sistema Ptolemaico. El protagonista de tan atrevida hazaña será Nicolás Copérnico, gran admirador de Ptolomeo, de espíritu inquieto y observador incansable del movimiento de los astros, que de niño y adolescente avistaba desde las torres de las iglesias de su Polonia natal. En medio de un clima adverso, enfrentado primero con los teólogos protestantes y más tarde con la Iglesia Católica, Copérnico planteará la teoría heliocéntrica, donde no es el sol el que gira alrededor de la tierra sino al contrario.

No obstante, durante el siglo XIII y principios del XIV hubo intentos por parte de algunos científicos, de elaborar un método experimental. En el siglo XIII fue notorio el caso del franciscano Roger Bacon que, como consecuencia de los experimentos que realizó en Ciencias Naturales, fue denunciado por apóstata. A partir del año 1200, la investigación científica fue impulsada con la pretensión de indagar en lo real y permanente que subyace a la experiencia sensorial:

“Los prolegómenos de la orientación filosófica de la Ciencia prerrenacentista se proyectaron sobre la Medicina en general. Pero en los inicios del siglo XIV el tema de la inducción fue concretamente estudiado en la escuela de Medicina de Padua, en medio de un ambiente aristotélico. Los primeros resultados fueron, si bien no se hicieron patentes hasta bien entrado el siglo XVI, convertir en una teoría experimental lo que hasta entonces y sin un previo análisis era considerado como científico” (Cid, 1985, págs. 45-46).

Los arduos enfrentamientos entre las corrientes tradicionales y las renovadoras, desencadenaron la Revolución Científica del siglo XVII. Las bases epistemológicas y metodológicas de la ciencia medieval, heredadas de la Grecia clásica, se fragmentan. A partir del siglo XVI surgen formas nuevas de pensamiento científico y médico basadas en la experiencia, así como en la utilización del cálculo matemático como medida del enunciado científico. En este sentido, la aportación de Francis Bacon en su obra el *Novum Organum* (1620), donde planteaba las proposiciones inductivas para discernir las leyes que rigen el mundo físico, fue decisiva. Sin embargo, Descartes planteará en el *Discours de la méthode* (1637), el método deductivo de la razón, donde se mostró contrario al descubrimiento de las leyes generales mediante los métodos experimentales particulares. Finalmente, el método científico propuesto por Galileo Galilei³⁷ en su obra *Il Saggiatore* (1623), supuso para la

³⁷ “La dramática aventura de Galileo frente al terrorismo dogmático de la burocracia eclesial, incapaz de asumir la Nueva Ciencia que muestra el agotamiento epistemológico de la vieja ortodoxia eclesiástica, le convierten para este cerrado círculo en Héroe y Mártir de esa Ciencia Admirable que predica ya su novísima Ciencia Física. Cuya publicación por escrito pone en riesgo la propia vida mortal de su iluminado escriba y la eterna salvación de su alma. Y ése es el riesgo común a todos los que se atreven a ir más allá de los límites rituales del lenguaje eclesial, en estos momentos en que la Revolución religiosa de la Reforma se libra a sangre y fuego, poniendo en cuestión toda la articulación política de la vieja Cristiandad Occidental. La batalla de las Escrituras –de la Sagrada Escritura y de la Escritura Lógica de la Ciencia- se juega ahora a vida o muerte, desde la propia ilusión de eternidad con que se sueñan sus apasionados escribas, desde su iluminada y solitaria Fe” (Moya, 1979, pág. 41).

medicina un adelanto netamente moderno, ya que en dicho método se postulaba que en el estudio de los fenómenos de la naturaleza, debía existir una fase de hipótesis científica, la cual debía ser verificada por una fase experimental.

A su vez, el nacimiento de la medicina científica moderna, se fue gestando al calor de las disputas dialécticas que las tendencias innovadoras, sostuvieron con el galenismo³⁸ a partir del Renacimiento. Las primeras tentativas de crear sistemas médicos basados en la nueva ciencia, surgirán en el ocaso del siglo XVII. En el transcurso del siglo XVIII, aprovechando los

³⁸ “El galenismo, como señaló O. Temkim, fue una vuelta al hipocratismo, impregnado de finalismo o teleologismo aristotélico, y del pensamiento filosófico del Estagirita. Con plena lucidez, Galeno introdujo los esquemas y conceptos filosóficos en Medicina, con lo cual su obra ganó en coherencia intelectual aun cuando perdiese el sano empirismo de que gozó la Escuela de Cos en los orígenes de la Medicina científica griega. Sorprende en Galeno, sobre todo si se compara su hipocratismo del siglo II d.C. con el del propio Hipócrates de Cos (siglos V-IV antes de Cristo), el enorme bagaje intelectual, libresco y filosófico que media entre el Padre de la Medicina, Hipócrates, y su más ilustre comentarista, Galeno de Pérgamo. La distancia temporal de medio milenio entre los dos grandes autores de la Antigüedad, y la singular andadura de la Medicina y el pensamiento griegos, pueden hacer comprensibles los matices que separan ambas posturas doctrinales, la de Hipócrates y la de Galeno. Este último, en alguna medida, puede considerarse como un seguidor o un discípulo tardío, aunque parezca exagerado. El galenismo fue un humoralismo, y en todo momento Galeno se esfuerza por llegar a la Medicina hipocrática. Su conocimiento pretendió volver al punto de vista hipocrático. Sin embargo, Galeno no se limita en su obra a la tarea de sintetizar la Medicina precedente, aportando numerosas experiencias y observaciones personales. Supo hacer aportaciones prácticas y fue autor de rigurosas experiencias científicas, tanto que se le deben aportaciones a la neurofisiología y movimiento cardíaco, incluso realizó experimentos en animales para dilucidar la naturaleza motora o sensitiva de las raíces anteriores y posteriores de la médula. La digestión gástrica o la excreción renal fueron investigadas por Galeno realizando experiencias concretas, como el sacrificio de animales y apertura de la cavidad gástrica para conocer el estado de la digestión, o la ligadura ureteral para demostrar la función renal. Sin embargo, pese a esta faceta enormemente valiosa, la ciega aceptación de Galeno del finalismo aristotélico y sus esquemas filosóficos le llevaron a conclusiones erróneas, aun partiendo de experiencias rigurosas” (Riera, 1985, págs. 152-153).

avances en el campo de la física, la química y la biología, se plantearán diversas doctrinas médicas:

”La modernidad propiamente dicha abarca desde el siglo XVI hasta nuestros días; sin embargo, es habitual distinguir entre período moderno en sentido estricto (siglos XVI-XVIII) y período contemporáneo (1800-1914), al que sucede el actual (desde 1920). Cada momento de la modernidad posee unos rasgos específicos, aunque en el fondo coinciden en la aceptación clara y decisiva de la progresiva instauración de los métodos experimentales. A la etapa de transición, dual por su naturaleza, entre el Medievo y modernidad, se la designa bajo el rótulo genérico de Renacimiento (siglo XVI), mientras que el Barroco supone, en pleno siglo XVII, el triunfo definitivo de la modernidad, en tanto que la Ilustración (siglo XVIII) hace suyos estos logros con un espíritu eminentemente divulgador. El nacimiento de la Anatomía y Fisiología modernas, Embriología, Anatomía microscópica, entre otras grandes novedades, y la formulación de las grandes doctrinas médicas, como la latroquímica e latromecánica son, junto a los grandes descubrimientos, algunos de los logros más importantes que conceden una peculiar fisonomía a la Medicina de los siglos XVII y XVIII” (Riera, 1985, pág. 27).

A partir del siglo XIX la ciencia médica transitará por una fase de profunda transformación, alcanzando un desarrollo técnico sin precedentes y en consecuencia, el perfeccionamiento en la especialización médico-quirúrgica. La materialización y consolidación de los grandes sistemas médicos como la Anatomoclínica, la Bacteriología y la Fisiopatología, además de los avances en la medicina de laboratorio, anuncian la instauración de una medicina enteramente moderna.

2. La huella del mecanicismo en la ciencia médica moderna.

Los numerosos descubrimientos realizados en el campo de la astronomía, de la física, así como en otras disciplinas científicas, van preparando el terreno propicio para la llamada Revolución Científica del siglo XVII, ya iniciada en el siglo XVI. Así, los hallazgos de Galileo en la astronomía (satélites de Júpiter, fases de Venus, manchas lunares) con su visión mecánico-matemática de los movimientos sublunares; la geometría analítica de Descartes y más tarde, la 'ley de la gravitación universal' de Isaac Newton, que sentará las bases de la mecánica moderna, suponen la consideración del método matemático como el idóneo para obtener conocimiento científico de la naturaleza.

Es precisamente la Revolución Científica del XVII y su ruptura con los anteriores fundamentos epistemológicos y metodológicos, el punto de arranque de la ciencia médica moderna. Será William Harvey (1578-1657) con su teoría de la circulación mayor de la sangre, quien marcará ese punto de inflexión. Su método basado en la observación y en la experimentación, sustituirá la teoría del movimiento de la sangre planteado por Galeno y sus seguidores. Harvey fue el descubridor de la fisiología cardiovascular; mediante la observación anatómica y la experimentación médica cuantitativa, desmontó la doctrina de la medicina clásica. Sin embargo, en sus escritos seguía palpitando alguna vieja idea de sus antecesores. Así, reconoció la noción aristotélica de la unidad del cuerpo y del alma en todos los seres vivos. También admitió que tanto el calor natural como el espíritu vital, tenían su morada en la sangre, por lo que era preciso que el espeso fluido se renovara constantemente con la finalidad de seguir manteniendo el ritmo vital. El método experimental de Harvey sentó las

bases de la investigación fisiológica moderna. El médico británico, con su obra no sólo relegó a la posteridad la Fisiología antigua, sino que instauró un método moderno para investigar y comprender el movimiento de los seres vivos.

Por cuanto el paradigma mecanicista representa la visión mecánico-estructural del cosmos, en lo que dicho paradigma se acerca a la medicina, entiende que el conocimiento científico del cuerpo humano, ha de ser la disciplina central de la misma. La concepción mecánica del cuerpo del hombre es una noción que evidentemente se verá alimentada por la perspectiva mecanicista, la cual germinará con la astronomía y la física. René Descartes además de filósofo y matemático, contribuyó de manera muy destacable al estudio de la fisiología; de hecho, su obra médica más importante considerada por los expertos como el primer escrito sobre fisiología, fue el *Traité de l'homme* o *De homine*. Descartes fue uno de los primeros en concebir de un modo totalmente mecánico la actividad del cuerpo:

“Para Descartes, el mundo creado está compuesto por dos realidades, el espíritu (*res cogitans*) y la materia (*res extensa*), uno y otra armoniosamente juntos en el ser del hombre. Todo lo material es mecánico, aunque a su actividad la llamemos ‘vida vegetal’ o ‘vida animal’; y el comportamiento mecánico de la materia podría ser íntegramente explicado mediante sólo tres conceptos, la extensión, la figura y el movimiento. Desde el origen del universo, su creador habría querido que la total cantidad de movimiento (*mv*) fuese en él constante hasta la consumación de los siglos. Puramente mecánica habrá de ser, según esto, la fisiología cartesiana (*De homine*, 1662); a ella pertenecen una concepción termomecánica de la contracción cardiaca y la hematosis y la noción –que tanto desarrollo logrará más tarde- de ‘movimiento reflejo’: el determinado en los músculos por la presunta reflexión mecánica de los espíritus animales en los centros nerviosos. Continuadores del mecanicismo radical de Descartes fueron J. Rohault y N. Malebranche” (Laín, 1978, pág. 282).

Según Descartes, las funciones fisiológicas humanas están regidas por leyes físicas y mecánicas, es decir son explicables en términos matemáticos de forma, masa o movimiento; todas las funciones del cuerpo tienen por tanto, una definición mecánica. Concebía al hombre como una máquina dotada de un alma inmaterial, pero no admitía el principio vital ni el alma sensitiva. La doctrina iatromecánica de Descartes tuvo mucha influencia en aquella época, tal es así que La Mettrie la plasmó en su obra *L'homme machine* de 1748. Descartes era un racionalista, el Racionalismo fue la primera corriente filosófica de la Modernidad, y en la figura de Renato Descartes, los dos aspectos que caracterizaron la Modernidad: la autonomía de la Razón (la Razón como única fuente de conocimiento) y la aparición de la ciencia moderna (las matemáticas como ciencia suprema capaz de explicar el funcionamiento del Universo), confluyen en este autor.

3. Los surcos del panvitalismo en la ciencia médica moderna.

El panvitalismo es la segunda gran corriente del pensamiento científico moderno. La visión panvitalista entiende que el universo es un organismo viviente, como naturaleza creada, como un Dios trascendente dotado de una "fuerza". Asimismo, concibe al hombre como una imagen de Dios, situado entre el Dios creador del cosmos y el propio cosmos. Las dos figuras más representativas de este paradigma son los médicos renacentistas Paracelso y van Helmont. Laín (1978) destaca los rasgos comunes al pensamiento de ambos científicos por lo que a la realidad del cosmos se refiere:

"He aquí, expuestas por contraste, las más significativas notas de ella: 1. Conocer la realidad no es en primer término verla para luego describirla, recortándola según sus 'formas' y 'aspectos específicos', sino sentir y percibir las 'fuerzas' que la hacen ser como es, y por consiguiente el

‘sentido’ con que dichas fuerzas actúan. 2. Conocer una parcela del cosmos no es concebirla como una determinada ‘sustancia’ estable, sino como un fluido modo de comportamiento, por tanto como un ‘proceso’. 3. Estudiar la índole de una cosa no consiste en reducirla a ‘medidas’, sino en descubrir el secreto de sus ‘cualidades’. 4. Entendido el movimiento de las cosas como cambio cualitativo, no como simple desplazamiento local, la meta del sabio no debe ser la formulación de sus ‘leyes dinámicas causales’, sino el establecimiento de las ‘correlaciones significativas’ o ‘simpáticas’ en que aquél se halle implicado. ¿Podría comprenderse, si no, que Paracelso quiera ser hombre de ciencia hablando del ‘pulso del firmamento’ (ritmo estacional de la Tierra como pulso de ella) o de la ‘fiebre del terremoto’ (el terremoto como escalofrío telúrico)?” (*Ibidem*, pág. 292).

Paracelso fue de los primeros en utilizar sustancias minerales para uso interno en el tratamiento de las enfermedades, señalando de este modo, la importancia de los procesos químicos en la biología de los seres vivos. En este sentido, la iatroquímica, inspirada por esta renovación de la química y por el atomismo, surge para explicar el funcionamiento fisiológico del cuerpo, a través de procesos químicos análogos a los que se observan en el laboratorio.

López (2001) señala que la doctrina de Paracelso fundada en principios de la alquimia, revolucionó las ideas tradicionales:

“Desplazó a un segundo plano la teoría de los cuatro elementos de Empédocles y la de los cuatro humores cardinales de los galenistas y convirtió las tres ‘sustancias’ alquímicas en el centro de su visión del organismo humano y sus enfermedades. Afirmó que todos los seres vivos o inanimados están integrados por la combinación, en proporciones variables, de tres ‘sustancias’: el ‘mercurius’, el ‘sulphur’ y la ‘sal’. Dichas ‘sustancias’ eran al mismo tiempo elementos dentro de una concepción química rudimentaria y modos de comportarse la materia: al quemarse un cuerpo, el ‘mercurius’ sería lo volátil, que se escapa en forma de humo; el ‘sulphur’, lo combustible, que produce la llama; la ‘sal’, lo resistente al fuego, que queda en las cenizas. En el cuerpo del hombre, Paracelso suponía que la ordenación de las tres ‘sustancias’ se debía a una fuerza

vital específica que llamaba 'arqueo'. Si la acción del 'arqueo' era insuficiente, se producía una serie de dolencias, como las reumáticas, la inflamación de las articulaciones, la gota, etc. De esta forma, Paracelso llegó a una visión dinámica de la enfermedad, basada todavía en unas nociones químicas embrionarias, pero que tuvo una gran influencia en el desarrollo posterior de la medicina" (López, 2001, págs. 106-107).

Joan Baptista van Helmont (1579-1644) está considerado como el máximo representante de la iatroquímica. Estudió en profundidad los escritos sobre alquimia de Paracelso, y dedicó muchos años de su vida a indagar en los principios que regulan las transformaciones de los fenómenos naturales. Las contribuciones de van Helmont a la fisiología están revestidas de un cierto misticismo; de este modo, a los "gases" también los denominó *spiritus sylvestris*, porque no pueden materializarse ni encerrarse en un receptáculo. Concebía las funciones fisiológicas de todos los organismos vivos como una sucesión de reacciones químicas. El proceso químico que se produce en cada etapa orgánica estaba dirigido por un espíritu que van Helmont bautizó con el nombre de *blas*, semejante al *archaeus* de Paracelso. En cada fase actuaba un *blas* diferente; de este modo, en la digestión señalaba seis reacciones químicas sucesivas. A su vez, los diversos *blas* estaban conducidos por un *anima sensitiva motivaque*. El vitalismo adoptó la noción de alma sensitiva como núcleo central de su doctrina, marcando así el comienzo de esta escuela.

Si la perspectiva físico-matemática galileana del universo se apoya en la mecánica, la visión panvitalista del mundo se fundamenta en los cambios cualitativos de la naturaleza de las cosas, es decir, en la alquimia. De modo que, la mecánica y la alquimia se convertirán en las disciplinas centrales de estos dos enfoques de la ciencia durante los siglos XVI y XVII. Posteriormente, la alquimia, saber considerado precientífico, acabará transformándose en un saber puramente científico, en química.

4. La herencia de la visión panvitalista del mundo: las corrientes vitalistas en los siglos XVII y XVIII.

El siglo XVIII es uno de los períodos más emblemáticos para la Historia de la humanidad. Es la época en la que tienen lugar las revoluciones liberales-burguesas, con la Revolución Francesa como colofón de una etapa de intensa agitación social. La expansión de las ideas liberales y democráticas, junto con la Revolución Industrial supone un revulsivo para el Antiguo Régimen, alteran definitivamente el quicio simbólico de la sociedad estamental. A su vez, el pensamiento ilustrado proclamará la plena autonomía de la razón y en consecuencia, la secularización de la misma. La Ilustración romperá el equilibrio entre razón y fe, mediante un proceso de reducción de la fe a lo racional, que desembocará finalmente en la progresiva y total secularización de la vida social. Los países europeos en los que la Ilustración tuvo una enorme importancia y adquirió gran relieve fueron Inglaterra, Francia y Alemania. Inglaterra sumergida en un clima científico³⁹ con Newton como gran protagonista, profundizaba en el cultivo de las ciencias de la naturaleza. En Francia el movimiento ilustrado alcanzó su mayor brillantez, y de allí se expandió a otros lugares del entorno europeo. *La Enciclopedia* será la gran

³⁹ El creciente intercambio de ideas y experiencias en el terreno científico e intelectual entre Gran Bretaña y Francia, queda ejemplificado por Rodríguez (1990) de la siguiente manera: "Al propio tiempo, es también conocido el intenso comercio científico e intelectual entre (sobre todo) el mundo anglo-sajón y Francia. No que llegue a formarse una comunidad científica en el sentido moderno del término, pero sí que hay unos hábitos de pensamiento y una manera de comunicación científica que sí permiten hablar de la existencia de intercambios frecuentes y de unas pautas relativamente compartidas. Montesquieu, por ejemplo, es tomado como modelo por Adam Ferguson a la hora de componer su *Historia de la sociedad civil* y es alguien tan conocido en Gran Bretaña que hasta sus negocios de cosechador y exportador de vinos de Burdeos se beneficiaron de ello. Pero David Hume se traslada a Francia para escribir el *Tratado de la Naturaleza Humana* y Laurence Sterne, tras el éxito fulminante de su *Tristan Shandy*, es recibido en los círculos ilustrados de París con los máximos honores" (Rodríguez, 1990, pág. 29).

aportación de la Ilustración francesa al mundo de la cultura y el pensamiento. La Ilustración alemana se caracterizó por intentar hacer de la razón un sistema de principios que presidiera el saber de la Naturaleza, además de la acción moral y política de la vida humana. El movimiento ilustrado aparece en el momento en que se está produciendo el tránsito de la sociedad tradicional a la sociedad moderna. Las viejas instituciones del Antiguo Régimen se derrumban, para dar paso a otras instituciones que sirvan para dar respuesta a las necesidades que la nueva sociedad demanda. En medio de este panorama social, el vitalismo se expande entre las distintas escuelas médicas:

”Los *sistemas vitalistas* respondieron a la búsqueda de una vía media entre mecanicismo y animismo para dar razón de los procesos fisiológicos y patológicos y, en último extremo, de la consistencia de la vida. Esta vía media se negaba a reducir el ser vivo en estado de salud y enfermedad a una máquina física o química, pero encontraba también insatisfactorio el recurso a una realidad extraña al organismo, como era el *anima* en sus diversas aplicaciones médicas. Aspiraba, por el contrario, a explicar la peculiaridad de la vida mediante un *principio* o *fuerza* ínsita en el cuerpo. Uno de los grandes apoyos de esta doctrina vitalista fue el concepto de *irritabilidad*, gran tema teórico de la medicina y la biología europeas de la segunda mitad del siglo XVIII y cuyo principal formulador fue Albrecht von Haller, que antes hemos citado como primer sistematizador del saber fisiológico moderno” (López, 1990, pág. 94).

Herederas de la visión panvitalista del mundo, serán las corrientes vitalistas de los siglos XVII y XVIII. El vitalismo nace en el seno de las más prestigiosas universidades del continente europeo. El término “vitalismo” hace alusión a un característico “principio vital” o “fuerza vital”, innato a todos los seres vivos:

“Así entendido el vitalismo, ya Aristóteles lo habría profesado con su idea de que, entre los cuerpos naturales, unos tienen vida (los que se

nutren o se mueven por sí mismos) y otros no (los incapaces de una y otra cosa). Pero en un sentido estricto y riguroso, y éste será el que en definitiva prevalezca durante los siglos XVIII y XIX, tal palabra sólo debe emplearse cuando la diferencia entre lo viviente y lo no viviente es atribuida a un peculiar principio constitutivo y operativo, el 'principio vital', y éste, a su vez, es concebido como una fuerza específica, la 'fuerza vital', ontológica y operativamente superior, desde luego, a las restantes 'fuerzas' de la naturaleza cósmica (mecánica, térmica, eléctrica, magnética, química), y en consecuencia esencialmente irreductible a ellas, pero específicamente activa como tal 'fuerza' en la dinámica real de los entes materiales en que existe, los que llamamos 'seres vivos' " (Laín, 1978, pág. 345).

Para el vitalismo, que impregnó la mayor parte de los sistemas médicos del siglo XVIII, los seres vivos están envueltos por un *principio vital* del que dependen tanto la salud como la enfermedad. La influencia de la obra de Georg Ernst Stahl, así como la atracción que el concepto de *fuerza vital* ejerció en el último tercio de aquel siglo, tuvieron su repercusión en las distintas escuelas médicas. La atmósfera prerromántica que se respiraba en ese momento, también contribuyó a que se acrecentara el interés por esta corriente. Los fenómenos centrales de algunas ciencias médicas como el desarrollo embrionario (Embriología), el funcionalismo orgánico (Fisiología) y los procesos morbosos (Patología), se explicaron desde premisas vitalistas. No obstante, el *vitalismo ilustrado* estaba más próximo a la realidad empírica que lo estaba el animismo de Stahl. Es importante destacar que la presencia de la perspectiva mecanicista apenas se hizo sentir en la medicina de ese período histórico, quedando reducida a círculos muy concretos.

Entre las corrientes vitalistas más destacadas del siglo XVIII, figuran el "vitalismo de Montpellier", que aunque iniciado por François Boissier de Lacroix Sauvages (1706-1767) y Théophile de Bordeu (1722-1776), alcanza con Paul Joseph Barthez (1734-1806) su culminación. Bordeu sostenía que todos los

organismos vivos poseían una fuerza vital que revelaba sus propiedades específicas, de este modo el sistema nervioso, los órganos y los músculos gozaban de una fuerza vital peculiar. Sauvages empleó el término *anima* para explicar a sus alumnos de medicina de la universidad de Montpellier, que ésta era la fuerza vital que animaba la vida orgánica y humana. Su discípulo Paul Joseph Barthez, médico de Napoleón, en su obra *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, defendió su postura vitalista y argumentó la existencia de un *principio vital*, del cual dependían todos los fenómenos vitales del organismo humano. El origen de las enfermedades tendría que ver con el desequilibrio de ese *principio vital*.

A su vez, el “vitalismo escocés” de William Cullen (1712-1790) y John Brown (1735-1788), tendrá una importancia decisiva en la medicina europea de la época. Cullen planteará que las enfermedades son “alteraciones de fluido nervioso”. Cuando el fluido nervioso se altera, aparece la enfermedad, ya sea por “espasmo”, ya sea por “atonía”. John Brown, discípulo de Cullen, desarrolló un sistema médico que basado en la noción de “excitabilidad”, intentará explicar los conceptos de salud y enfermedad. Según esto, la vida o el cuerpo viviente dependería de esa propiedad: la “excitabilidad”, de manera que un exceso o una deficiencia de la misma, traería como consecuencia la manifestación de la enfermedad.

También, entre los más importantes recopiladores y sistematizadores de la medicina de finales del siglo XVII y primera mitad del siglo XVIII, se encuentran rasgos del vitalismo. Así, Friedrich Hoffmann (1660–1742) y su concepto de “espíritu animal”, conectado con los orígenes del movimiento cósmico. Hoffmann afirmó que en el cuerpo existía el principio del movimiento (*principium movens*) y que éste, era el alma (*anima*) o principio vital. Concebía

los “espíritus animales” junto con la sangre y la linfa, las partes líquidas de las que el cuerpo humano estaba compuesto, además de las partes sólidas como las fibras. Dichos espíritus animales o espíritus nerviosos, conducidos por el *anima*, intervenían sobre las distintas partes del cuerpo mediante el sistema nervioso. Hoffmann pensaba al igual que Georg Ernst Stahl (1660-1734), que el *anima* de origen divino, regía la vida con una intención.

El médico Georg Ernst Stahl, considerado otro de los grandes sistemáticos de la medicina, influenciado por Paracelso y van Helmont, mantuvo que la actividad del organismo era el resultado o la consecuencia del *anima*. La filosofía animista de Stahl que posteriormente conduciría al vitalismo, distingue entre la materia y el espíritu, únicamente los seres vivos tienen un *anima* inmaterial que es la que les guía. Sólo se puede saber de la naturaleza del *anima*, analizando los cambios que ésta provoca en el cuerpo, ya sea de salud o de enfermedad. Las perturbaciones que disturban el *anima* acaban desencadenando las enfermedades. El *anima* es el principio que rige la vida y por tanto, el cuerpo. El *anima* regula todas las funciones corporales según una finalidad vital. Stahl no prestaba un interés primordial a la anatomía ni a las reacciones químicas, sino que concebía al ser humano como un *todo*, un conjunto regido por el *anima sensitiva*. En este sentido, fijó su atención en las repercusiones patológicas que los estados emocionales pudieran provocar. El *anima* de Stahl es un concepto similar al de *fuera vital* o *principio vital* que utilizaron los vitalistas de los siglos XVIII y XIX. La tarea o la función del *anima* consistiría por tanto, en distinguir la vida de la materia inerte:

“Como Hoffmann, Stahl consideró el cuerpo como una máquina compuesta de partes líquidas y sólidas y cuantos hechos en ello se producen no son más que movimientos de las mismas. A diferencia de Hoffmann que pensaba que estos movimientos tenían su origen en el

mismo organismo corpóreo, Stahl señaló su carácter racional y teleológico, excluía su origen en materia preexistente y dio el nombre de *anima* a la facultad rectora de tales movimientos. Para Stahl la enfermedad humana es expresión de una insuficiencia del *anima* incapaz de oponerse a la alteración morbosa del cuerpo y puede adoptar tres formas: la incapacidad del *anima* afecta a la totalidad del organismo o bien sólo a una función particular o, por último, los procesos morbosos son consecutivos a una alteración de la materia corpórea. La tendencia natural del *anima* es hacia la curación del cuerpo si bien la limitan tanto la *causa morbi* como el temperamento del enfermo y este carácter sanador del *anima* explicaría la relativa infrecuencia de la enfermedad, en relación a la multiplicidad de situaciones que puedan engendrarla” (Carrillo, 1992, págs. 30-31).

El vitalismo creyó que la vida no se podía explicar en términos mecánicos y fisicoquímicos, que la nueva filosofía se había acercado demasiado a la nueva ciencia. Así, la filosofía de Descartes con su *res extensa* y su *res cogitans* podía ser entendida como una especie de “guiño” a la nueva física. Para los vitalistas, la naturaleza no podía ser concebida como una máquina, sino como un ser orgánico con vida propia y sometido a un proceso de autoevolución. El vitalismo fue perdiendo influencia a medida que la física y la química iban adquiriendo status científico:

“Al no estar limitado por las leyes precisas y cuantificables de la física y de la química, el argumento vitalista, por su misma naturaleza, se fragmentó rápidamente en muchas interpretaciones. Algunos físicos adoptaron una postura fenomenológica y vieron en el principio vital un principio regulador (Lipman, 1967). Otros adoptaron una postura realista y postularon que una parte constitutiva animaba la materia; este enfoque es mucho más importante para los sistemas médicos alternativos (Benton, 1975). Las teorías realistas adoptaron varias formas: desde distintos matices de una acción espiritual e incorpórea, hasta distintos poderes mentales o distintas clases de fuerzas análogas y en el mismo plano de la realidad que el electromagnetismo convencional, pero todavía sin ser mensurables científicamente (Larson, 1979; Toulmin y Goodfield, 1962). Durante el siglo XIX, el punto de vista mecanicista de la física y la química consiguió una total ascendencia sobre la biología y

la medicina. Desde la síntesis realizada por Wohler en 1828 sobre la materia orgánica hasta las demostraciones de Atwater y Rosa en 1897 de que las leyes de la termodinámica se aplican tanto a la vida como a la materia inorgánica, se produjo una eliminación gradual de cualquier necesidad de creer en un principio vital o fuerza vital para explicar las insuficiencias percibidas en las explicaciones físicoquímicas (Needham, 1955). El principal argumento del vitalismo era la debilidad de sus oponentes; el vitalismo fue en retroceso ante cada uno de los nuevos descubrimientos científicos. Este vitalismo ya debilitado se desplazó a la concepción del mundo de la medicina alternativa que nació en el siglo XIX, donde fue bien acogido y surgió finalmente junto con otras formas importantes de vitalismo” (Kaptchuk, 2000, págs. 58-59).

4.1. Las tradiciones médicas del Vitalismo.

Herederas de las corrientes vitalistas son las llamadas medicinas alternativas. La mayoría de los sistemas de medicina alternativa considera que en el cosmos existe un tipo de “energía vital”, que actúa cuando sus practicantes están realizando algún tipo de intervención. El universo está envuelto por unas “fuerzas” imperecederas e inmateriales que contribuyen a ordenar y a colocar las cosas en su lugar. A través de los métodos o técnicas empleadas por las medicinas alternativas, esas “influencias o fuerzas” universales, que tienen un poder curativo, son activadas y redundan en beneficio de la salud. Una vez que esas fuerzas se han alineado para favorecer la salud, ésta se situaría en armonía con la energía cósmica. Para las medicinas alternativas, las personas cuando enferman, pueden contar con el apoyo de potencias benefactoras que le van a ayudar a restablecer o a recuperar su salud. Se trata de algo similar a una fuente o un chorro de energía sanadora que la medicina convencional no reconoce:

“La homeopatía se conecta con la ‘fuerza vital’ (Hahnemann, 1980); la quiropraxia la denomina ‘inteligencia innata o universal’ (Palmer, 1910);

la sanación psíquica manipula potencias 'áuricas', 'psi' o psiónicas' (Moore, 1977; Reyner, 1982); los seguidores del Nuevo Pensamiento se restituyen por la 'Mente' correcta (Braden, 1987); la acupuntura emplea el 'qi' (Eisenberg, 1987); los profesores de la medicina del Ayurveda y del yoga están en contacto con 'prana' (Lad, 1984), y los naturópatas invocan la *vis medicatrix naturae* (Turner, 1990). Se dice que las potencias invisibles penetran el universo y ejercen un profundo efecto sobre los seres humanos aunque son indetectables por los instrumentos científicos" (*Ibidem*, pág. 57).

Entre las tradiciones médicas más destacadas del vitalismo se encuentran la homeopatía y la medicina naturista. Ambas doctrinas se fundamentan en los postulados tradicionales del vitalismo. Así, existe una "fuerza vital" que se manifiesta como una energía curativa en el universo, en la naturaleza. Las enfermedades se curan estimulando dicha fuerza, mediante preparados homeopáticos, los cuales producen en el organismo, efectos similares a los síntomas que la enfermedad genera. Estos remedios, cuando son administrados en dosis infinitesimales, resultan más efectivos. La medicina naturista, otra de las tradiciones médicas más importantes del vitalismo, inspirada en los textos hipocráticos, también recoge el principio de la "fuerza curativa", inmanente a la naturaleza. Esta terapia defiende las "virtudes curativas" del agua, de las plantas y de la dieta natural.

**CAPÍTULO 5. LOS PRINCIPALES SISTEMAS MÉDICOS ALTERNATIVOS
DURANTE LOS SIGLOS XVIII Y XIX.**

CAPÍTULO 5. LOS PRINCIPALES SISTEMAS MÉDICOS ALTERNATIVOS DURANTE LOS SIGLOS XVIII Y XIX.

Este capítulo pretende rastrear el origen histórico y las influencias que recibieron los principales sistemas médicos alternativos nacidos en los siglos XVIII y XIX. Las importantes repercusiones que estos han tenido en el desarrollo posterior de las medicinas alternativas, han quedado reflejadas en el devenir ulterior de la cultura occidental. El Romanticismo tuvo una importancia decisiva en la aparición de estas terapias. La visión romántica del mundo y de la naturaleza surgió en la fase de expansión de la industrialización europea, lo cual inspiró diferentes corrientes de sanación natural como el herbalismo o fitoterapia y la hidroterapia. El mesmerismo, precursor de la psicoterapia, también se contempla en este apartado. Asimismo, se indaga en el origen histórico de la homeopatía, las influencias que recibió y el contexto social en el que se desarrolló esta terapia no convencional.

1. La homeopatía: el contexto social e histórico en el origen de una terapia heterodoxa.

El médico, físico y químico alemán Samuel Hahnemann⁴⁰ (1755-1843) fue el fundador de la homeopatía. El siglo XVIII asistió al nacimiento de esta original terapia la cual arrastró muchos seguidores, pero también tuvo múltiples detractores:

⁴⁰ “Hahnemann también comenzó a emplear el término *alopatía*, del griego *alloios*, ‘otro’, para describir la práctica habitual del empleo de medicinas que contrarresten los síntomas o produzcan una acción sin conexión con los síntomas, como una purga, una hemorragia o una vesicación de la piel” (Jacobs y Moskowitz, 2000, pág. 91).

“A pesar de todo encontró también entre los médicos de la época numerosos partidarios, ya que estaba descrita con una gran precisión científica, un eminente talento y, en parte, mencionaba nuevas ideas que excedían con mucho los límites de la homeopatía. Y así, por ejemplo, Hahnemann presupone ya que el cólera está producido por unos ‘bichitos pequeños’, aunque por aquel entonces todavía no existía la investigación bacteriológica, e igualmente recomendaba la desinfección de hospitales cuando hubiera epidemias, como fue necesario incluso después de su propia muerte” (Leibold, 1994, pág. 19).

Samuel Hahnemann fue quien dio nombre a la incipiente terapia que con el tiempo ganaría muchos adeptos en todo el mundo. El vocablo homeopatía deriva de la raíz griega *homoios*, que significa “semejante” y *pathos*, que significa “enfermedad”. La doctrina médica homeopática fue hasta cierto punto bosquejada por Hipócrates y Paracelso, pero fue Hahnemann quien le dio un cuerpo doctrinal completo.

1.1. Las leyes sustentadoras de la homeopatía.

Hahnemann enunció las leyes o principios en los que se sustenta la terapia homeopática. El primer principio es la *ley de la similitud*:

“*Similia similibus curantur*. El objetivo del médico y de la medicina es el restablecimiento del equilibrio vital de la persona, actuando sobre los síntomas que manifiestan dicha alteración (esencialmente, y hasta aquí, bien puede estarse de acuerdo). Esto se consigue mediante la acción de elementos o sustancias activas (las drogas o medicamentos) que producen en el organismo sano unos efectos similares a los ocasionados en el enfermo por la causa morbosa (la semilla del conflicto aparece)” (Fernández, 1999, pág. 21).

Pese a que Hahnemann realizó numerosos ensayos en su propia persona⁴¹ y en la de sus discípulos, la ley de la semejanza fue duramente criticada por las instancias médicas oficiales, al oponerse al principio *contraria contrariis curantur* en el que se apoyaba la medicina clásica tradicional.

La segunda ley de la terapia homeopática es el principio de las *dosis mínimas*⁴²:

“*Dosis minima*: Según Hahnemann los principios activocurativos de determinadas sustancias minerales o vegetales son potencialmente efectivos aunque se utilicen dosis muy rebajadas o infinitesimales obtenidas a base de diluciones sucesivamente realizadas; y hasta pueden activar mejor la respuesta del organismo, frente a las dosis elevadas, las cuales, otros peligros aparte, en caso extremo podrían provocar inhibición. Es la Ley de las Dosis Mínimas” (*Ibidem*, pág. 22).

⁴¹ Morales (2000) comenta la experimentación que hacía Hahnemann de los remedios homeopáticos en sí mismo: “El buen doctor y su familia viven pues en la pobreza. La traducción de obras médicas al alemán es una ocasión más que Hahnemann aprovecha para aumentar su formación. Un buen día recibe el encargo de traducir del inglés la “Materia médica” de Cullen y mientras está dedicado al capítulo de China decide experimentar la sustancia en sí mismo para ver sus efectos. Este no era un comportamiento inusual en los médicos de la época. Cuando Hahnemann comienza a tomar repetidamente el medicamento desarrolla un cuadro febril en todo semejante a las fiebres palúdicas contra las que la China tiene reputación de curativa. Deja de tomarlo y las fiebres desaparecen. Vuelve a tomarlo de nuevo y de nuevo se ve atacado por la fiebre. Esta semejanza entre lo que la China produce en él estando sano y lo que cura en los enfermos lo lleva a formular de modo provisional su primera hipótesis: ¿no será que al igual que la China cualquier sustancia puede producir en el hombre sano una enfermedad artificial semejante a la que es capaz de curar en el enfermo?” (Morales, 2000, págs. 52-53).

⁴² “Durante años experimenta sistemáticamente, sobre sí mismo y sobre sus enfermos, los remedios y medicamentos del arsenal terapéutico de su tiempo. Tratando a un paciente con eléboro, comprende que la administración de dosis elevadas del remedio capaz de producir los mismos síntomas de la enfermedad a tratar, puede agravar el cuadro inicial. Es esta observación la que le da la pauta para ir disminuyendo progresivamente las dosis de los remedios empleados, llegando así al segundo principio de la homeopatía: las dosis infinitesimales” (Pérez y Lucio, 1987, pág. 7).

Hahnemann realizó numerosos experimentos, de esta manera pudo comprobar que la administración de sustancias en dosis infinitesimales tiene un potente poder curativo, ya que administradas a individuos sanos provocaría efectos semejantes a los que intenta combatir⁴³.

La tercera ley es el *remedio único*:

“Unitas remedii: Hahnemann, buen conocedor de la realidad médica de finales del siglo XVIII –momento en el que se tiene una idea de la acción de los fármacos bastante incorrecta-, desarrolla múltiples experiencias para investigar las propiedades de las diversas drogas, así como de sus efectos en el organismo humano. Como resultado, y dado que muchas de las prácticas utilizadas en la época las juzga innecesarias, aconseja la unidad del remedio o fármaco único –en vez de una combinación-; lo que primero supone afinar al máximo para evitar cualquier alteración en los síntomas producidos” (*Ibidem*, pág. 22).

⁴³ “Pero mientras tanto Hahnemann comenzó a utilizar el método en algunos enfermos, y aquí encontró nuevas dificultades. Cuando en un primer momento había experimentado los medicamentos en su persona y más tarde en algunos voluntarios lo había hecho utilizando las dosis de la farmacopea ordinaria, dosis que los pacientes tratados por la escuela alopática solían tolerar relativamente bien. En los experimentadores tales dosis habían producido una serie de alteraciones que por otra parte era lo que se esperaba. Pero cuando Hahnemann comenzó a administrar terapéuticamente estas mismas dosis con arreglo a su nuevo método, es decir, dando un determinado medicamento a un paciente cuya enfermedad consistiese en un conjunto de síntomas semejantes a los que ese medicamento había producido en los experimentadores, efectivamente obtuvo las curaciones que esperaba pero antes los pacientes se agravaron considerablemente, mucho más que lo que podía esperarse de las dosis administradas.

Esta observación indicaba que los pacientes son especialmente sensibles al medicamento que produce en el hombre sano un conjunto de síntomas semejantes a los de su enfermedad, es decir, que cualquier enfermo es particularmente sensible al medicamento que le es homeopático. Por lo tanto era necesario disminuir la dosis del medicamento cuando éste es administrado con criterio homeopático. La disminución progresiva de las dosis fue un verdadero éxito, a medida que ésta era menor los fuertes agravamientos iniciales desaparecían. Pero Hahnemann siguió disminuyendo las dosis, hasta que entró en el campo de lo que hoy se conoce como diluciones homeopáticas (diluciones ultramoleculares) y entonces la sorpresa fue mayor” (Morales, 2000, págs. 54-55).

A su vez, Hahnemann utilizó sustancias vegetales, animales y minerales para la preparación de los remedios homeopáticos. Dichas sustancias las administraba a un grupo de individuos sanos. Así, obtenía un conjunto de reacciones o síntomas físicos y psíquicos de cada sujeto investigado, a lo que denominó patogenesias. También apreció que los síntomas percibidos pueden ser subjetivos, es decir, observados exclusivamente por la persona en cuestión y no por otros individuos, y objetivos, o sea, advertidos por otros sujetos. Las observaciones y pruebas que realizó Hahnemann sobre los efectos de los medicamentos homeopáticos, constituyen un método experimental totalmente innovador en la Historia de la Medicina.

1.2. El concepto de salud y enfermedad en Hahnemann.

En la concepción de la salud y de la enfermedad de Hahnemann “la fuerza vital” ocupa un lugar central. Se trata de una noción etiológica y ontológica sobre las enfermedades. Las enfermedades son consideradas como una perturbación de la “fuerza vital”, entidad inmaterial y dinámica:

“Pero pronto, sólo considerará las enfermedades, casi exclusivamente, como generales, y como un trastorno puro de la energía vital inmaterial, a la manera de Van Helmont. Porque, según él, existen dos tipos principales de enfermedades: algunas enfermedades tienen causas materiales evidentes; pero la mayor parte de las enfermedades tienen una causa inmaterial y dinámica, incluso las enfermedades miasmáticas. Desde 1795, Hahnemann tuvo la idea de que los miasmas eran animáculos vivos, pero sólo desarrollará la idea verdaderamente en 1831 a propósito del cólera. Para él, los miasmas, que son específicos de las enfermedades contagiosas, tienen una naturaleza dinámica, y los califica en 1835, en su tratado doctrinal *Las enfermedades crónicas, de semi-espirituales (halb geistige)*. A partir de 1806, fecha de su ensayo *La medicina de la experiencia*, considera la mayoría de las enfermedades como dinámicas, negando todo papel de una causa material, de un

humor interno o materia peccans, no actuando las causas mórbidas por una alteración o una lesión orgánica sino directamente sobre la fuerza vital que, desordenada, altera secundariamente los órganos” (Pinet, 1999, págs. 130-131).

El concepto de enfermedad en Hahnemann como una alteración de la “fuerza vital” origina trastornos en el funcionamiento de los órganos. Si este desequilibrio no se trata, podría conducir a lesiones en los tejidos:

“De manera que, para Hahnemann, el principio vital es asimismo principio de salud en la medida en que la salud sería el adecuado equilibrio del organismo, equilibrio que corre de la cuenta del principio vital o *dynamis*. La enfermedad resulta ser entonces un desequilibrio de la *dynamis*. Por eso decimos que la enfermedad es radicalmente un proceso dinámico. Pero desde que este desequilibrio, esta desarmonización primera del principio organizador acontece hasta que el organismo físico se resiente, hasta que se produce una determinada enfermedad con sus síntomas patognomónicos y las alteraciones de los líquidos orgánicos, de las células, tejidos u órganos que constatamos por la exploración física, por el laboratorio o por la imagen, hasta que podemos hablar de una enfermedad con nombre propio pasa algún tiempo (Morales, 2000, pág. 131).

Para Hahnemann las enfermedades son una expresión de las características personales del paciente, por lo que tiene en cuenta los síntomas individuales del enfermo. Se trata de una concepción sintomática de la enfermedad, por esa razón el tratamiento debe ir dirigido a cubrir todos los síntomas del sujeto, debe orientarse a la persona, no a la enfermedad.

1.3. Samuel Hahnemann: un breve bosquejo biográfico.

Samuel Hahnemann nace en 1755 en Meissen, urbe situada en la confluencia de los ríos Elba y Meissen. Dicha ciudad adquiere gran esplendor en el siglo XVII por el descubrimiento de la porcelana. El Duque Augusto El

Fuerte, Elector de Sajonia, en su empeño por encontrar la piedra filosofal de los alquimistas, acogió a Federico Broettger para que fabricase oro. El afamado alquimista no pudo complacer al Duque Augusto. Sin embargo, su duro trabajo unido a su perseverancia, se vio recompensado por el descubrimiento de una valiosísima sustancia: la porcelana, que traería gran prosperidad económica a la ciudad y un empuje artístico sin precedentes.

A la edad de 20 años, abandonó su ciudad natal para realizar estudios de medicina en la universidad de Leipzig, donde quedó profundamente decepcionado por la enseñanza de la medicina que recibió, casi ausente de experimentación y sustentada en ideas arcaicas y teorías atrasadas. Posteriormente se doctoró en medicina por la universidad de Erlangen, donde defendió su tesis doctoral: “Aspectos etiológico y terapéutico de las enfermedades espasmódicas”.

La vida de Hahemann estuvo sujeta a múltiples avatares: peregrinaje de ciudad en ciudad, pugnas con los médicos por los métodos⁴⁴ que éstos utilizaban, enfrentamientos con los farmacéuticos por reclamar para sí mismo la

⁴⁴ “En los tiempos de Hahnemann se pensaba que las enfermedades estaban producidas por impurezas de los humores (elementos constitutivos del organismo, según la creencia de la época), que era preciso eliminar de la forma que fuese, para llegar a la curación. Basándose en esta idea empleaban diuréticos, sudoríficos, vomitivos, purgantes.; que aumentaban la eliminación por vías naturales, o bien otros métodos que intentaban crear nuevas vías de eliminación: sangrías, cauterizaciones – con el fin de ocasionar quemaduras profundas, que se rellenaban luego con distintos materiales para provocar supuración-, vejigatorios –agentes productores de vesículas que después dejaban en “carne viva”, sobre la que aplicaban otras sustancias que evitaban la cicatrización.....

Hahnemann, decepcionado por estas prácticas médicas, que más que curar, debilitaban o acababan con la vida de los enfermos, abandona el ejercicio de la medicina, trabajando durante muchos años como traductor, ya que dominaba varios idiomas (francés, inglés, italiano, entre otros)” (Pérez y Lucio, 1987, págs. 6-7).

preparación de sus medicamentos, un sinnúmero de dificultades que no le impidieron seguir en la búsqueda de una ley racional de curación. Hahnemann fue un personaje curioso, de culto protestante y con profundas convicciones religiosas, fue introducido por Samuel de Bruckenthal, entonces gobernador de Transilvania, en la Logia de San Andrés⁴⁵. Su estancia en las ciudades mineras de Hettstedt y Dessau, le permitieron adquirir profundos conocimientos en la práctica de la mineralización, que posteriormente aplicó en sus estudios de química. Comenzó a experimentar los medicamentos homeopáticos en él mismo. Hahnemann era lector de Kant y también de Bacon, en quien se inspiró para poner nombre a su obra más importante el “Órganon de la medicina racional” (1810), que en sucesivas ediciones llevará por título “Órganon del arte de curar”, y es en esta obra donde Hahnemann utilizó por primera vez el término homeopatía. Hahnemann no se consideraba el descubridor de la *Ley de los semejantes*, la cual existía desde Hipócrates, pero reclamaba para sí el derecho de haber sido la primera persona que de ella había hecho una demostración práctica.

Con el tiempo la medicina homeopática se fue extendiendo por diversos países de Europa y el continente americano. Antes de la muerte de Hahnemann, la homeopatía arraigó en Francia, lugar donde también encontró fuertes resistencias. En Gran Bretaña la introdujo un discípulo de Hahnemann, Frederick H. Quin en 1827, quien fundaría más tarde el Homoeopathic Hospital de Londres. En Norteamérica James Tyler Kent, fundador del Instituto Americano de Homeopatía y de la Asociación Internacional de Homeopatía,

⁴⁵ Waugh (1984) describe el momento en el que Hahnemann ingresó en la Logia de San Andrés: “Whether Hahnemann travelled from Vienna to Hermannstadt with the Governor does not appear, but it is known that, three days after Brukenenthal’s arrival, Hahnemann was admitted to the Freemason’s Lodge of ‘St. Andrew of the Three Leaves,’ of which the Governor was a member” (Waugh, 1984, pág. 43).

está considerado como una de las figuras más representativas, no sólo por la importancia de su obra, sino por las enseñanzas que impartió de esta doctrina médica. A su vez, la creación de un Instituto Homeopático en Brasil, se debe a B. J. Moore en 1843; al tiempo que el médico valenciano M. Comellas fundó en México otro Instituto Homeopático en el año 1868.

1.4. Las bases filosóficas de la medicina homeopática.

Pinet (1999) apunta que el pensamiento de Hahnemann descansa en cuatro grandes pilares: Hipócrates, la filosofía de Paracelso, la Naturphilosophie y el Vitalismo.

1.4.1. El principio hipocrático de la similitud y su influencia en la terapia homeopática.

La Medicina hipocrática (siglo V a.C) es el punto de partida de la concepción científica de la medicina. La medicina se constituye en un saber técnico cuando se desvincula de la religión y de la especulación filosófica, pero sigue ligada al razonamiento filosófico. Hipócrates (460-370 a.C) no sólo está considerado el Padre de la Medicina, sino que también tuvo su importancia como filósofo, ya que estaba interesado en conocer todos los secretos de la naturaleza. Pensaba que la naturaleza producía los padecimientos humanos y que el médico tan sólo era alguien que auxiliaba al enfermo, pero que en ningún caso curaba. De esta observación nació su gran principio: *Natura Morborum Medicatrix*, o lo que es lo mismo, la naturaleza es la que cura las enfermedades. Más tarde, Hahnemann toma ese enunciado como una de las bases sostenedoras de la homeopatía. Los principios exclusivos de la medicina homeopática se han encontrado en la misma naturaleza, siguiendo la observación de los procesos biológicos de los seres humanos.

Hipócrates, basándose en los escritos de los filósofos presocráticos, sostuvo que las cosas poseen una naturaleza propia, es decir una *physis* y que de ésta, depende la salud. De este modo, en los estados de enfermedad es la misma *physis* la que interviene para restablecer el equilibrio del organismo. Los aspectos más claramente diferenciadores de la medicina hipocrática con respecto a sus predecesoras, son su método racional y la observancia de la práctica clínica. El legado científico que dejaron los médicos griegos entre los siglos V y IV a.C se conoce por el *Corpus Hippocraticum*, es decir, el acopio de experiencias, saberes y doctrinas médicas recopilado en setenta libros. En esta enciclopedia médica se recoge una concepción nueva de enfermedad, así como una forma nueva de curación fundada en la propia naturaleza del enfermo, a la vez que se sentaban las bases de la medicina científica. A partir de la Medicina hipocrática, el conocimiento médico, clínico, diagnóstico y terapéutico se ajusta exclusivamente a las causas naturales de la enfermedad. Se impone una explicación racional del proceso morboso y, por tanto, la noción de enfermedad se aparta definitivamente de toda concepción mágica, religiosa o teúrgica (López, 2002).

Hipócrates también conocía las leyes sustentadoras de la terapéutica médica, es decir la *Ley de los Contrarios* y la *Ley de los Semejantes*:

“Indican clara y repetidamente los textos hipocráticos, que la curación de las enfermedades, es obra de la naturaleza del organismo, pues la *physis* encuentra por sí misma la vía curativa a seguir sin necesidad de maestro, como recuerda Baumann (1936). La función primordial del médico es conocer su modo de acción para ayudarla y no interferir en sus mecanismos, procurando que el enfermo contribuya a la acción curativa de su propia *physis*. El tratamiento debe ser deductivo, observando los hechos presentes en la enfermedad y obrando de un modo semejante a como actúa la naturaleza. Surgió así el principio terapéutico de inducir en

el enfermo reacciones de analogía con los síntomas que produce la enfermedad, *similia similibus* en que vino a fundarse la homeopatía. Pero esta concepción terapéutica de analogía con la *physis*, existe junto a otra de polaridad frente al agente causal del desarreglo humoral, aceptada desde el tratado *Sobre la medicina antigua* y en todos los posteriores; es decir, el empleo de los contrarios, lo cálido ha de curarse con lo frío, lo seco con lo húmedo y así en todos los textos se ve la recomendación de tratar al plétora con las evacuaciones y las excesivas evacuaciones con la plenitud, fundamento de la alopatía” (Guerra, 1985, pág. 143).

Desde el punto de vista filosófico, Hipócrates consideraba que el hombre era un ser dotado de materia y de alma. Esta visión de la persona le condujo a entender que las perturbaciones no afectaban exclusivamente a la parte somática, sino que también tenían su repercusión en la parte anímica, al igual que sostiene la homeopatía.

1.4.2. La fuerza vital o *archeus* en Paracelso.

Paracelso⁴⁶ representó también una fuente de inspiración en la obra de Hahnemann. En este sentido, una de las bases filosóficas que sostienen la medicina homeopática de Hahnemann está inspirada en la filosofía arcaica de Paracelso. El Renacimiento alumbró uno de los personajes más misteriosos e inquietantes de esa época en la figura de Paracelso:

“A pesar de su espíritu crítico, los clínicos renacentistas siguieron en todo las doctrinas médicas de los clásicos, particularmente Galeno. Sólo

⁴⁶ “Paracelso (1493-1541) fue un médico piadoso y sumamente influyente que se aventuró en el futuro con sus modernos experimentos médicos, y en el pasado con su confianza filosófica en la alquimia y la astrología. Ya en vida, debido a sus aportes decisivos para la medicina, se lo conocía como el ‘Lutero de los médicos’. Hoy puede parecer oscuro debido a la rica matriz cósmica a partir de la cual trabajaba, pero una mentalidad abierta y atenta encontrará en sus escritos muchos elementos valiosos” (Moore, 1994, pág. 389).

Paracelso indica Pagel (1958), se apartó entonces de las concepciones tradicionales respecto a la constitución de la materia, la causa de las enfermedades y la acción de los medicamentos, dejando por ello una huella indeleble. Theophrastus Bombast von Hohenheim (1493-1541) que a partir de 1529 se llamó Paracelsus, nació en Einsiedeln, cerca de Zurich, donde su padre ejercía de médico. En 1502 su familia pasó a residir a la zona minera de Villach y a los 16 años fue a estudiar a Sponheim con el abad Johannes Tritheim, seguidor de un benedictino conocido por el seudónimo de Basil Valentine (fl.1450) en quien Paracelso se inspiró en cuestiones de *philosophia occulta* y alquimia. A partir de 1515 Paracelso estudió medicina en Ferrara con N. Leoniceno, pero no hay pruebas de que llegara a doctorarse, pues en 1522 marchó como cirujano militar al servicio de Venecia, viajando por diversos países hasta que en 1525 se estableció como médico en Strasbourg. Alcanzó allí prestigio como clínico y cirujano, y fue llamado a Basel en 1527 para atender al editor Froben y luego al humanista Erasmo; por recomendación de éstos fue nombrado médico de aquella ciudad y docente de medicina, en contra del claustro de la universidad. Debido a que daba las clases en rudo alemán en lugar del latín académico y rechazaba las doctrinas de los textos clásicos, inclusive lanzó a la hoguera el día de San Juan de 1527 el *Canon* de Avicenna, Paracelso se enajenó la protección de sus amigos y en 1528 tuvo que huir de Basel vilipendiado. Iconoclasta hasta el fin de sus días, peregrinó por varias ciudades europeas, repudió en 1530 en Nürnberg el uso del guayaco en la sífilis, poco después se unió en Saint Gall a los campesinos anabaptistas predicando la nueva heterodoxia religiosa, por su atuendo y talante se le negó el ejercicio médico en Innsbruck y otras ciudades, y tras breve residencia en Saint Moritz y otras fuentes minerales, pasó a Salzburg donde se dice murió en una riña de taberna” (*Ibidem*, pág. 276).

Paracelso fue un médico versado en la alquimia y en la astrología, doctrinas que aprendió en Arabia, así como en la medicina oculta de Oriente. Recorrió la India y Persia, lugares donde adquirió nuevos conocimientos que le distanciaron de la medicina que se ejercitaba por aquel tiempo en Europa, y además, los incorporó en una nueva visión de la misma. La enseñanza de la medicina que había recibido en las universidades alemanas e italianas era una enseñanza galénica, de índole materialista. Consideraba que el hombre era cuerpo y espíritu, siendo precisamente este último, el primero en enfermar y el

que más sufría, por lo que debía tener preferencia en el tratamiento. Además, sus métodos terapéuticos diferían del principio de los contrarios, ajustándose al principio de los semejantes y haciendo uso de pequeñas dosis. La influencia de Paracelso en Hahnemann se observa en la consideración de este último acerca del ser humano como una unidad integrada por cuerpo y alma o espíritu, al mismo tiempo que se atenía al principio de los semejantes y utilizaba dosis mínimas en sus tratamientos. En sus escritos sobre medicina Hahnemann mantiene la existencia de un cuerpo material y de un alma inmaterial. Estas dos entidades están estrechamente unidas, de ahí la influencia que ejercen mutuamente en la enfermedad. Paracelso entendía que el cuerpo y el espíritu de una persona enfermaban por la influencia de los astros, de la tierra y de las personas, especialmente las que sentían antipatía por el enfermo:

“En su primer libro *Paramirum* (c. 1520) mantiene el paralelismo del microcosmos del hombre, y el macrocosmos del universo que le rodea, gobernados ambos por las mismas leyes de simpatía y antipatía, y animados por un principio vital que llama *archeus*. Admitía que en las cosas había una sustancia primaria común *iliaster* y tres constituyentes elementales azufre, mercurio y sal. De ahí procedía su creencia en las influencias cósmicas y telúricas que influyeron sobre el hombre y el aceptar que en el organismo tienen lugar procesos semejantes a las reacciones químicas que ocurren entre los minerales. En *Paragranum* (1529-1530) afirma que la base de la medicina está en el estudio de sus leyes físicas y cósmicas y en la preparación de remedios químicos específicos para cada enfermedad que contienen un *arcana* que va a actuar contra la causa de la enfermedad y no contra los síntomas. Como causa de las enfermedades acepta influencias cósmicas *ens astrorum*, sustancias tóxicas y venenosas *ens venene*, causas naturales o predisposiciones *ens naturale*, motivos psíquicos *ens spirituale* y la intervención divina *ens deale*, rechazando la patología humoral galénica entonces dominante.....No es fácil juzgar la obra de Paracelso, al que hay que respetar por su rebeldía frente al dogmatismo galénico de la época. Afirmó que la medicina que practicaba no la había copiado de los textos de Hipócrates y Galeno, sino que procedía de su propia observación y experiencia, y fue importante su concepción de la enfermedad como alteraciones de mecanismos químicos en el

organismo, a la vez que la sugestión de utilizar medicaciones específicas contra el agente de la enfermedad y el tratamiento interno de éstas con compuestos químicos, entre los que introdujo el azufre, el hierro, el arsénico, el plomo, el sulfato potásico y el opio, además regular el uso del mercurio ya empleado por siglos; también fue gran propagador del uso de las aguas minerales” (*Ibidem*, pág. 277).

La obra de Paracelso casi desapareció con su muerte. Posteriormente médicos como Stahl, Baglivi o Van Helmont, reconocieron las ventajas del principio de los semejantes. Pinet (1999) sostiene que la terapéutica de Hahnemann se puede considerar como magnética:

“Hahnemann, por el contrario, se inspiró en parte en Paracelso pareciendo ignorarlo, y siempre defendió a Mesmer. Se puede calificar su terapéutica de magnética porque, para él, sus medicamentos actúan por efecto magnético, como algunos remedios de Paracelso y de Van Helmont” (Pinet, 1999, pág. 121).

En vida de Paracelso se publicaron muy pocos textos suyos, sin embargo veinte años después de su muerte, en los países europeos de lengua germana surgió un movimiento paracelsista que acabó extendiéndose al resto de países del continente. Aparecieron sucesivas ediciones de sus escritos en el original alemán, así como numerosas traducciones de sus obras a diversas lenguas. Los defensores de la doctrina de Paracelso se enfrentaron manifiestamente a los seguidores del galenismo tradicional, prolongándose el conflicto durante el siglo XVII (López, 2001).

1.4.3. El influjo de la Naturphilosophie.

Pinet (1999) destaca que uno de los fundamentos filosóficos de la terapia homeopática de Hahnemann reposa en la filosofía romántica alemana o Naturphilosophie. Al mismo tiempo, sostiene la influencia que las ideas

positivistas y empíricas ejercieron sobre el fundador de la homeopatía. En este sentido, Hahnemann como gran lector de Kant, estaba preocupado por el conocimiento de los objetos sensibles:

“Tanto para Hahnemann como para Cabanis, sólo los objetos sensibles y susceptibles de experiencia son cognoscibles. Pero no se trata, sin embargo, como veremos, de que nieguen la existencia de toda entidad metafísica sea materia o no materia. Se les puede calificar de positivistas agnósticos, pero no nihilistas” (Pinet, 1999, pág. 120).

Según el doctor Julian (1965) Hahnemann está fuertemente influenciado por el romanticismo que por esa época predominaba en Europa y, de manera especial, en Alemania. Se trataba de un romanticismo naturalista según la filosofía de Schelling y de Stahl. En ese sentido, la filosofía de Schelling tendría un carácter místico, sería una síntesis entre las formas kantianas, las cristianas y las hilozoístas de la antigua Grecia. Schelling concibe el evolucionismo como esencialmente vitalista, rechaza el evolucionismo biológico porque deriva de una concepción mecanicista de la biología. No es posible comprender el universo material si no tenemos en consideración el electromagnetismo, lo cual conduce a una concepción vitalista del universo material.

En la Naturphilosophie, Schelling intenta dar una visión filosófica de la naturaleza. Influenciado por los descubrimientos de su época en los campos de la física, la química y la biología, en su obra figuran conceptos como la evolución biológica, la electricidad y el magnetismo o los ácidos y los álcalis, entre otros. Mantiene que existe una fuerza generadora en el devenir de la naturaleza y que esa fuerza es la propia naturaleza: *natura naturans*. Martínez (1975) señala las tesis que sostienen este argumento:

“ a) esta fuerza, puesto que actúa teleológicamente, es espíritu, o, mejor, es el espíritu mismo, pero: b) puesto que la conciencia es lo mismo que el yo, el espíritu en cuanto principio de la naturaleza es el espíritu *inconsciente*, el espíritu en cuanto que todavía no ha llegado a la conciencia de sí, esto es: a la conciencia de la actividad que él mismo es; c) la teleología de la naturaleza es el devenir espíritu del espíritu, esto es: su hacerse consciente de sí mismo” (Martínez, 1975, pág. 258).

Según Pinet (1999) el influjo que la Naturphilosophie dejó en Hahnemann se observa incluso en la acción que producen los medicamentos homeopáticos, pues actúan dinámica y espiritualmente, ya que contienen una esencia inmaterial. Todo en la naturaleza está envuelto de dinamismo y espiritualidad:

“El dinamismo llega a ser así universal, afectando tanto a los cuerpos materiales como a los cuerpos vivos. La vida parece pues confundirse con la energía que posee la naturaleza en su totalidad, o al menos los cuerpos materiales encierran también una energía independiente de la materia. Con todo esto nos acercamos bastante a la filosofía de la naturaleza. Hahnemann cree que se puede desprender la energía interna de las sustancias materiales gracias a la preparación homeopática, lo que les permitiría actuar a otro nivel” (Pinet, 1999, pág. 132).

Piulats (1999) sostiene que la Naturphilosophie de Schelling está inspirada en el pensamiento de J. W. von Goethe. Recoge los fundamentos filosófico-científicos de la filosofía romántica y, por ende, la dialéctica planteada entre Ilustración y Romanticismo:

“El Idealismo Alemán creado por pensadores como Fichte, Schelling y Hegel hubiera sido inimaginable sin la figura de Goethe y el círculo de Jena y Weimar, y que el pensamiento especulativo de la época se basa directamente en el substrato científico-intelectual que inicia Goethe” (Piulats, 1999, pág. 142).

Schelling consciente de la importancia y del interés que despiertan las tesis de Goethe para la ciencia, las incorpora en su escrito “Ideas para una Filosofía de la Naturaleza” y este es el punto de partida de la Naturphilosophie:

“Lo cierto es que la influencia de Goethe a Schelling se extenderá a diversas ramas del saber germano, pero sobre todo y debido a la relación de Schelling con la medicina (ver los *Jahrbücher der Medizin*) esta nueva forma de pensar la naturaleza tendrá gran influencia en la fisiología y en la medicina en general. En Alemania el vitalismo no es desvinculable de la Naturphilosophie. Nombres tales como Carl Gustav Carus, Joseph Görres, Jacob Wagner por citar solo algunos fisiólogos románticos orientan parte de la fisiología germana hacia las ideas de Goethe. Desde 1800 a 1840, las tesis de Goethe en química, anatomía, física y a través de Schelling en medicina van a tener una importante relevancia en las universidades y en el panorama intelectual germano. De aquí se explica el enfado de Emil Du-Bois Raymond 50 años más tarde contra Goethe, ya que la fisiología basada en la bipolaridad y lo cualitativo tuvo mucho predicamento en Alemania hasta bien entrado el siglo. Du-Bois Raymond hacía responsable a Goethe de la tardanza de la fisiología germana en aceptar el Positivismo” (*Ibidem*, pág. 146).

Goethe critica el modelo científico de la Ilustración de marcada tendencia físico-matemática y propone suplantarlo por un modelo alternativo que lo llama genético-morfológico. Además, propone una comprensión de las funciones de los fenómenos en un plano bio-dinámico. El fundamento de dicho modelo reposa en la unión entre Sujeto y Objeto y en el emplazamiento del Espíritu o Geist, cuya naturaleza es vital. Además, indaga la génesis de los fenómenos y permite que éstos manifiesten su natural bipolaridad y sus propias transformaciones. Goethe no se opone radicalmente a los planteamientos matemáticos para entender los fenómenos de la naturaleza, simplemente les asigna un papel complementario. A su vez, el paradigma ilustrado de comprensión de la naturaleza hunde sus raíces en el modelo físico-matemático de Galileo y la Escuela de Padua:

“La ciencia moderna había nacido con una clara vocación de particularidad, expresada en la fórmula de Galileo ‘para saber algo no es necesario saberlo todo’, y con la cual el sabio italiano proclamaba la legitimidad de la física como un saber particular y separado de la metafísica, al igual que la legitimidad de las ciencias que se autodenominan experimentales y que se construían más por referencia a los experimentos mensurables que por referencia a las deducciones teóricas y a las especulaciones metafísicas” (Choza, 2000, pág. 11).

Será Newton⁴⁷ quien en el siglo XVIII dará definitivamente carta de naturaleza al paradigma físico-matemático galileano. Las Ciencias Naturales inglesas y especialmente Newton con su mecánica universal, ejercieron una fuerte atracción en el movimiento ilustrado francés. Obviamente, el resto de países europeos acabaron seducidos por dicho modelo. En este sentido, la ciencia ilustrada plantea el principio de causalidad de orden mecanicista en la naturaleza orgánica, mientras que Goethe entiende que en el mundo orgánico hay un principio de “causalidad recíproca”, al que añade la noción de “metamorfosis” para explicar las transformaciones de los fenómenos naturales.

Igualmente, para Goethe el binomio razón-emoción debe ir unido y no debe haber separación entre ambas nociones, tal como lo plantea la ciencia ilustrada. Cuando se intenta comprender el mundo desde un prisma puramente matemático-experimental, el resultado que ello produce es una ciencia deshumanizada. Goethe también critica de la ciencia de la Ilustración, la desvinculación existente entre la parte y el todo del objeto investigado. Esto conduce a que se confunda o sustituya el todo por la parte. Asimismo, se

⁴⁷ Rodríguez (1990) destaca la influencia decisiva del modelo de Newton en la ciencia y la cultura europea: “En lo que importa ahora, hay que registrar la (por así decirlo) fascinación que el modelo newtoniano ejerce sobre el pensamiento de la Ilustración. Deviene éste algo tan básico que, como se ha dicho, las Luces son incomprensibles sin él: forma parte del subsuelo cultural” (Rodríguez, 1990, pág. 29).

muestra en desacuerdo con la separación entre el sujeto que investiga y el objeto a investigar:

”La ciencia ilustrada con su arsenal de aparatos y su fascinación por lo matemático y los diagramas, no tiene metodología para registrar en el Objeto investigado la vida, el principio Vital que interrelaciona lo Subjetual con lo Objetual, tampoco entiende ni la estructura emocional del Sujeto ni la estructura genética del Objeto y menos aún el finalismo existente en los procesos del objeto investigado. En aras de una pretendida absoluta Objetividad, se mutila al Sujeto investigador y a su Subjetividad y por otro lado se tortura al Objeto con preguntas unilaterales e hipótesis interesadas. Se confunde la Subjetividad con el Subjetivismo, con el ataque a la Subjetividad humana, se construye el mito de la Objetividad, cuando de hecho incluso esta pretendida Objetividad se basa en otra Subjetividad interesada” (Piulats,1999, pág. 145).

Riera (1985) señala que la Naturphilosophie influyó poderosamente en la Medicina alemana y de manera muy especial, en la Fisiología del primer tercio del siglo XIX. Los principios que animaban dicha corriente filosófica, sedujeron a fisiólogos y patólogos de las universidades alemanas, los cuales se imbuieron de las orientaciones doctrinales de la Filosofía Natural, desatendiendo por completo la investigación empírica. Este influjo se prolongó durante una buena parte del siglo XIX, hasta que los supuestos y orientaciones en los que la Naturphilosophie se fundaba y que habían inspirado la Fisiología alemana, se vieron desplazados por el empuje del Positivismo:

“Su idea básica es la especulación que parte del principio hegeliano de identidad: ‘La Naturaleza es Espíritu visible, el Espíritu es Naturaleza invisible’. Con esta orientación pensaron los románticos alemanes que era suficiente con la especulación para encontrar las leyes fisiológicas, camino que les condujo a las más insospechadas aberraciones doctrinales. Consideran la Naturaleza, y en suma la realidad biológica, presidida por una polaridad, esquema que como dos polos, positivo y negativo, aplicaron con entusiasmo desmedido a cuantos aspectos de la realidad se dedicaron. En tercer lugar, los románticos aceptaron de lleno una visión dinámica y evolutiva de la Naturaleza. Muy pronto, sin

embargo, el fervor de los *Naturphilosophen*, o sea los ‘Filósofos de la Naturaleza’, cayó en el más absoluto descrédito. Los avances de la Ciencia positiva y experimental demostraron hasta la saciedad la esterilidad de la pretensión especulativa romántica. Desde 1830 los fisiólogos alemanes, que habían empezado siendo secuaces de la filosofía schellinguiana, tuvieron que cambiar sus métodos de trabajo adquiriendo los hábitos experimentales, aunque siguieron conservando su fidelidad a los principios de evolución que antes habían profesado. Esta tarea de *positivizar*, incorporando los nuevos métodos experimentales, entre los discípulos tardíos de la *Naturphilosophie*, fue la labor que cumplió una generación puente entre la Filosofía de la Naturaleza de los románticos y la generación positivista de la segunda mitad del siglo XIX” (Riera, 1985, págs. 106-107).

Para Piulats (1999) el vitalismo médico alemán es una mezcla entre la teoría humoral hipocrática y los modelos energéticos bipolares. En la “Enciclopedia de las Ciencias Filosóficas” de Hegel, conocedor de la homeopatía y del mesmerismo, hay un esbozo de la fisiología humana, así como una teoría de la salud y la enfermedad. Hegel influenciado por Goethe, mantiene una visión vitalista y de este modo, entiende que en la enfermedad hay una desconexión entre las distintas partes y el Todo, dado que las partes dejan de trabajar en función de la Totalidad. Cuando Hegel muere en 1831, el positivismo se va filtrando por todas las esferas de la cultura germana, a lo que habría que añadir los trabajos de Virchow y de Koch a mediados de siglo. Los primeros descubrimientos de índole bacteriológica asentaron los principios orgánicos como la causa principal de las enfermedades. De esta manera, la fisiología y la medicina alemana, hasta entonces imbuidas de los postulados científicos de Goethe, se decantan definitivamente por el método físico–matemático y experimental.

1.4.4. El Vitalismo: el principio vital de la existencia.

El Vitalismo es otra de las influencias que recibió Samuel Hahnemann. Para Pinet (1999) el vitalismo es el núcleo central de su filosofía del hombre:

“En cuanto a la fuerza vital Hahnemann ya no une apenas, concretamente, el cuerpo a la fuerza vital, como ésta al alma. Sin duda alguna califica también la fuerza vital de inmaterial (e incluso de espiritual) como el espíritu, pero parece menos distinta del cuerpo que el alma: no parecen dos entidades separables. Indica esto a partir de 1808 en Valor de los sistemas en medicina y en el Organon. Luego la distinción sería aquí más conceptual que ontológica o, al menos, no se las puede representar como separadas: forma una unidad, dice; y esta unión parece indisoluble.....En Hahnemann, no se sabe si el alma individual y esta fuerza vital que anima al individuo mueren con el cuerpo, pues de ninguna manera se dice explícitamente” (Pinet, 1999, pág. 126).

La corriente vitalista hace su aparición en los siglos XVIII y XIX en los más célebres ámbitos universitarios europeos⁴⁸. El Vitalismo entiende que los fenómenos de la naturaleza, así como la propia existencia no pueden explicarse exclusivamente a través de las fuerzas mecánicas, físicas y químicas que operan sobre grupos de átomos, sino que concibe la existencia de una fuerza o fuerzas cuyo sustrato no es material. Para entender esta doctrina, habría que remontarse a la concepción aristotélica del mundo, donde las transformaciones que experimenta la naturaleza o el mundo de la materia, se deben a tendencias propias de la misma. Hay un principio inmanente en la propia naturaleza material, todos los objetos naturales contienen una fuerza inmanente que les otorga una realidad auténtica. El medioevo europeo vino a ahondar en el debate

⁴⁸ “Esta doctrina surgió en occidente como una respuesta a las tesis mecanicistas y al reduccionismo fisicoquímico atomístico de la revolución científica (Laín, 1948)”. Citado por Kaptchuk, 2000, págs. 57-58.

sobre la relación existente entre el cuerpo y el alma⁴⁹. El resultado de la disputa condujo a una reflexión no dicótoma. Ambas entidades no subsistían de manera independiente, sino que por el contrario, estaban estrechamente vinculadas. Más tarde, la revolución científica del XVII rompió con esa concepción medieval y comenzó a imponerse una noción más mecanicista de la naturaleza. La reacción no se hizo esperar y numerosos filósofos y científicos se resistieron a los postulados de la nueva ciencia⁵⁰.

2. El mesmerismo: el “fluido animal” impregnador del universo.

Algunos médicos románticos comenzaron a emplear el trance hipnótico para tratar diferentes patologías y, también, para reducir el dolor en los casos de intervención quirúrgica. Los precedentes a esta práctica hay que buscarlos en el mesmerismo. Mientras la doctrina vitalista continúa su transcurrir por las esferas más acreditadas del conocimiento de la época, hace su aparición el médico y físico Anton Mesmer⁵¹. A mediados del siglo XVIII Mesmer defiende su tesis

⁴⁹ “La psique no tiene realidad independiente del soma. Los seres humanos constan de un cuerpo material que se ve superpuesto y penetrado, realizado y formado por un sustrato sutil de almas. Cada alma estructuraba el soma según una jerarquía de funciones y conciencia. De alguna forma, el pneuma, un mediador de la misma esencia eterna que los cuerpos celestiales, suministraba integridad física y mental a la psique y al soma (Hall, 1975)” (*Ibidem*, 2000, pág. 58).

⁵⁰ “Acusaron a la nueva filosofía de ser excesivamente mecanicista, materialista y simple y afirmaron que la vida estaba determinada por algo más que las leyes del mundo inanimado. Estos médicos y biólogos intentaron animar la sustancia pasiva y recién constituida de la ciencia con una hipótesis vitalista para explicar las sensaciones y pensamientos subyacentes a la vida orgánica y humana (Roger, 1986)” (*Ibidem*, 2000, pág. 58).

⁵¹ Las reuniones en casa del conocido Dr. Mesmer eran muy celebradas por toda la alta sociedad vienesa de la época, tal y como relata Norbert Elias: “Mozart escribió su primera ópera bufa (*La finta semplice*) a los doce años entre la primavera y el verano de 1768; su representación fue impedida de todas formas por la oposición de la dirección del teatro. A finales del verano del mismo año, escribió la opereta que

doctoral: *Dissertatio physicomédica de planetarum influxu* en la universidad de Viena. En dicho trabajo sostiene la influencia que ejerce la gravitación de los planetas en las distintas partes u órganos del cuerpo humano. El uso de imanes y la utilización del trance hipnótico o sugestión eran métodos frecuentemente empleados por Mesmer en sus curaciones. Anton Mesmer comienza a hablar de una especie de “magnetismo animal” o fluido que impregna todo el universo. Se trata de una “fuerza vital” que contiene un potente poder curativo. Las enfermedades deben entenderse como el resultado del bloqueo de ese fluido. Cuando Mesmer se traslada a París en 1778 comenzó a utilizar varillas y baños magnéticos, así como la sugestión hipnótica que en los casos de histeria, se obtenían unos resultados sorprendentes. Su método fue ampliamente difundido, pese a los obstáculos que encontró en los circuitos de la medicina oficial. De este modo, las teorías de Mesmer tuvieron numerosos incondicionales, pero también cuantiosos opositores. Tal es así que en 1784 la Academia Real Francesa de la Ciencia, a través de una comisión investigadora compuesta por Bally, Lavoisier y Benjamin Franklin, concluyó que los métodos curativos de Mesmer adolecían de efecto alguno. Sin embargo, pese al informe emitido por la comisión real, las prácticas terapéuticas del mesmerismo se siguieron expandiendo, debido a los efectos benéficos que éstas ejercían en algunas enfermedades de tipo nervioso, pero también por la popularidad que despertaron las distintas formas de medicina natural durante el Romanticismo. No obstante, las disputas sobre el mesmerismo se siguieron produciendo en Francia, hasta que en 1826 la comisión de la Académie de Médecine de París dictaminó que algunos rasgos del mesmerismo contenían ciertos beneficios terapéuticos (Guerra, 1985).

todavía hoy vuelve ocasionalmente a los escenarios, *Bastien und Bastienne*, que se estrenó al poco tiempo en el jardín del famoso Dr. Mesmer“ (Elias, 1998, pág. 77).

En Alemania la influencia del filósofo romántico Johann K. Lavater, condujo al mesmerismo a un numeroso grupo de médicos seguidores de la Naturphilosophie, entre los que se hallaba Johann L. Böckmann, el cual editó la primera revista médica sobre el magnetismo animal. En las universidades de Berlín y Bonn se nombraron profesores de magnetismo, lo que favoreció la reputación de dicha terapia en el ámbito académico (Guerra, 1985).

En Gran Bretaña, el magnetismo animal y el hipnotismo tuvieron una buena acogida por parte de algunos médicos, como John C. Colquhoun que hizo un estudio sobre dicho fenómeno y tradujo el informe que la Académie des Sciences de Paris emitió a favor del mesmerismo. Pero, pese a esas prósperas iniciativas los obstáculos por parte del colectivo de profesionales de la medicina fueron notables. Así, John Elliotson médico de reconocido prestigio, se vio obligado a dejar su posición académica en el North London Hospital, por las feroces críticas de las que fue objeto en los editoriales del *Lancet*⁵², después de publicar muchos casos en los que se demostraba que la hipnosis podía eliminar el dolor. También el fisiólogo y cirujano Herbert Mayo, que había estudiado las repercusiones que el magnetismo animal tenía sobre los reflejos nerviosos, abandonó su posición en el Middlesex Hospital de Londres debido a la publicación de un estudio sobre el sueño magnético. Una de las contribuciones más importantes fue la del cirujano James Braid que mantuvo que los efectos derivados del magnetismo animal no eran el resultado de un fluido magnético, sino de una fuerza mental. Braid sustituyó el término mesmerismo por el de hipnotismo, cuya raíz proviene del nombre del dios griego del sueño Hypnos. Incorporó dicho vocablo a la medicina, e hizo una descripción del método hipnótico, el cual comenzaba por detener la mirada del individuo sobre un objeto

⁵² Todavía hoy día tales debates siguen apareciendo incluso en la misma revista *Lancet* (Shang, A. et al. *Lancet* 2005, Vol. 366, págs. 726-732) donde se ponen en duda las ventajas de la homeopatía.

brillante para sugestionarle. En Asia la primera iniciativa de este tipo se debe a James Esdaile, fundador del Mesmeric Hospital en Calcuta (1843) donde se empleaba la hipnosis como anestesia en las intervenciones quirúrgicas (Guerra, 1985).

En los Estados Unidos el mesmerismo que surgió como una forma de medicina popular, no fue bien acogido por la profesión médica, quedando excluido a los confines de la medicina. Posteriormente se fragmentó, dando lugar a varias corrientes:

“Los seguidores de Mesmer pronto se escindieron con distintos nombres. Los mesmeristas se dividieron entre los que concebían la fuerza como un agente físico y los que la consideraban como una potencia incorpórea. Una interpretación inferior consideraba la fuerza semejante a las vibraciones físicas electromagnéticas, que se parecían más a las energías científicamente reconocidas. Una interpretación superior, que se fundió rápidamente con tradiciones místicas y ocultistas, consideraba la fuerza como etérea y redujo el agente físico a un epifenómeno sin consecuencias. Aparte de su capacidad de curación, la fuerza contenía poderes para establecer diagnósticos médicos clarividentes y poderes telepáticos, lo cual la convirtió en un vehículo científico para contactar con fuerzas o seres espirituales (Darton, 1968). Entre los extremos del mesmerismo superior e inferior se encontraban varias versiones intermedias, cada una de ellas generadora de un linaje complejo; todas compartían un punto de vista propio del mesmerismo según el cual el agente vital y su potencial curador se encontraban en una energía vital o en una presencia distinta de las fuerzas mecánicas normales. El mesmerismo se convirtió en fuente de inspiración de muchas terapias poco convencionales” (Kaptchuk, 2000, pág. 59).

Algunas terapias alternativas contemporáneas consideran una dimensión electromagnética: la terapia de la imposición de manos, la sanación por el tacto, la polaridad etc.; han heredado del mesmerismo inferior la premisa de la existencia de cierta forma de energía curativa y, al igual que el mesmerismo,

trabajan manipulando las fuerzas invisibles para conseguir finalmente la curación.

Asimismo, para el doctor Julian (1965) la medicina homeopática de Hahnemann recibe influencia de Anton Mesmer, ya que cuando aquél residía en Viena realizando su formación clínica con el doctor Quarin, se interesó por los trabajos de Mesmer. Así, en la tesis doctoral de Hahnemann se mencionan las odontalgias tratadas por Mesmer. También, en su obra el “Órganon de la Medicina racional”, hace referencia a esa fuerza del magnetismo animal que tiene poder curativo y añade que debería llamarse mesmerismo.

Georg Ernst Stahl, precursor del Vitalismo, distinguió claramente entre las enfermedades producidas por las pasiones y emociones (psíquicas) y las enfermedades mentales producidas por *simpatía* (lesiones orgánicas). En este sentido, se considera el “magnetismo animal” por su potente poder sugestivo, como un predecesor de la psicoterapia. El hipnotismo adquirió una cierta relevancia en el ámbito de la psicología y se convirtió en un elemento primordial en la psiquiatría psicodinámica de Freud, abriendo la puerta de entrada al inconsciente. La Ilustración inaugura una nueva fase en cuanto a la consideración de la patogenia psíquica se refiere:

“El Magnetismo animal. Fue realmente la gran novedad y constituye el antecedente inmediato de la Psicoterapia. Su punto de partida debe buscarse en la obra y ejercicio profesional de Franz Anton Mesmer, cuya doctrina pseudocientífica alcanzó enorme predicamento en la Europa ochocentista. A pesar de los fracasos y la oposición de las instituciones académicas, el magnetismo de Mesmer, a través de sus discípulos, como Puysegur, quien descubrió el sonambulismo provocado, fue extendiéndose. Primero, con la piedra imán y, posteriormente, con la duchas y baños magnéticos, Mesmer consiguió curaciones casi milagrosas, lo cual dio enorme popularidad al magnetismo. Los primeros intentos de explicar científicamente tales resultados terapéuticos fueron

emprendidos por José Custodio de Faria antes de promediar el siglo XIX” (Riera, 1985, pág. 285).

3. La medicina natural en el Romanticismo.

La visión romántica de la naturaleza surgió en un momento en que el fenómeno de la industrialización iba cobrando fuerza, esto favoreció la emergencia de movimientos de sanación natural. La revolución industrial comportó unas transformaciones decisivas en las formas y estilos de vida de la población europea de principios y mediados del siglo XIX. Cuando el Positivismo se asienta en las universidades y la medicina está experimentando cambios trascendentales: aparición de la medicina de laboratorio, avances en la cirugía, experimentación animal, etc.; es precisamente cuando encuentra dificultades para combatir las enfermedades nuevas que están surgiendo. El número de enfermos que no encuentra respuesta a sus padecimientos en la medicina oficial se multiplica cada día. Paralelamente, comienza a emerger un movimiento de curación que se basa en el tratamiento natural de las enfermedades. En Alemania surge el movimiento naturista como reacción a los efectos nocivos que en la esfera de la salud está produciendo la industrialización. Así, numerosos empíricos se inician en la curación y tratamiento natural de multitud de enfermedades, aunque las técnicas que emplean eran conocidas por la medicina de la Antigüedad. En Alemania y como consecuencia de la propagación de los métodos de curación naturales, se inicia el movimiento de los llamados “médicos naturistas” (*Naturärzte*) que surge a mediados del siglo XIX. Dichos médicos tenían una formación académica fundamentalmente positivista, sin embargo se interesaron por las técnicas que empleaban los *empíricos*, así como por las terapias que se utilizaban en los balnearios. Esta generación de médicos entre los que se encontraban Graham, Kellogs y Lahmann entre otros, se alejaron del positivismo e intentaron probar

de una manera científica las técnicas de los empíricos. Lahmann fue el primero en plantear el peso ideal a través de la ecuación entre altura, peso y edad. Además, fue el fundador del primer sanatorio naturista en la ciudad de Dresden al que llamaría el “Ciervo Blanco”, institución que tendrá una gran relevancia en la medicina naturista europea (Piulats, 1999).

En el empuje de este movimiento hay que señalar las aportaciones del romántico Christoph W. Hufeland, médico de Goethe y profesor de medicina de las universidades de Jena y Berlín. Hufeland, a través de la influencia de Goethe, es nombrado catedrático de medicina en Weimar, además de ser el médico de miembros del círculo de Jena como Fichte y Schiller, también fue protector de los médicos que seguían los postulados de Goethe. Igualmente, bajo su influjo, se publica en 1785 el primer artículo sobre el Mesmerismo en el *Merkur* alemán, además de ofrecer a Hahnemann el “Hufeland Journal”, para que éste escribiera su primer artículo sobre homeopatía. Hufeland expuso en sus trabajos temas sobre régimen de vida, dieta e higiene (Piulats, 1999).

Las críticas vertidas por los románticos hacia los postulados científicos de la Ilustración, así como el mantenimiento de los modelos vitalistas y genético-morfológicos de explicación de los fenómenos de la naturaleza, no se extinguieron totalmente, sino que aún siguen vigentes en la cultura europea. La prueba de ello y la herencia cultural que nos ha quedado en Occidente en cuanto a la medicina se refiere, son las medicinas alternativas.

3.1. El Romanticismo: el movimiento de la unidad de la naturaleza.

El Romanticismo representa la corriente de esa época que reacciona con mayor rotundidad frente a la Ilustración. El Romanticismo surge como un movimiento en el que la noción de totalidad, se erige como suprema reivindicación:

“Y siendo el romanticismo un movimiento de reivindicación de la totalidad, tuvo sobre la ciencia un efecto inverso al producido por el lema de Galileo. Frente a la consigna del italiano, Hegel proclama una y otra vez que ‘la verdad es el todo’, y ese es también el espíritu, el ‘sentido común’, del que participa Goethe cuando predica la unidad de la naturaleza, de la física y la metafísica, y el de Hahnemann cuando insiste en la unidad del organismo y en la de alma y cuerpo” (Choza, 2000, pág. 12).

Berlin (2000) sostiene que las repercusiones que el movimiento romántico ha tenido en la vida y el pensamiento de la sociedad occidental contemporánea, han sido de profundo calado. Hay una vuelta al emocionalismo, a la introspección y un desinterés por el conocimiento, por la ciencia y por el poder político. La corriente romántica se origina en Alemania, expandiéndose escalonadamente al resto de países del entorno europeo. En el pietismo, una de las ramas del luteranismo se sitúa la raíz del romanticismo. La doctrina pietista representó un retorno hacia lo profundo, hacia la vida espiritual. Era la respuesta a la derrota de la Guerra de los Treinta Años, donde una numerosa parte de la población alemana fue aniquilada. La guerra sumergió a Alemania en un atraso político y económico considerable. En Alemania no existía un estado moderno, sino todo lo contrario, persistía un sistema despótico feudal. El país estaba escasamente industrializado, con un enorme volumen de campesinos y apenas existía una élite con el poder suficiente como para operar una transformación profunda. El Romanticismo es

por su singularidad, de todos los movimientos recientes el más importante acaecido en la historia de Occidente:

”Ésas son las bases fundamentales del romanticismo: la voluntad, el hecho de que no hay una estructura de las cosas, de que podemos darle forma a las cosas según nuestra voluntad -es decir, que solamente comienzan a existir a partir de nuestra actividad creadora- y finalmente, la oposición a toda concepción que intente representar la realidad con alguna forma susceptible de ser analizada, registrada, comprendida, comunicada a otros, y tratada, en algún otro respecto, científicamente” (Berlin, 2000, pág. 170).

Berlin (2000) hace referencia a la influencia que Johann Georg Hamann, iniciador de la corriente romántica en Alemania, ejerció sobre Goethe:

“Goethe se opone a la tendencia francesa a generalizar, a clasificar, a sujetar con alfileres, a adaptarlo todo en un álbum, a intentar producir algún orden racional de la experiencia humana, dejando fuera el *élan vital*, el flujo, la individualidad, el deseo de crear, e incluso el deseo de luchar -ese elemento de los hombres que produce el choque creativo de opiniones de personas con visiones diferentes-, poniendo en su lugar esa armonía muerta, esa paz que –según Hamann y sus seguidores- buscaban los franceses” (*Ibidem*, 2000, pág. 69).

El influjo de Hamann también se extendió a filósofos y a escritores de la talla de Kierkegaard o Herder. Para Hamann, la Ilustración representaba un movimiento contrario al desarrollo de la energía creativa del ser humano. Entendía la existencia como un flujo y el empeño de la ciencia ilustrada por la división y la compartimentación, destruían la vida misma.

3.2. El herbalismo: la fuerza sanadora de la vida.

El método de la curación por hierbas o herbalismo, también llamado fitoterapia, tuvo mucha importancia a raíz de las aportaciones del médico escocés William Buchan. Aunque la preparación de medicamentos a base de hierbas es tan antigua como la propia humanidad, la influencia de la obra de Buchan llamada *Domestic Medicine* en la que describe prácticas higiénicas y remedios, tuvo una notable trascendencia en el origen del herbalismo (Guerra, 1985). A su vez, William Cullen planteó en 1772 el término *vis medicatrix naturae*, para señalar que en la naturaleza existe una potencia o una fuerza curativa. El concepto *vis medicatrix naturae* acabará finalmente, formando parte y arraigando en el ámbito de las medicinas alternativas⁵³.

A su vez, en Estados Unidos la falta de médicos y las condiciones de vida (vida de frontera), facilitaron que el uso de hierbas como remedio terapéutico, fuera el método más recurrente. A ello contribuyó de manera notable Samuel Thomson, un agricultor sin ninguna formación médica que destacó por ser el precursor del herbalismo entre 1820 y 1830. Thomson rescató elementos de la terapéutica de los indios americanos e ideó una forma de medicina en la que el uso de hierbas como el jengibre, el chile, la pimienta etc; constituía la base del sistema thomsoniano:

⁵³ “Otra energía de la medicina alternativa es la fuerza curativa de la naturaleza, que posee una larga historia independiente del mesmerismo o de la hipótesis vitalista (Neuburger, 1933). En 1772, William Cullen (1710-1790), un catedrático de la Universidad de Edimburgo y poco amigo de este enfoque de la medicina, propuso el término *vis medicatrix naturae* para describir esta potencia (Neuburger, 1933). Una vez más y al igual que la hipótesis del vitalismo académico, la fuerza natural se volvió más importante en el mundo de la medicina alternativa y, finalmente, no se pudo distinguir del concepto global de energía vital” (Kaptchuk, 2000, pág. 63).

“Este movimiento devino en un tipo de medicina ecléctica, que supuso un desafío para la medicina convencional por su enfoque sistemático de las hierbas, por la aparición de escuelas de medicina propias (Berman, 1951) y, finalmente, por su entusiasta aceptación en Europa (Griggs, 1981). En algún punto de la historia, el herbalismo se alió con el mesmerismo. Sus lenguajes se fundieron en uno. Los herbalistas insistieron en que los tratamientos deben armonizar con la naturaleza y con la fuerza vital y deben ayudarla en vez de destruirla (Brown, 1985). La última escuela de medicina ecléctica cerró en Ohio en 1939 (Rothstein, 1988), con lo que el herbalismo como sistema médico profesional ha desaparecido prácticamente en Estados Unidos, si bien sobrevive en Gran Bretaña (Sharma, 1992). En Estados Unidos quedan vestigios del movimiento herbalista en los manuales médicos para uno mismo y en el concepto de que las hierbas medicinales siguen siendo un símbolo importante de la medicina alternativa. Siguen haciéndose investigaciones científicas sobre los remedios populares con hierbas (Johnson y otros, 1985; Melchart y otros, 1994; Ernst, 1995), aunque la mayoría de los debates de la biomedicina convencional versan sobre sus posibles efectos negativos (Huxtable, 1992)” (Kaptchuk, 2000, págs. 63-64).

3.3. La hidroterapia: el poder curativo del agua.

El simbolismo del agua aparece tradicionalmente ligado a ritos de limpieza y purificación desde tiempos remotos. De este modo, numerosas religiones han utilizado el agua en sus ceremonias de purificación. En la Biblia aparece el diluvio universal como un torrente purificador que hace posible la renovación del ser humano y, también en la ceremonia del bautismo, donde el agua es el elemento que contiene un poder purificador que redime a los hombres del pecado original. La cura con agua representa una de las primeras técnicas terapéuticas empleadas por la humanidad para paliar las enfermedades. No obstante, este acto terapéutico hay que entenderlo en un contexto mágico-religioso. De hecho, el empleo de termas y de fuentes minero-medicinales era algo frecuente desde la prehistoria. A su vez, la balneoterapia

constituía una parte importante de la medicina de la antigua Grecia. Hipócrates en su obra “De los aires, aguas y lugares” lo destaca como una fuente importante de salud. También, las enseñanzas médico-filosóficas de los pitagóricos, encaminadas a conseguir el equilibrio físico y psíquico, de las que formaban parte la música y las ecuaciones numéricas. En algunas culturas orientales el uso de termas o baños públicos estaba muy extendido. Asimismo, la utilización de baños de vapor era de uso común entre los pueblos germanos. Sin embargo, la relevancia que el termalismo adquirió durante el Imperio Romano como parte fundamental de la vida social, no tiene parangón con otras tradiciones culturales. Las termas romanas además de ejercer una función terapéutica esencial, conformaban un espacio de relación social y de intercambio cultural y comercial muy importante. La génesis más remota del termalismo social actual data del fenómeno hidrotermal romano como auténtico evento social. Además, entre los romanos, la prescripción de aguas mineromedicinales con fines terapéuticos, no sólo se aplicaban para el baño sino que también, podían ser administradas por vía oral (hidropínico) para curar diversas enfermedades. En la Edad Media la cultura balnearia del Imperio Romano desaparece como acontecimiento social, pero queda como herencia una cierta peculiaridad balnearia caracterizada por curas individualizadas de baños e hidropínicas. Con esta técnica terapéutica, no sólo se trataban las afecciones de orden fisiopatológico, sino que también se usaba para los trastornos psíquicos. Aunque el tratamiento de los “desórdenes del espíritu” mediante prácticas hidroterápicas, se remonta a la Antigüedad, en el Medioevo europeo se empleaban tres técnicas hidroterápicas básicas para tratar las afecciones de tipo psíquico: la ablución, la inmersión y la regulación del movimiento en el agua (San José, 2001).

Por otro lado, la invención de la imprenta en el Renacimiento permite que los conocimientos acerca de las aguas mineromedicinales se divulguen. Así, Juan Miguel Savonarola publica en 1498 el primer tratado sobre balneoterapia: “De Balneis et Thermis”. A finales del siglo XVI se empieza a tener en cuenta el análisis químico, en contraposición al alquímico, como método para valorar la calidad y composición de las aguas mineromedicinales; en este sentido la contribución de Helmont con la identificación del ácido carbónico y el hierro como componentes esenciales de las aguas medicinales es fundamental. En 1725 aparece una memoria balnearia elaborada por un médico alemán llamado Ovelgün, en dicha memoria se señala tanto la necesidad de conocer los componentes químicos de las aguas medicinales, como la importancia de la experimentación clínica. Además, destaca la importancia de seguir un orden apropiado en el desarrollo de las distintas actividades del día, para obtener el máximo beneficio de los tratamientos. Asimismo, el médico inglés J. Floyer publicó en 1697 su tratado: *An inquiry into the right use of the hot, cold and temperature baths in England*, en el que se difundía el empleo del agua para prevenir y tratar algunas enfermedades como el raquitismo. De este modo, la curación con agua según atestigua Guerra (1985), ha sido empleada por muchas culturas a lo largo de los tiempos:

“El editor Iuntas (1553) reunió más de medio centenar de textos de autores clásicos sobre la utilidad de los baños en diversas enfermedades y fueron varios los médicos del Barroco que trataron de la hidroterapia. La interpretación médica de los efectos del agua fría en las enfermedades febriles fue expuesta por Siegmund Hahn (1664-1742) médico graduado en Leipzig, que regresó a ejercer la profesión en Schweidnitz, Silesia. Convencido de los efectos beneficiosos del agua fría en la fiebre, por las observaciones que realizó durante el tifus que padeció uno de sus hijos, Hahn publicó *Peterswalder Gesundbrunnen* (1732) conceptos hidroterápicos que amplió Johann Siegmund Hahn (1706-1773) otro de sus hijos, médico también en Schweidnitz, en *Unterricht...heilkraft des frischen Wassers...* Nürnberg

(1737) donde explicó la fuerza curativa del agua fría, que ha tenido ediciones hasta nuestros días” (Guerra, 1985, pág. 615).

La cura con agua representa un movimiento curativo que obedece a una fuerza natural. En esta corriente de la medicina no convencional, el agua constituye una potente fuerza sanadora. Actualmente, el legado que la hidroterapia ha dejado está presente en los balnearios y en la terapéutica física que tiene como objetivo el empleo del agua como agente terapéutico en cualquier estado físico. No obstante, la herencia de la hidroterapia se ha dejado sentir en la medicina alternativa contemporánea.

La hidroterapia como movimiento romántico de la medicina popular tuvo lugar a raíz de la experiencia del campesino y curandero Vincenz Priessnitz, como consecuencia de las heridas producidas por un accidente de caballo. Para el tratamiento de las heridas, Priessnitz comenzó a aplicarse compresas de agua fría, tiempo después empezó a emplear ese mismo procedimiento en otros enfermos. El éxito de ese método terapéutico le llevó en 1822 a fundar una clínica hidroterápica en Gräfenberg, cuya técnica curativa consistía fundamentalmente en la toma de 12 a 80 vasos de agua diarios y duchas de agua fría tras una fase de sudoración. El método de Priessnitz que consistía en integrar las duchas de agua fría con la sudoración condujo a variantes de la hidroterapia, en las que se alternaba el agua caliente con la fría, además del uso del barro. El pastor protestante Leopold E. Felke introdujo la cura con baños de lodo, a la que añadió otros métodos como el ayuno, la alimentación vegetariana y los alimentos crudos. Asimismo, el párroco Sebastián Kneipp, que tras una hemoptisis tuberculosa comenzó a tratarse él mismo con agua fría, fue uno de los máximos propagadores de la curas con agua fría. En sus inicios, Kneipp empleó el agua para tratar las enfermedades, más tarde

incorporó al método hidroterápico el uso de plantas medicinales, y también la dieta, el ejercicio, y la meditación. En el convento de las Dominicas de Wörishofen comenzó a tratar todo tipo de enfermedades con la técnica de la cura de agua fría. Posteriormente, en dicha ciudad fundó un balneario a finales del siglo XIX y, pese a la persecución y oposición de la medicina oficial de la que inicialmente Kneipp y su método fueron objeto, su técnica hidroterápica gozó de una amplia aceptación (Guerra, 1985).

4. Situación actual de las medicinas alternativas.

Según el informe “Medicinas alternativas: descripción general” del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), cuando en Occidente hacemos alusión al término medicinas alternativas nos estamos refiriendo principalmente a modelos cuyas prácticas diagnósticas y terapéuticas son de procedencia oriental, cuyo inicio data de miles de años y que son utilizadas diariamente por millones de individuos, fundamentalmente la Medicina Tradicional China y la Ayurvédica. Dentro de esta nomenclatura, también se contemplan las medicinas basadas en otras tradiciones culturales como las practicadas en África, Latinoamérica y Oceanía, aunque los recursos terapéuticos utilizados en estos lugares son menos apreciados en Occidente, ya que se asocian con prácticas ligadas a la superstición, a la religión, así como con el mayor desconocimiento de los fundamentos fisiopatológicos de la enfermedad.

Según Zollman y Vickers (1999) existe en la actualidad una numerosa y extensa variedad de técnicas y procedimientos que pueden ser considerados medicinas alternativas. Aproximadamente, 160 prácticas médicas no convencionales, de origen diverso y basadas en diferentes tradiciones

culturales, conforman el amplio espectro de las denominadas medicinas alternativas y complementarias.

A su vez, según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2002 sobre “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”, en aquellos países donde el sistema médico dominante se fundamenta en la medicina ortodoxa o alopática, y en los que la medicina tradicional (MT) no se ha integrado en los sistemas sanitarios nacionales, la MT se denomina medicina complementaria, alternativa o no convencional. En dicho informe se menciona que la medicina tradicional es utilizada por el 80% de la población en el continente africano. En Asia y en Latinoamérica la MT es un recurso muy extendido y ampliamente utilizado, tal es así que en China el 40% de la atención sanitaria es cubierta por la MT. Al mismo tiempo, se señala que en los países occidentales más desarrollados las medicinas complementarias y alternativas (MCA) son utilizadas, al menos una vez, por el 48% de la población en Australia, el 70% en Canadá, el 42% en Estados Unidos, el 38% en Bélgica y el 75% en Francia. Añade el mencionado informe que el gasto en MT/MCA está aumentando en muchos países de mundo. Así, en Malasia el gasto anual es de 500 millones de dólares estadounidenses en este tipo de medicinas, mientras que el gasto anual en ese mismo país, en medicina alopática o convencional asciende a 300 millones de dólares estadounidenses. En países occidentales como Estados Unidos, el gasto en MCA en 1997 ascendió a un total 2700 millones de dólares, en Australia a 80 millones de dólares, en Canadá a 2400 y en el Reino Unido a 2300 millones de dólares estadounidenses.

Asimismo, el British Medical Journal publicó en 1999 una sucesión de artículos sobre medicina complementaria, englobados en una serie denominada "The ABC of complementary medicine". En dichos artículos se mencionan los recursos terapéuticos de mayor acogida. Es tal la complejidad y la extensa variedad de las terapias alternativas, que la British Medical Association ha elaborado una clasificación atendiendo a criterios de mayor o menor grado de complejidad, así como al mayor o menor grado de formación de los practicantes (Ernst, 2000). De este modo, tendríamos en primer lugar, los sistemas completos, en los que se incluyen la homeopatía, la osteopatía, la quiropraxia, la medicina herbal, la acupuntura y la naturopatía; en segundo lugar, los métodos diagnósticos como la iridología, la kinesiología, el análisis capilar; en tercer lugar, los métodos terapéuticos, entre los que se encuentran el masaje o terapias de contacto, el shiatsu, la reflexología, la aromaterapia, la medicina nutricional y la hipnosis; y en cuarto lugar, los autocuidados como la meditación, el yoga, la relajación y el tai-chi.

Por otra parte, el interés que suscita en cuantiosos sectores el fenómeno emergente de las medicinas alternativas ha propiciado iniciativas como la de la Cochrane Library que incluye más de 50 revisiones sistemáticas relativas a medicinas alternativas y más de 4000 ensayos clínicos. La edición de guías por parte del Colegio de Médicos del Reino Unido en las que se aconseja el empleo de la quiropraxia u osteopatía en lumbalgias o la guía de la British Medical Association recomendando el uso de la acupuntura (Vickers, 2000). También en Estados Unidos han tenido lugar importantes iniciativas entre las que destaca la llevada a cabo por el Congreso en 1992 con el establecimiento de una Oficina de Medicina Alternativa para la evaluación de procedimientos y técnicas no convencionales en el marco de los Institutos Nacionales de Salud.

No sólo crece el número de personas que utilizan medicinas alternativas, sino que también son cada vez más los médicos que suministran estos tratamientos. En Suiza, en proporción similar a la población suiza consumidora de medicinas alternativas, una encuesta puso de manifiesto que de 610 médicos entrevistados, el 46% había empleado algún tipo de medicina alternativa, especialmente homeopatía y acupuntura (Domenighetti y otros, 2000). Según datos de la Federación Mundial de Acupuntura y Sociedades de Moxibustión, la acupuntura se practica en 78 países del mundo, en Asia hay 50000 acupunturistas, en Europa 15000, entre los que se incluyen los médicos convencionales que practican acupuntura.

Del mismo modo, en Alemania y Francia más de 10000 médicos practican la homeopatía. En el Reino Unido se contabilizan más de 1000 médicos homeópatas, 3500 quiroprácticos y osteópatas, 7000 practicantes de aromaterapia y 5000 practicantes de reflexología (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001).

Finalmente, en cuanto a la política sobre medicina alternativa se refiere señalar el comentario que sobre este asunto se destaca en el informe de la OMS sobre medicina tradicional arriba mencionado:

“En términos relativos, son pocos los países que han desarrollado una política sobre MT y/o MCA, sólo 25 de los 191 estados miembro de la OMS. Aún así, dicha política ofrece una base sólida para definir el papel de la MT/MCA en el aporte sanitario nacional, asegurando que se crean los mecanismos normativos y legales necesarios para promover y mantener una buena práctica, que el acceso sea equitativo, y se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias. También puede ayudar a asegurar una provisión suficiente de recursos económicos para la investigación, educación y formación”

TERCERA PARTE

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se recogen todos los aspectos relativos a las técnicas y al método utilizado para la realización de esta investigación. El capítulo parte de la formulación de las hipótesis, continúa con la justificación de un pluralismo metodológico, necesario para abordar el fenómeno aquí estudiado, y termina con una explicación de las técnicas y fuentes empleadas tanto cuantitativas como cualitativas, imprescindible para comprender el esqueleto que sostiene todo el cuerpo científico analizado.

1. La formulación de las hipótesis.

Hemos estimado acercarnos al fenómeno objeto de estudio partiendo de las siguientes grandes hipótesis:

1. A mediados de los años cincuenta del siglo pasado, en pleno auge de la modernidad, se produce un gran consumo de medicina convencional. A partir del último tercio del mismo siglo y coincidiendo con el declive de la modernidad, se produce un aumento de la demanda de medicinas alternativas. Dicho aumento se relaciona con determinadas transformaciones acaecidas en las sociedades modernas avanzadas en las que la hipermodernización y el tradicionalismo se conjugan como rasgos caracterizadores de la cultura postmoderna.

2. La modernidad avanzada, sometida a un creciente proceso de individualización, se caracteriza por el cambio de valores y por el giro sustancial que se produce en los estilos de vida. La diversidad de opciones

(como por ejemplo el tratamiento con medicinas alternativas) que se les ofrece a los individuos de las sociedades postmodernas, donde elegir dentro de la pluralidad se hace prioritario, no sólo es decidir por un estilo de vida determinado, sino que es el reflejo de la propia individualidad como expresión de la biografía personal.

3. Los hábitos de vida saludables están alcanzando una importancia gradual como parte de la búsqueda del bienestar y de la calidad de vida. Ha brotado todo un conjunto de valores nuevos sobre la salud, aglutinados en torno al cuidado del cuerpo, a la nutrición, a la relación que se establece entre el médico y el paciente, etc. De este modo, la salud se está convirtiendo en un elemento central en la vida de los individuos y, como resultado de ello, más pacientes comienzan a tratarse con medicinas alternativas.

4. La medicina oficial está fuertemente impregnada por la medicalización y por el modelo profesional-técnico. Pero un cierto grado de ineficacia en la solución de determinadas enfermedades ha provocado la pérdida de confianza en ciertos métodos técnico-científicos, que se han convertido en las últimas décadas en objeto de reflexión y de crítica. Todo ello ha propiciado un crecimiento del consumo de medicinas alternativas.

2. Hacia un pluralismo metodológico.

Mills (1974) se percató de que todo científico social debe ser al mismo tiempo un teórico y un metodólogo, en sus palabras: ser una especie de “artesano intelectual”, constructor de su propio método y de su propia teoría. Wright Mills relata la *imaginación sociológica* como un arte al servicio de una

técnica, y al contrario. En la actualidad las sugerencias de este autor nos parecen más acertadas. En una sociedad cada vez más compleja, más dudosa, en la que la multiplicidad de elecciones individuales conforma estilos de vida diversos y moldea identidades heterogéneas, los sujetos se ven impelidos a buscar salidas biográficas. El investigador social también es miembro de esa sociedad, sellada por los misceláneos e itinerantes valores de la postmodernidad. De este modo, el sujeto que investiga forma parte del objeto investigado. Al margen de que los instrumentos utilizados por el investigador sean datos cuantitativos o cualitativos, la relatividad científica es un requisito inseparable de la ciencia social. Los sujetos que investigan usan códigos semejantes a los de los objetos por ellos estudiados. Sujeto y objeto concurren en que ambos son seres sociales.

Es frecuente en el ámbito de las Ciencias Sociales la separación entre los métodos cuantitativos y los cualitativos. Ambas elecciones se reconocen como categorizaciones teóricas en las que, no obstante, hay algunos puntos en común. La investigación de campo sociológica debiera ser un claro ejemplo del pluralismo metodológico. De todos es conocido el necesario manejo de técnicas cualitativas para diseñar investigaciones cuantitativas y viceversa.

Hoy día aún persiste la creencia en el valor de los números, ello dota a los estudios estadísticos de un cierto halo mágico. Según Noelle (1970) la comprensión de conceptos generales enunciados en términos numéricos, era sólo privilegio de los reyes-dioses y se la concebía como una trasgresión del orden divino. Para Ibáñez (1990), la estadística legitima socialmente la credibilidad metodológica:

“La estadística (ciencia del Estado) ha sostenido siempre metodológicamente el paradigma del control, al que ha estado adherida la investigación social” (Ibáñez, 1990, pág. 9).

No obstante, al menos en España, hay una creciente predisposición a un cierto pluralismo metodológico y, por tanto, a hacer complementarias las dos perspectivas. La sociología transita por un ámbito metodológico en el que se encuentran técnicas y herramientas distintas (Bericat, 1998; Latiesa, 1991).

3. Tipos de fuentes y técnicas de investigación utilizadas.

En el diseño metodológico se han tenido en cuenta técnicas e instrumentos necesariamente complementarios y relacionados entre sí. Obviamente, el primer paso fue el de recurrir a las fuentes de datos bibliográficas, llevándose a cabo diferentes pasos: localización, recopilación, clasificación y análisis. Esta primera incursión ha sido en realidad una tarea permanente a lo largo de todo el proceso de trabajo. Su consideración principal fue establecer un marco de partida, tanto teórico como empírico, en el que quedó reflejado la escasa investigación social sobre las medicinas alternativas. El análisis de la bibliografía existente permitió asimismo ir definiendo con más nitidez el método de trabajo que vendría a continuación.

Las fuentes de información fueron directas e indirectas y las técnicas fueron cualitativas y cuantitativas. La vertiente cualitativa se realizó mediante fuentes directas proporcionadas por la técnica de la entrevista en profundidad, lo que permitió alcanzar un análisis interpretativo, gracias a la existencia de datos abiertos y hondos. Ello facilitó una observación con calado, en tanto que el análisis del discurso emitido por los entrevistados otorgó mayores

posibilidades de argumentación. Posteriormente se recurrió a los datos estadísticos proporcionados por la técnica encuestal, lo que permitió obtener un análisis descriptivo del fenómeno, gracias a la existencia de datos superficiales en muchos individuos, facilitando una radiografía panorámica y complementaria del objeto de estudio.

3.1 Fuentes directas y técnicas cualitativas.

Las fuentes de datos directas se han abordado mediante técnicas cualitativas. Este apartado se ha completado con la realización y análisis de entrevistas en profundidad⁵⁴ a veinte usuarios de medicinas alternativas. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis de contenido.

Las entrevistas en profundidad a profesionales se realizaron con la finalidad de establecer “diálogos virtuales” entre aquellos que defienden medicina convencional contra aquellos otros que optan por la medicina alternativa. En la muestra diseñada se eligió a dos médicos convencionales o alópatas y a dos médicos homeópatas, con el objeto de analizar comparativamente sus discursos profesionales. Los clínicos debatieron

⁵⁴ Ortí (1986) destaca que el máximo interés de esta técnica para el análisis sociológico reside en la elaboración por parte del entrevistado de un discurso sobre el yo: “Pero, sobre todo, la mayor pertinencia de la técnica de la entrevista en profundidad para el análisis sociológico, corresponde a la potencialidad de su situación proyectiva para revelar las relaciones –características también de cada medio social de la identidad personal (en términos freudianos: relación dialéctica entre el narcisismo del “yo ideal” y las exigencias del “ideal del yo”)- con los modelos culturales de personalidad, reflejados en *el otro generalizado* o superego social institucionalizado en la clase social de referencia. En este sentido, *la entrevista individual en profundidad* puede dar lugar –tal y como diseñamos en el adjunto esquema- a una relación de complicidad (fraternal) entre el entrevistado y el entrevistador, que refleja precisamente el trabajo represivo del superego social dominante (las pautas culturales vigentes, impuestas por la propia clase), conformadoras del *ideal del yo* del entrevistado” (Ortí, 1986, pág. 179).

aspectos relativos al status científico de la homeopatía: se dialogó *virtualmente* sobre la ciencia, el método científico, sobre la salud y la enfermedad, entre otras cuestiones.

Se administraron asimismo entrevistas a pacientes de medicinas alternativas, al objeto de explorar en sus discursos culturales. Se analizaron una serie de vectores culturales como los valores, los estilos de vida, la autorrealización personal, el cuidado del cuerpo, la búsqueda de la individualidad, etc. En definitiva, se visualizaron las medicinas alternativas en tanto que operadores simbólico-culturales, expresados en el relato de los pacientes.

El trabajo de campo directo giró alrededor de la metodología cualitativa. Schutz (1964) sostiene que la realidad social puede ser abordada desde un punto de vista subjetivo:

“Todos adoptamos esa actitud práctica en la medida en que no somos solamente observadores de una situación social que no nos toca, sino que actuamos y reaccionamos dentro del mundo social; esta es, precisamente, la razón por la cual el punto de vista subjetivo debe ser aceptado también por las ciencias sociales. Sólo este principio metodológico nos ofrece la garantía necesaria de que en verdad estamos refiriéndonos al mundo social de la vida verdadero y común a todos nosotros, que sigue siendo, aun como objeto de investigación teórica, un sistema de relaciones sociales recíprocas, todas ellas construidas por mutuas interpretaciones subjetivas de los actores participantes” (Schutz, 1964, pág. 28).

Para indagar en los múltiples significados atribuidos por los usuarios de medicinas alternativas, se debía emplear una técnica de exploración que nos acercara con la mayor hondura posible a todo aquello que pretendíamos

conocer. Son los propios individuos los que confieren sentido a los acontecimientos sociales, son ellos los primeros en interpretar lo que acontece en el marco de la situación social dada. La significación social de los sucesos o acontecimientos no forma parte de la naturaleza de las instituciones o de las actividades sociales. Para Howard y Jacobs (1984) La comprensión de los fenómenos sociales pasa por la “definición de la situación del actor”. En este proceso interactúan de manera permanente la biografía de los individuos, la propia situación generada, el intercambio lingüístico producido y la comunicación no verbal.

El sentido que los sujetos atribuyen a una situación determinada nos está hablando de los valores, creencias y de las actitudes que los individuos mantienen en una situación social⁵⁵. Se ha considerado, por tanto, que las técnicas cualitativas son las más idóneas para abordar este tipo de cuestiones, por lo que la entrevista en profundidad⁵⁶ ha sido la herramienta elegida.

⁵⁵ Schutz (1964) también señala que las diferentes estructuras de la realidad social se basan en construcciones y tipificaciones subjetivas de sentido común: “Para el especialista en ciencias sociales, los procesos conscientes de otros hombres son construcciones cognoscitivas obtenidas mediante procesos de tipificación, y elegidas según los criterios de significatividad inherente al problema científico en estudio” (Schutz, 1964, pág. 33).

⁵⁶ Ortí (1986) destaca que el máximo interés de esta técnica para el análisis sociológico reside en la elaboración por parte del entrevistado de un discurso sobre el yo: “Pero, sobre todo, la mayor pertinencia de la técnica de la entrevista en profundidad para el análisis sociológico, corresponde a la potencialidad de su situación proyectiva para revelar las relaciones –características también de cada medio social de la identidad personal (en términos freudianos: relación dialéctica entre el narcisismo del “yo ideal” y las exigencias del “ideal del yo”)- con los modelos culturales de personalidad, reflejados en *el otro generalizado* o superego social institucionalizado en la clase social de referencia. En este sentido, *la entrevista individual en profundidad* puede dar lugar –tal y como diseñamos en el adjunto esquema- a una relación de complicidad (fraternal) entre el entrevistado y el entrevistador, que refleja precisamente el trabajo represivo del superego social dominante (las pautas culturales vigentes,

LISTADO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

1. MÉDICOS

Códigos de identificación y características principales de los médicos entrevistados.

M1. Licenciado en Medicina, ejerce en exclusiva la homeopatía, 55 años.

M2. Licenciado en Medicina, ejerce en exclusiva la homeopatía, 60 años.

M3. Licenciado en Medicina, ejerce en exclusiva la alopática, 48 años.

M4. Licenciado en Medicina, ejerce en exclusiva la alopática, 54 años.

2. PACIENTES

Códigos de identificación y características principales de los pacientes entrevistados.

P1. Hombre, estudios de grado medio, fisioterapeuta, 44 años.

P2. Mujer, estudios de grado medio, educadora infantil, 51 años.

P3. Hombre, estudios superiores universitarios, empresario, 55 años.

P4. Mujer, estudios superiores universitarios, abogada, 37 años.

P5. Mujer, graduado escolar, ama de casa, 43 años.

P6. Hombre, bachiller superior, funcionario, 54 años.

P7. Hombre, graduado escolar, comercial, 49 años.

impuestas por la propia clase), conformadoras del *ideal del yo* del entrevistado" (Ortí, 1986, pág. 179).

- P8. Mujer, bachiller superior, empresaria, 52 años.
- P9. Mujer, estudios superiores universitarios, profesora de universidad, 32 años.
- P10. Mujer, estudios superiores universitarios, economista, 34 años.
- P11. Hombre, bachiller superior, empleado de entidad financiera, 36 años.
- P12. Mujer, estudios superiores universitarios, profesora de enseñanza media, 55 años.
- P13. Mujer, estudios superiores universitarios, desempleada, 38 años.
- P14. Hombre, estudios de grado medio, diseñador, 41.
- P15. Mujer, estudios de grado medio, profesora de universidad, 28 años.
- P16. Mujer, estudios de grado medio, enfermera, 47 años.
- P17. Mujer, estudios superiores universitarios, documentalista, 42 años.
- P18. Mujer, estudios de grado medio, profesora de universidad, 30 años.
- P19. Mujer, formación profesional, auxiliar de clínica, 50 años.
- P20. Mujer, formación profesional, estilista, 33 años.

3.2 Fuentes indirectas y técnicas cuantitativas.

La fuente de datos indirecta utilizada es la contenida en la *Encuesta Social Europea (ESE) 2004*. La *ESE*, auspiciada por la Unión Europea, se empezó a aplicar en 2002, en 22 países europeos. La encuesta se realiza cada dos años y consta de tres partes: 1) cambio en las actitudes y comportamientos de los europeos; 2) contexto social y posición que se ocupa y 3) preguntas sobre temas específicos que se deciden entre los diferentes equipos internacionales. Está dirigida a población mayor de quince años. El muestreo es aleatorio,

estratificado y polietápico. La estratificación se obtuvo cruzando dos criterios: las 18 Comunidades Autónomas y los tipos de hábitat. En España se realizaron 1621 entrevistas personales en 2004 (para el total de los países las encuestas válidas fueron 31807). El margen de error máximo estimado fue el mismo que para la encuesta de 2002: 2,84%, con una confianza del 95%. Para saber más detalles sobre las especificaciones técnicas requeridas por el Comité Coordinador Central y su desarrollo en España, puede consultarse <http://www.upf.edu/dcpis/grcp/ess/>, así como a Riba y Cuxart (2003). Para detalles más avanzados véase <http://www.europeansocialsurvey.org/>

El cuestionario incluye algunos ítems el sobre consumo médico alternativo. Con la explotación de los datos de la *ESE* se ha logrado una información más detallada sobre la estructura social de los usuarios de tales medicinas. En un primer nivel de aproximación al fenómeno hemos obtenido datos sobre el número de estos usuarios en los distintos países analizados y el porcentaje de consumidores en cada país. Se localizaron los rasgos y perfiles socioculturales de los usuarios, lo que nos permitió tener una más idea clara del perfil sociodemográfico de los mismos. El género, la edad, el nivel de estudios, el hábitat, el estado civil, la ocupación y los ingresos se identificaron como variables dependientes. En un segundo nivel, nos acercamos a las posiciones culturales de estos nuevos consumidores de medicinas alternativas. Así, se analizó la relación entre el consumo de medicinas alternativas y las variables dependientes respecto a la participación política y social, los valores, la sociabilidad, el individualismo, el trabajo y la salud. La explotación de los datos se administró con el programa informático SPSS.

**CAPÍTULO 7. EL DIÁLOGO VIRTUAL ENTRE PROFESIONALES DE LA
MEDICINA ALTERNATIVA Y CONVENCIONAL**

CAPÍTULO 7. EL DIÁLOGO VIRTUAL ENTRE PROFESIONALES DE LA MEDICINA ALTERNATIVA Y CONVENCIONAL

La primera parte del trabajo empírico de esta tesis doctoral se inicia con este capítulo en el que se plantea, en el primer apartado, una serie de interrogantes en torno al status científico de la medicina homeopática. El capítulo se ha elaborado a partir de las entrevistas en profundidad realizadas a dos médicos convencionales y a dos médicos homeópatas. Inicialmente se trataba de establecer un *diálogo* entre profesionales: el *diálogo racional*, es decir entablar “diálogos virtuales” entre los discursos médicos de los profesionales de la medicina convencional y alternativa. A partir del análisis de los discursos recogidos en las entrevistas se ha realizado una exploración en términos argumentativo-rationales. El *leit motiv* principal era debatir aspectos cruciales acerca del carácter científico de la homeopatía tales como los principios en los que se basa esta terapia y su método. En el segundo apartado, la concepción de la salud y la enfermedad que sostienen la medicina convencional y la medicina homeopática ocupa una parte importante del diálogo profesional. En suma: ¿en qué discurso está inscrita la medicina homeopática?, ¿en qué discurso está inscrita la medicina convencional?, ¿desde qué lugar hablan sus profesionales?, ¿cuáles son las estrategias de sus diferencias?, ¿cuál es el juego de sus identidades?

1. La cuestión controvertida de los principios básicos de la homeopatía.

Para centrar el “debate” al que a continuación vamos a asistir, cabe formular la siguiente pregunta: ¿es la medicina homeopática científica? La discusión en torno al carácter científico de la homeopatía tiene como punto de partida los

principios en los que esta terapia está basada. Uno de los médicos homeópatas entrevistados define la homeopatía de la siguiente manera:

“La homeopatía es un método terapéutico que utiliza medicamentos diluidos y que se eligen según un proceso determinado y que se utilizan en función de que sean capaces de producir un grupo de síntomas similar al que tiene el paciente, eso es la homeopatía. Eso presupone que hay que conocer los efectos que esos medicamentos producen en el ser humano, con lo cual es necesario realizar esas experimentaciones puras, esas patogenesias⁵⁷ con personas aparentemente sanas para recopilar esa información que permita utilizar los medicamentos homeopáticamente” (M-1)⁵⁸.

Tal y como se señala en un capítulo anterior, los principios básicos en los que se fundamenta la terapia homeopática son tres: el principio de *similitud* o *semejanza*, la *dosis mínima* y el *remedio único*. En este sentido, otro de los médicos homeópatas entrevistados señala qué entiende por esta terapia, además del significado que la misma ha representado en su vida:

“La homeopatía es un método terapéutico basado en el principio de semejanza, eso es para mí. Un método terapéutico que se basa en el principio de semejanza. Para mí ha supuesto una gran cosa porque por los resultados que se obtienen con la homeopatía, pues me ha permitido ayudar a muchas personas y establecer relaciones muy positivas también con muchas personas, resolver mi vida profesional de una forma, por así decir, muy agradable, muy motivadora, y luego, abordar también, ya que subyace una forma de ver el mundo, abordar la totalidad de mi vida de una manera distinta, no homeopática, no, sino diferente. Así que, para mí ha supuesto muchas cosas. Claro, eso va más allá de la definición” (M-2).

⁵⁷ “La palabra ‘patogenesia’ está formada por dos términos de origen griego: pathos ‘enfermedad o sufrimiento’ y génesis ‘generación, producción’. O dicho de otro modo, un experimento en el que se origina una enfermedad, siendo la misma artificial o medicamentosa” (Morales, 2004, pág. 25).

⁵⁸ En este capítulo aparecen los extractos de las entrevistas realizadas a médicos. El listado de entrevistas y los códigos de identificación figuran en el Capítulo 6.

Los tres principios de la medicina homeopática están absolutamente relacionados entre sí. El principio de *semejanza* atiende a la búsqueda de aquel medicamento que le es *similar* al paciente, es decir, se ha de prescribir un medicamento que englobe todos o la mayor parte de los síntomas que presenta el paciente. Se trata, por tanto, de buscar un medicamento que recoja toda o gran parte de la sintomatología y, además, ha de ser utilizado en dosis bajas, las llamadas *dosis infinitesimales* o *dosis mínima*, ya que según Hahnemann son las dosis con mayor poder de curación, frente a las dosis más altas que podrían traer como consecuencia efectos no deseados. Los dos principios anteriores se relacionan con el tercero de ellos: el *remedio único*, es decir, la prescripción de un único remedio o medicamento que administrado en dosis infinitesimales cubra la totalidad de síntomas que manifiesta el paciente, es decir que sea lo más *similar* posible.

Por otra parte, y frente a la cuestión central que suscita este epígrafe, es decir, si la homeopatía tiene base científica o no, los médicos homeópatas sustentan que el tema de las *dosis infinitesimales* es el principal “caballo de batalla” que sostiene la homeopatía frente a la medicina convencional, en tanto en cuanto no se puede demostrar el mecanismo de acción del medicamento homeopático⁵⁹:

⁵⁹ “Los detractores de la homeopatía, confortados con estos hechos inapelables que la física nos ha permitido conocer, se convencen cada día más de que los homeópatas somos, o bien tontos de remate, o bien farsantes irrecuperables. ¿La razón? Si no hay moléculas no se puede curar. Acepto la primera, a saber, que en nuestras altas diluciones no hay moléculas del medicamento del que se partió para prepararlas. Pero aceptar la segunda implicaría aceptar a la vez que sólo las moléculas pueden curar, es decir, que sólo la materia puede curar. Y esto no hay ya quien se lo trague. Tanto la naturaleza como la medicina nos muestran a cada paso de qué modo influencias no materiales pueden determinar la enfermedad o inducir la curación. Cuando administramos un medicamento en alta dilución, ciertamente no existen en el mismo moléculas de la sustancia original pero existen a no dudar moléculas del disolvente que han sido modificadas por la presencia del medicamento. Dichas moléculas, según las hipótesis más verosímiles, adquirirían una determinada disposición espacial bajo la

“No se conoce en absoluto el mecanismo de acción del medicamento homeopático, por eso no ha interesado nunca la homeopatía. Igual que tantísimos medicamentos que se siguen utilizando en la medicina convencional, no se conoce al pie de la letra muchas veces todo su proceso químico especial por el cual está funcionando su mecanismo. De la aspirina se están descubriendo cosas todavía. No obstante, la constatación del efecto del tratamiento homeopático es que el paciente mejore o que vaya modificándose el cuadro del paciente en función de lo que se vaya dando, bueno, a veces no se cura. Es que no hay una medicina que sea una panacea” (M-1).

Se señala que no es sólo en la homeopatía donde hay “lagunas” o vacíos de conocimiento, sino que esto también ocurre en la medicina convencional ya que, según él, no se conoce literalmente el mecanismo de acción de algunos medicamentos convencionales. La medicina homeopática ha de enfrentarse con un escollo importante, probablemente el fundamental, no se sabe si el decisivo de cara a demostrar su carácter científico. Pese al desconocimiento del mecanismo de acción del medicamento homeopático, se pone de relieve y se constata que el efecto curativo del remedio es lo realmente importante y, que ello queda verificado por la mejoría del paciente. En este supuesto, queda patente que el efecto es lo que sirve, al margen que el *médium* para conseguirlo no sea válido a efectos de explicación científica.

Sin embargo, es posible que el hecho de que aún no se haya demostrado el mecanismo de acción del medicamento homeopático, no sea sólo una de las barreras que la terapia homeopática ha de sortear, sino que también es contemplado como uno de los retos de la ciencia. La ciencia nació para explicar los fenómenos de la naturaleza desde la naturaleza misma de los fenómenos,

influencia del medicamento, disposición que persistiría una vez que las moléculas del mismo han desaparecido. Según tales hipótesis, en esa disposición, en esa ‘huella’ habría que fundamentar el mecanismo de acción de las dosis infinitesimales” (*Ibidem*, 2004, págs. 40-42).

pero no son los fenómenos en sí mismos los que han de explicar su comportamiento. El edificio de la ciencia se ha ido construyendo frente a los desafíos que la propia naturaleza le iba planteando. La ciencia nació como un saber demostrativo de las relaciones sustantivas entre las cosas. Por tanto, indagar en el mecanismo de acción del medicamento homeopático podría contemplarse como uno de los muchos desafíos de la ciencia de nuestra época:

“Parece ser que la cuestión de la dosis ha sido siempre una cuestión absolutamente insalvable por los detractores de la homeopatía, es decir; la idea es que si la dosis homeopática es tan pequeña que no puede actuar pues no puede actuar, es decir, que es una cuestión de principios. Lo que ocurre es, claro, que no sabemos lo que ocurre, lo que pasa con esa dosis tan pequeña. De hecho, funcionan y funcionan de una forma evidente y espectacular. Por otra parte, la dosis no es una condición “sine qua non” del método, ni muchísimo menos. La única condición “sine qua non” del método es el principio de semejanza y se ha terminado. Ya no hay más condiciones absolutas. La dosis es un recurso del que se valió Hahnemann y después todos los demás homeópatas para minimizar el llamado agravamiento homeopático, que se produce especialmente en personas que son sensibles a algún medicamento y, justamente, toda persona es sensible al medicamento que le es similar, de otra manera no podría curarlo y menos en esas dosis tan pequeñas. Hay que tener en cuenta que cuando Hahnemann empezó a reducir sus dosis y llegó hasta la 30CH, es decir, una dosis en el orden de 10 elevado a menos 60, o al 200CH que incluso utilizó, o sea del orden de 10 elevado a menos 400; teniendo en cuenta que el número de Avogadro⁶⁰ es de 10 elevado a menos 12, pues se había sobrepasado infinitamente la posibilidad de partículas de la materia original

⁶⁰ “En 1811, Amadeo Avogadro, profesor de la universidad de Turín, tratando de dar una explicación a la ley de Gay-Lussac, y ya imbuido de las nociones, aún no bien consolidadas entre los científicos, de átomo y de molécula, emite la siguiente hipótesis: ‘bajo las mismas condiciones, volúmenes idénticos de diferentes gases contienen el mismo número de moléculas’. Pero la hipótesis de Avogadro no es aceptada inmediatamente por la ciencia oficial. Hay que esperar a que en 1858 otro italiano, Stanislao Cannizzaro muestre la aplicación sistemática de la hipótesis que se convierte así en ley de Avogadro. El reconocimiento y utilización de esta ley permitió entre otras cosas determinar los pesos atómicos correctos de los elementos y adecuar la formulación química” (*Ibidem*, 2000, pág. 42).

en esas diluciones, evidentemente. Pero Hahnemann no lo sabía porque Hahnemann no conocía el número de Avogadro. Eso fue un descubrimiento bastante posterior, es decir, Hahnemann sospechaba que algo estaba ocurriendo allí, que eran dosis excesivamente pequeñas, que él llamaba dosis “como espirituales”, él lo llamaba así, utilizando el término “espiritual” en el sentido de sutil, posiblemente ¿no? Pero él no sabía que no era un requisito imprescindible llegar al plano inmaterial. Sin embargo, descubrimientos posteriores sugieren la posibilidad de que el soluto pueda imprimir al disolvente en el que se hace la dilución unas ciertas características físicas más que químicas, que serían las que en definitiva podrían actuar como elementos desencadenantes de la reacción curativa. Pero todo esto, naturalmente, no se puede afirmar de una manera rotunda hoy en día. Lo que sí se puede afirmar es que funciona, ¿cómo funciona?, eso lo tienen que determinar los físicos. Y lo determinarán, en su día, por supuesto que lo harán. Y una vez que se salve ese escollo no sé qué dirán los detractores de la homeopatía. Entonces ya tendrán ellos que explicarse” (M-2).

Se señala que la dosis es “una cuestión absolutamente insalvable” esgrimida “por los detractores de la homeopatía”, los cuales argumentan que al tratarse de dosis tan pequeñas no ejercen ningún efecto terapéutico. No obstante, coincide con su colega homeópata en el poder curativo de dichas dosis. Se hace énfasis en la importancia que tiene el *principio de similitud* de cara a que se cumpla el método. Se constata nuevamente que pese a que las dosis de los remedios homeopáticos no contienen moléculas, es decir no hay materia, esto no supone un obstáculo para que puedan actuar con efectividad. Los científicos, en este caso los físicos, tienen la responsabilidad de resolver este dilema. El discurso se abre haciendo alusión a los que están en contra de la homeopatía, es decir a “los detractores de la homeopatía” y se cierra haciendo mención a dichos opositores. Se abre con una incertidumbre, una cuestión esencial para la homeopatía y obstáculo importante para consolidar su carácter científico: el desconocimiento del mecanismo de acción del medicamento homeopático. Se cierra con una expectativa, casi certeza, el

posible descubrimiento de ese mecanismo. Cuando eso ocurra, la ciencia hablará y quizás entonces los “*detractores*” de la homeopatía “*ya tendrán ellos que explicarse*”, posiblemente quiera decir callarse⁶¹.

No obstante, pese a todos los recelos que la homeopatía despierta en algunos sectores, los homeópatas aseguran que una de las ventajas de los tratamientos homeopáticos frente a los tratamientos convencionales es la inexistencia de posibles efectos secundarios:

“En homeopatía no hay efectos secundarios, desde el momento que usamos sustancias diluidas por encima del nivel molecular, puede haber efectos iatrogénicos, pero nunca de tipo tóxico. Es que no hay posibilidad, al no haber moléculas, no hay posibilidad de una acción química-tóxica que al final es la que puede producir en un momento dado efectos secundarios. Lo que sí hay son efectos iatrogénicos, de reacciones del organismo, que nunca son graves en la vida y que en todo caso, desaparecen inmediatamente que se deja de tomar el medicamento. Efectos iatrogénicos, es decir, efectos debidos a la acción del medicamento, sin ser una acción tóxica, no es una acción directa a nivel químico-tóxico de una sustancia que intoxica nuestro organismo. Es... y aquí nos metemos en un tema tremendamente en el aire porque tendríamos que conocer el mecanismo de acción de los medicamentos homeopáticos. Y, según dicen los investigadores farmacólogos tiene que ver con una especie de información que llega a nuestro organismo y que si nuestro organismo es capaz de descodificar, pues entonces, ¡paf! surge efecto. Yo siempre les digo a mis pacientes cuando me preguntan si esto les puede traer algún problema, que lo peor que les puede pasar con un tratamiento homeopático es que no les pase nada. Porque si no es similar, no tiene el código para descodificarlo y aquello no hace nada, eso es curiosísimo, por eso tiene que

⁶¹ Respecto a la validez de la ciencia, a la verosimilitud de sus paradigmas, la siguiente cita de Prigogine es elocuente en ese sentido: “La renovación de la ciencia es en gran medida la historia del descubrimiento del tiempo. Tras nosotros queda la concepción de la realidad objetiva que reclamaba que la novedad y la diversidad fueran negadas en nombre de leyes inmutables y universales. El futuro ya no está determinado, no está implícito en el presente. Esto significa el fin del ideal clásico de omnipotencia. El mundo de los procesos donde vivimos no puede rechazarse como si lo constituyera apariencias o ilusiones determinadas por nuestro modo de observar.” (Prigogine, 1983, págs. 218-219).

ser un tratamiento individualizado. Claro estamos hablando en unos términos que no admiten la posibilidad nunca de tipo tóxico. Entonces si en esa reacción, si el organismo sí conoce ese código para descodificar esa información que le da el medicamento, pues entonces reacciona y hace un efecto. Pero si uno es sensible puede tener en un momento dado algún tipo de reacción orgánica, pero que siempre va a ser como máximo de tipo funcional, nunca lesional, nunca puede producir una lesión irreversible y que por supuesto, desaparece inmediatamente que se deja de tomar el medicamento” (M-1).

Por tratarse de sustancias diluidas más allá del nivel molecular, es decir al no haber moléculas en los medicamentos homeopáticos la posibilidad de efectos tóxicos, según ellos, quedaría descartada. Según los principios de la terapia homeopática, el medicamento sólo puede tener efecto terapéutico cuando se prescribe un remedio *similar* al cuadro de síntomas que presenta el paciente, si el medicamento no está correctamente prescrito, es decir, si no es *similar* al paciente no tendría efecto terapéutico. Nuevamente aparecen dos de los principios básicos de la homeopatía, la *dosis mínima* y la *similitud*, esta vez ligados a la efectividad del tratamiento. Se destacan como únicos posibles efectos secundarios los efectos iatrogénicos, no tóxicos. Además, señala la relación entre la acción del medicamento, el principio de *similitud* y el carácter individualizado del tratamiento homeopático. Una vez más surge la cuestión sobre el desconocido mecanismo de acción del remedio homeopático, sólo que en esta ocasión se aporta una información nueva suministrada por los investigadores farmacólogos.

La aparición de efectos secundarios también es una cuestión reconocida y contemplada por parte de la medicina oficial. De hecho uno de los médicos convencionales manifiesta que el desencadenamiento de efectos secundarios es uno de los grandes inconvenientes de la medicina ortodoxa:

“La medicina ortodoxa ha pensado que la investigación química, lo que se ha derivado después en la farmacología, la farmacodinámica, es la alternativa que el mundo ortodoxo ha optado y que ha desarrollado, cierto es, y que además, para todo el mundo es conocido los efectos secundarios de los medicamentos. De hecho en la literatura de los medicamentos aparte de sus indicaciones y para qué sirven las dosis, viene contraindicaciones, efectos secundarios e incompatibilidades. Ese quizás sea el problema y el gran reto de la medicina, es decir, la medicina optó durante el siglo XX por una terapéutica, darle solución a todas las enfermedades mediante una serie de fármacos, cosa que después tiene sus efectos secundarios, incluso llega a que el sistema de microorganismos crea resistencias, entonces hay que añadirle nuevos componentes para vencer esas resistencias”. (M-4)

La medicina oficial centrada casi en exclusiva en el nivel molecular ha experimentado una tendencia al abuso excesivo de fármacos favoreciendo el desarrollo de la industria farmacéutica y tecnológica, obviando otras opciones terapéuticas menos agresoras, más suaves⁶².

En el siguiente extracto de entrevista subyace un paralelismo entre el todavía no conocido mecanismo de acción del medicamento homeopático y el también desconocido mecanismo de acción de la acupuntura. La idea que sostiene el argumento es la efectividad de la acupuntura, pese a que no se conozca totalmente el mecanismo de acción de la misma:

“Hay muchas cosas para las que todavía no tenemos respuesta y eso no significa que no sea ciencia, si no, no habría descubrimientos. Hay que

⁶² Este fenómeno tiene sus consecuencias tanto para el consumo prescrito por facultativos como para los casos de automedicación. El abuso está especialmente extendido en el consumo de antibióticos. Según un informe del Ministerio de Sanidad (Octubre, 2006), el 30 % de los antibióticos que se consumen no han sido prescritos por el personal médico ni farmacéutico. Al margen de cuál sea el origen de ese consumo, con receta o sin ella, el Dr. Pereira Pombo afirma que en España mueren 2000 personas al año por infección de antibióticos (Pereira, 1999). En otro sentido, Cars (1997) dirigió una investigación publicada en la revista *The Lancet*, en la que analizó el abuso de los antibióticos en los países de la Unión Europea. España, después de Francia, resultó ser el que mayor abuso señalaba, con un 32,4 dosis/mil personas/día.

atreverse con lo que no se conoce para acabar de conocerlo, entonces no habría progreso de ningún tipo. Por ejemplo, en la acupuntura no está para nada demostrado el mecanismo, ellos lo explican a nivel del qi, del principio vital chino y tal. Bueno, pues hasta que no se descubrió que hay unas ciertas cosas que segregaban endorfinas, no empezó a admitirse. Vaya, lo que es el fundamento total del mecanismo de acción de la acupuntura también es desconocido. Y, ¿por qué se segregan?, ¿por qué mecanismos pasa esto? No se tiene ni idea. Ahora, lo que pasa con la acupuntura es que tiene 4.000 años y a diferencia, a nivel del prestigio que tiene y la evidencia además de ser utilizada en países con una formación tan materialista-científica como la china, precisamente donde surgió y en la época de Mao, desde el materialismo científico más riguroso y más carca, digamos, dentro de ese estilo, pues la evidencia es la evidencia” (M-1).

De lo anterior se puede sobrentender que la homeopatía también puede ser efectiva (y de hecho los homeópatas lo sostienen), aunque se desconozca el mecanismo de acción del medicamento homeopático. Parece que lo realmente importante, aquello que la medicina convencional debería valorar por encima de todo es la efectividad de los tratamientos homeopáticos y no el hecho de que no se conozca la acción del medicamento, lo que debería considerarse secundario frente al efecto curativo del mismo. También se destaca el prestigio de la acupuntura no sólo en relación a su efectividad, sino también en relación a su antigüedad. Parece valorar la antigüedad, probablemente por la connotación que ésta tiene con la experiencia. Además, podría sorprender el hecho paradójico de que la acupuntura se siga practicando en un país con un régimen político basado precisamente en el materialismo científico. Sin embargo, en China la acupuntura coexiste con la medicina convencional, la cual llegó mucho más tarde. No hay que olvidar que la acupuntura se empezó a practicar en China hace unos 5.000 años y desde entonces forma parte de la cultura y de la tradición médica de ese país.

Frente a la postura mantenida por los facultativos homeópatas, los médicos convencionales entrevistados expresan su desacuerdo respecto al carácter

científico de la homeopatía. De manera espontánea en el discurso médico convencional surge el tema de las *dosis infinitesimales*, apuntando que eso no tiene apoyatura científica. Además subrayan que la homeopatía tiene un efecto placebo y que en las fases agudas de la enfermedad no resulta efectiva, razón por la cual los pacientes tratados con esta terapia recurren a la medicina convencional:

“Yo sólo veo en la homeopatía, la homeopatía la veo como eso, como darle al paciente una estabilidad emocional, o sea que darle unos gránulos o concentraciones infinitesimales de determinadas sustancias, porque eso base científica no tiene ninguna, más que demostrado que base científica no tiene ninguna y que lo que yo veo es que le crean al paciente, bueno hablando vulgarmente, que le comen el coco para que tolere mejor sus síntomas, pero sobre la enfermedad en sí no hace nada. El ejemplo de los alérgicos, todos tienen su brote de reagudización y todos acuden después a la medicina convencional. Este tipo de medicinas en la fase aguda no sirve para nada. En la fase aguda de una enfermedad no sirve para nada. El que está en tratamiento homeopático por un proceso alérgico, cuando tiene su crisis asmática va al hospital a que le pongan su oxígeno, su corticoides inhalado, a que le pongan, a lo que es la medicina convencional. No todos los pacientes tratados con este tipo de medicinas como la homeopatía, desde mi punto de vista es como una especie de placebo o de dar una sensación de estabilidad emocional para que así sientan que tienen menos procesos de su enfermedad, una especie de autoconvencimiento para pensar que tienen menos procesos de su enfermedad. Cuando hay una reagudización todos acuden a la medicina convencional” (M-3).

Dos asuntos importantes en liza: las *dosis infinitesimales* y el efecto placebo. Cuestiones controvertidas en las que se apoya el discurso médico convencional para no admitir el fundamento científico de la homeopatía. Frente a esto se podrían formular las siguientes preguntas: ¿es posible que una sustancia diluida por encima del nivel molecular tenga algún efecto terapéutico? o ¿simplemente se trata de un efecto placebo? El discurso recogido en el anterior extracto de entrevista muestra un posicionamiento ¿científico o cientifista?:

“En los ensayos clínicos que han salido en Lancet, en JAMA, en revistas de gran prestigio médico, incluso en los positivos, había una apostilla al final que decía que hay una evidencia del efecto de la homeopatía respecto del placebo, pero siempre que se pudiera considerar hacer plausible el mecanismo de acción del medicamento homeopático. O sea, es un handicap el que no haya moléculas en el medicamento y entonces en eso sí se separa absolutamente de la medicina convencional, en la utilización de medicamentos. Yo soy de los que opinan que hasta que esta incógnita no se resuelva, jamás acabaremos de estar integrados del todo en la Medicina, porque siempre habrá un reducto de científicos, más que científicos, que de antemano ya no lo van a admitir como postura. Entonces ya no tenemos más que hablar según el que sea científico, el que no admita que la ciencia va cambiando y se va corrigiendo a sí misma, precisamente esa es una de sus máximas virtudes. Pero el que es científico se ancla en su concepto momentáneo, el que hay en ese momento. Yo la mayoría de las veces he trabajado en despachos alquilados rodeado de médicos convencionales que de vez en cuando me mandaban sus pacientes o viceversa, yo nunca he sentido personalmente ese rechazo; y la presidenta del Colegio de Médicos de Madrid que además es catedrática de la Complutense y que colabora con nosotros, vamos que no es ninguna pringada, que es catedrática de Anatomía Patológica, una investigadora, y el catedrático de Sevilla el profesor Serrano, catedrático de Farmacología, que es donde está el handicap, serio, científico, y que lleva un montón de años dando clase en el Master de Homeopatía de la Facultad de Medicina y estas dos personas no tienen el más mínimo rechazo hacia la homeopatía. Hay gente tremendamente seria, ahora, la gente del montón, el mediquillo, aquel que tiene una información de cualquier manera, pues eso ya es más cuestión personal, superficial, que le gusten estas cosas o no” (M-1).

El discurso muestra claramente los dos polos opuestos dentro de la medicina convencional. Por un lado, los que están en contra de la homeopatía, es decir los “científicos”, los que nunca van a aceptar la homeopatía debido a las dosis, y a la sustancia en sí, que dicha medicina utiliza. Según se expresa parece tratarse de un reducto activo: “un reducto de científicos”, con los que, bajo su opinión, no se puede dialogar. Por científico se entiende aquel que no admite los cambios que experimenta la ciencia y los avances de la misma. Por otro lado, en su criterio, están los que apoyan a la homeopatía, es decir, los

investigadores serios, los científicos, entre los cuales cita dos ejemplos que además colaboran en actividades como *el Master* y demás. Es decir, que dentro de la medicina oficial habría dos grupos: los que apoyan la homeopatía: *“gente tremendamente seria”* que además tienen conocimiento e información exhaustiva acerca de esta terapia, y los que no la apoyan: *“la gente del montón, el mediquillo”* que no tienen una información precisa y profunda sino sesgada y superficial: *“una información de cualquier manera”*.

El discurso de uno de los médicos convencionales respecto a la no científicidad de la terapia homeopática se circunscribe a su experiencia como médico clínico que ha atendido a pacientes tratados con homeopatía. Según señala, a través de su práctica clínica ha podido comprobar, en unos casos, que en los brotes agudos de la enfermedad crónica, los pacientes abandonan momentáneamente el tratamiento homeopático y buscan apoyo en los tratamientos de la medicina convencional. En otros casos, según constata, los enfermos acaban por abandonar definitivamente los tratamientos homeopáticos:

“La medicina convencional es la que yo practico ¿no? Yo no es que sea un detractor acérrimo contra la homeopatía, lo que sí considero es que la homeopatía no tiene base científica ninguna y lo único que hace es darle una tranquilidad al paciente con respecto a sus síntomas, pero que sobre la enfermedad no hace absolutamente nada. Y todo el que está en tratamiento homeopático en algún momento de su vida tiene reagudización de su enfermedad, de sus síntomas y todos acuden a la medicina convencional, acaban en la medicina convencional, por ejemplo, los más potentes, los asmáticos. Que yo sepa nadie se va con un infarto de miocardio agudo a un homeópata y esto se sabe también. La homeopatía tiene su clientela, tiene sus pacientes que acaban en la homeopatía como último recurso porque no están satisfechos con la medicina convencional, porque van buscando lo que es la panacea de la medicina, es decir, buscan algo que resuelva sus problemas, pero tampoco se los resuelve, les da una cierta estabilidad emocional con respecto a sus síntomas, pero también a la larga muchos acaban aburriéndose de la homeopatía porque ven que no les soluciona tampoco el problema” (M-3).

En el extracto del discurso anterior lo primero que señala es su práctica como médico convencional y frente a esto se define como un “*no detractor acérrimo*” de la homeopatía, para apostillar a continuación el carácter no científico de la misma. Del análisis de su discurso se desprende que para él, sólo es científica la medicina convencional y desde ese posicionamiento se defiende señalando que no está en contra de la homeopatía, cuando en realidad parece que se muestra poco a favor, pues ha comprobado que le ofrece una cierta “*tranquilidad al paciente*”. En el discurso se muestra el juego de opuestos, el médico practicante de medicina convencional, es decir medicina científica, frente a la medicina homeopática o medicina no científica. En consecuencia, sólo se puede ser “científico” si se practica la medicina científica, por tanto quien no practica dicha medicina no se puede definir como “científico”. El médico convencional es un “científico”, el médico homeópata “no es un científico”. La medicina convencional es la “eficaz”, la que resuelve, por ejemplo, en infartos de miocardio o en brotes agudos de asmáticos, donde la homeopatía es “ineficaz”. Los pacientes insatisfechos con la medicina convencional, es decir los que buscan la “*panacea de la medicina*” o la pócima mágica, lo que no existe, acaban en la homeopatía como término de su recorrido terapéutico. En sentido contrario, se podría deducir que los pacientes satisfechos con la medicina convencional son los que no buscan el remedio mágico, es decir los “realistas”. Por tanto, realistas frente a idealistas. La medicina convencional estaría en el plano de la realidad, representaría la realidad médica frente a la homeopatía que estaría en el plano de la irrealidad, representaría la irrealidad médica. No obstante, al final parece reconocer (como se está refiriendo en parte a los enfermos crónicos y la medicina convencional no siempre tiene solución para la enfermedad crónica) que ni una ni otra medicina les resuelve el problema de fondo de su patología.

En el siguiente extracto se muestra también el juego de opuestos, sólo que en sentido contrario:

“De alguna manera la homeopatía convence, convence al médico y convence al paciente. Bueno, lo único que uno puede pedir es que se analice desapasionadamente. Pero en general, la homeopatía no es bien conocida y por sus detractores muchísimo menos, ésa es la pura verdad. Es decir, que uno encuentra que la gente tiene una idea en contra de la homeopatía sin saber, sin conocer la homeopatía. No digo que a la homeopatía no se le puedan hacer críticas, que se le pueden hacer. En ‘Fundamentos de Gnoseología Homeopática’ hay muchas críticas que se hacen al método de Hahnemann. Pero todas esas críticas no consiguen desmontar el método, es decir, como mucho consiguen recortarlo, dejarlo más bonito, pero desde luego no desmontarlo, porque el núcleo del método es verdaderamente, está construido con racionalidad, con observación, es decir, está construido científicamente de una forma muy sólida. Y los resultados lo demuestran, claro. Dentro de la medicina convencional, pues, hay mucho de ciencia también por supuesto, pero en la práctica diaria también hay mucho que no es científico, es decir, mucha rutina. Es decir, que no se pueden hacer valoraciones absolutas. Y con la homeopatía pasa igual, claro. Lo que quiero dejar de manifiesto y subrayar es que la construcción teórica del método homeopático es absoluta y totalmente científica y no puede ser más científica. Y luego la praxis también va a depender mucho de la práctica como es natural. Pero la praxis, hay que recordar que la praxis no es una ciencia, sino justamente una praxis, que debe hacerse con arreglo a la ciencia lo más posible, claro” (M-2).

Se define a los “detractores” de la homeopatía como desconocedores de esta terapia. Los que no conocen la homeopatía están en contra, frente a los que la conocen que están a favor. El tener conocimiento o información sobre esta terapia es el vector que segmenta a sus seguidores y a sus “detractores”. En cierto sentido, este argumento ya ha sido esgrimido anteriormente por su colega homeópata. Los desconocedores y, por tanto, “detractores” de la homeopatía hacen críticas enardecidas. Para este médico es fundamental analizar este método terapéutico de una manera objetiva e imparcial, es decir “desapasionadamente”. Se reconoce que el método homeopático tal y como lo

formuló Hahnemann, puede en parte, someterse a la crítica. No obstante es un método científico acompañado de una praxis. Frente a la cientificidad del método homeopático, se destaca a continuación que no toda la praxis cotidiana de la medicina convencional es científica, para finalmente remarcar que el método homeopático se ha construido racional y científicamente. En conclusión, de su discurso parece desprenderse que para él es más científica la homeopatía que la medicina convencional.

2. La polémica suscitada en torno al método de la homeopatía.

Al hilo de lo hasta ahora planteado surge la pregunta inevitable, ¿qué tiene la homeopatía de ciencia? Los médicos homeópatas entrevistados consideran que la homeopatía es científica y, por el contrario, los médicos convencionales entrevistados consideran que no lo es. Quizás sería conveniente empezar por acercarnos al concepto de ciencia que mantienen ambos pares:

“La ciencia básicamente, radicalmente, tiene por finalidad establecer las leyes que rigen la realidad, es decir, cuando un científico, un investigador, observando los hechos puede formular una ley o principio y comprobarlo en la práctica, la ciencia ha terminado. Ya no hay más ciencia. Se acabó. Ahora, el práctico utiliza eso para actuar sobre la realidad. En el caso de la medicina la formulación de una ley, la ley de semejanza, comprobada por los hechos, verificada en la clínica, pone fin al por así decir, a la fase científica de la homeopatía. Una vez que la ley se tiene se procede a la práctica de la medicina, es decir aplicarla; esa es la praxis. Otro aspecto de la ciencia que es el que más se preconiza en la medicina convencional es el control estadístico de los resultados. Muchas veces vemos que los médicos se encuentran muy orgullosos de ser científicos porque se hacen experiencias clínicas que controlan los resultados terapéuticos de manera estadística, es decir, de manera matemática o científica, ya se sabe, con esas pruebas aleatorias, a doble ciego, etcétera, que puede estar muy bien. Pero eso habla de la ciencia de los estadísticos, no de la ciencia de la medicina, que es lo que a mí me sorprende constantemente. La ciencia de la medicina consistiría en formular leyes médicas y la praxis de la medicina

consistiría en aplicar esas leyes. Bueno, pues esto en la homeopatía se da de una forma evidente” (M-2).

La historia de la ciencia moderna ha intentado investigar la realidad excluyendo, casi siempre, el factor humano. Ha entendido que la realidad era un objeto en si mismo susceptible de ser cuantificado. En suma, la ciencia moderna ha conseguido avances importantes en el terreno tecnológico, pero poco ha progresado en el conocimiento del ser humano como parte de esa dimensión de la realidad. La ciencia ha establecido sus miras en indagaciones y análisis en torno a los elementos mensurables de la realidad. Se ha centrado en los aspectos materiales del conocimiento y ha prescindido del estudio de los componentes no cuantificables de fenómenos contingentes, descartando una parte del conocimiento sobre la realidad. En ese sentido, la medicina no se ha adentrado en la búsqueda de aquellos aspectos de la salud y, por tanto, de la vida que apuntan hacia fenómenos no mensurables, más inciertos, más cualitativos. La medicina siguiendo la tradición cartesiana-newtoniana se ha basado en el estudio cuantitativo de los resultados terapéuticos, es decir en la estadística:

“La medicina básicamente es estadística. Sí, sí. Y además es una asignatura que se estudia en primero de carrera, es decir, el estudio médico está entre la estadística y la física médica. La estadística es la base fundamental del empirismo médico, es decir, nadie se pone a ejercer, a poner una terapéutica que no se haya demostrado, por ejemplo, un mínimo de cinco mil pacientes. La OMS y cualquier tipo de organismo oficial que hoy día tutela el control farmacéutico, el control terapéutico, en cualquier especialidad médica, mientras que no haya unos parámetros demostrados en una población suficiente no se aplica, incluso hay que referenciar cualquier tipo de anomalía o efecto secundario aunque se haya dado sólo una vez, aunque estadísticamente sea ínfimo, pero debe de existir porque la probabilidad de que se presente en otro paciente es visible, por lo tanto debe estar tutelado siempre en la literatura de los medicamentos, eso es de obligado cumplimiento” (M-4).

Según Micozzi⁶³ es imprescindible entender las medicinas alternativas bajo el prisma de la física contemporánea y de la biología ecológica. Bajo esa perspectiva se pueden explicar fenómenos tan diversos como las respuestas fisiológicas del cuerpo humano, la acción o efecto terapéutico, así como la intervención de los practicantes. En física, el principio de incertidumbre de Heisenberg establece que, en un nivel fundamental, no se puede hablar de objetividad cuando se observa un fenómeno, ya que ese acto de observación influye en el fenómeno observado. A su vez, Vicens (1995) expone lo siguiente respecto a la consideración que de la energía tiene la física contemporánea:

“La energía pasa a ser un concepto clave de una nueva visión de la salud que está conduciendo a formas alternativas de terapia. En la física contemporánea la energía es una abstracción, no definida en términos positivos, que abarca una compleja red de partículas subatómicas, algunas de muy corta duración, otras de naturaleza virtual (aquellas pueden ser o no ser o tener tendencia a manifestarse); en conjunto se forman mallas simétricas y la mayoría de las partículas se disuelve continuamente” (Vicens, 1995, pág. 132).

La ciencia se entiende como un método de acercamiento a la realidad⁶⁴. En ese sentido, el carácter científico de la homeopatía vendría determinado por el

⁶³ “La biomedicina se basa conceptualmente en la física newtoniana y en la biología predarwinista. La física newtoniana reproduce y explica muchas observaciones sobre la mecánica de la experiencia diaria. La física cuántica contemporánea (mecánica cuántica) reconoce aspectos de la realidad que van más allá de la mecánica newtoniana, como son la dualidad de la materia y la energía, ‘los campos unificados’ de la energía y la materia, y las funciones de las ondas. La física cuántica y la biología ecológica contemporáneas son necesarias para comprender los sistemas alternativos de la medicina” (Micozzi, 2000, pág. 24).

⁶⁴ Cabría indicar que, como señala Georgescu-Roegen (1994), existen matices políticos en esta apreciación: “Primero es que la ciencia como saber es ya un poder. Todo saber —y eso no hay que olvidarlo nunca— es ya un poder sobre el que no sabe. Manipular técnicas es un poder; probablemente una de las formas de poder primitivas es el saber técnico. Entonces, la ciencia, como saber sobre el mundo, con

propio método terapéutico. El método de la homeopatía se enmarca, según los discursos recogidos de los médicos homeópatas, dentro de una explicación racional:

“Para mí todo es científico, lo científico no es más que un método de acercamiento a las cosas. Para mí la homeopatía es científica porque tiene un método más lógico y más racional que el de la medicina convencional que es mucho más empirista en muchos casos. En cambio, aquí el método está más estructurado, más racional. De hecho, Hahnemann en sus primeras ediciones del Órganon, le llamó ‘Órganon de la medicina racional’ y ese es el concepto que tiene que seguir subyaciendo en el tema de la homeopatía. La homeopatía me parece la forma ideal de practicar una medicina interna humanística, porque entiende el organismo como conjunto y el acercamiento que se tiene al paciente, un acercamiento no compartimentado en las diferentes piezas que lo componen como lo entiende la medicina convencional. El organismo es un sistema tremendamente complejo en el cual todo influye en todo y, entonces, la homeopatía es una forma de acercamiento bajo mi punto de vista más real, más científico, en el sentido de más real, de que nos acercamos más a la realidad de la persona enferma, que no sólo es ese órgano el que está afectado, porque el que tenga afectado ese órgano afecta al resto de su organismo, incluso a su psiquismo. Pues, el tener en cuenta cuantos más parámetros, mejor, entre todos los que intervienen en el tema de la salud y la enfermedad, me parece el acercamiento más correcto. Me parece una medicina interna ideal y ya lo decía incluso Marañón, en su momento, que sin ser homeópata le echaba muchos piropos a esta medicina, ¿por qué?

los límites que pueda tener, es una fuente de poder. Por ello, es normal que las Instituciones, los Poderes separados o el Estado o como se quiera llamar, traten de utilizar la Ciencia en beneficio de su dominación y traten por todos los medios de evitar que la Ciencia sea un poder que escape a su control (...). Esto hace que, en una primera crítica de la ciencia, podamos decir que la ciencia es fuente de poder y, entonces, rechazarla: esta es una posición frecuente de ciertas críticas a la ciencia como fuente de poder y por ende rechazable. Pero el rechazar una de las fuentes de poder no resuelve el problema, porque todo poder procede de hecho del poder que tienen los hombres, no hay otro, sea delegado o de otro modo. Entonces, al creer que se disminuye el poder, por ejemplo del Estado, cortando o negando a la ciencia el mínimo estatuto, haciendo grandes campañas contra la ciencia, no se resolverá ningún problema, dado que es una de las fuentes de poder, pero no la fuente del poder. La fuente del poder fundamental es el poder de los hombres y uno de los cauces es la ciencia que tiene una serie de especialistas que producen una serie de conocimientos que pueden ser utilizados como Poder por las Instituciones”. (Georgescu-Roegen, 1994, pág. 159)

Porque era un gran internista y un gran humanista y ese concepto global que él mantenía se acercaba en ese sentido a la homeopatía” (M-1).

La homeopatía está considerada una medicina interna humanística que contempla el organismo humano como un conjunto, en el sentido de totalidad o globalidad, frente a la medicina convencional que lo contempla en sus diversas piezas. El método homeopático se define como un método estructurado, lógico y racional frente al método empleado por la medicina convencional definido como empirista. En el anterior discurso aparecen los juegos de opuestos: el todo frente a las partes, lo racional frente a lo empirista (posiblemente al utilizar este término se esté refiriendo al control estadístico de los resultados terapéuticos).

En este punto surge la reflexión y la pregunta ineludible: si consideramos que la estadística es ciencia porque se basa en la matemática, y como la base de la medicina convencional es la estadística, ¿se podría, en consecuencia, entender que la medicina convencional es científica puesto que se fundamenta en el cálculo empírico?:

“El ejercicio profesional de la medicina con respecto a la terapéutica se basa exactamente en datos estadísticos, es decir, nosotros, los profesionales, podríamos decir, la medicina ortodoxa, lo que tenemos son estadísticas. Es decir, si ponemos en práctica un tipo de tratamiento es porque estadísticamente ha demostrado que ante tales síntomas característicos, sea cual fuere, por ejemplo la neumonía, para una gastroenteritis, la experiencia ha demostrado que tales pautas terapéuticas han dado tales resultados con tales beneficios, evitando el sufrimiento del paciente y lográndose al menor tiempo posible un beneficio terapéutico hasta el punto de su recuperación clínica. Entonces nosotros, basándonos en los datos estadísticos, aplicamos ese tipo de terapéutica. Puede ocurrir que mañana salga otro tipo de avances terapéuticos que incluso obvие pasos o secuencias o incluso los recorte.” (M-4).

Según el discurso anterior los tratamientos que se aplican en la medicina convencional están verificados estadísticamente, y en ese sentido, la terapéutica convencional fundamentada en la comprobación matemática, estaría sometida a las fases del método científico, razón por la cual la medicina convencional estaría considerada científica.

A su vez, los médicos homeópatas consideran que el método de la homeopatía es un método científico desde sus orígenes tal y como lo formuló el propio Hahnemann:

“Yo creo que la construcción del edificio metodológico de la homeopatía es impecable, tanto por su origen que es la salvación de los hechos empíricos, el análisis de esos hechos, la comparación entre ellos, el establecimiento de un principio, la confirmación del principio y la praxis. Y, simultáneamente, una teoría que pueda explicar. Yo es que no sé cómo se puede ser más científico” (M-2).

Frente a la discusión acerca de la científicidad del método de la homeopatía, emerge el discurso sostenido por los médicos convencionales en torno al método científico. Más en concreto, en el extracto de entrevista que viene a continuación se subraya que sólo hay un método científico:

“El método científico es el mismo siempre, que sea recusable o que sea demostrable en el sentido que se está aplicando, porque ese es el método científico, porque si no, no hay método científico, es decir, tiene que demostrarme que eso puede someterse a la crítica, después esa teoría puede someterse a varias críticas para ver si científicamente se cumple. Si no se cumple no hay método científico. Eso es lo que decía Popper, el método científico de Popper, demostrar que es falsable, si no es falsable no hay forma científica de demostrarlo. Lo que Popper decía es que el método científico ha de ser falsado, es decir, tengo que demostrar que no es válido. Si demuestro que sí es válido a pesar de que trato de demostrar que no es válido, científicamente es cierto. Pero si el método científico siempre ha de ser falsable, es decir, ha de tener la posibilidad de que pueda tener una contrapartida y demostrar que no es. Ahora si supera esa fase, el

fundamento científico es fiable, como las leyes de Kepler, la teoría de Newton, o la de Einstein, eran métodos científicos, eran teorías. O sea, que se podía demostrar que si sufrían una crítica que les permitía demostrar que sí eran falsables, que demostrase su efectividad, como los agujeros negros. La ausencia es la que demuestra la presencia dentro del campo cósmico, entonces la presencia es falsable, se puede demostrar. Yo nada más que digo eso. Yo no digo la verdad y él miente. No, no. Sometámonos a la crítica científica, al procedimiento experimental” (M-4).

Parece que en su discurso se deja entrever que si se quiere demostrar que la homeopatía tiene una base científica habría que someterla al procedimiento científico, al experimental, tal y como Popper⁶⁵ lo enunció. En relación al planteamiento anterior, Chibeni⁶⁶ sostiene que la homeopatía es a menudo tildada por las instancias médicas oficiales como una práctica médica no científica. A lo que habría que añadir que tampoco es, ni ha sido, objeto de interés por parte de los filósofos de la ciencia. A su vez, señala que la teoría de la ciencia formulada por Imre Lakatos, discípulo de Popper, puede constituir el punto de partida para el análisis del status científico de la homeopatía. Lakatos se empeñó en superar las limitaciones de la teoría de su maestro, al tiempo que trató de evitar, en su parecer, el relativismo y el irracionalismo que Kuhn

⁶⁵ Popper establece una separación entre la teoría científica y la no científica. El criterio para delinear esa demarcación lo sitúa en el concepto de falsabilidad. Las determinaciones de cualquier teoría debe admitir dos tipos de enunciados: los enunciados que coinciden con la teoría y los enunciados que sostienen la falsedad de la teoría. Para Popper no existe una teoría verdadera porque siempre es falsable. Se trata no de legitimar una teoría, sino de deslegitimarla, es decir que sea falsable.

⁶⁶ “In discussing the scientific credentials of homeopathy it should first be observed that, like any other medical discipline, homeopathy is primarily an *art*, practice, or technique whose goal is to make sick people healthy. The putative classification of homeopathy as a science should therefore be understood only with reference to the *knowledge* of the vital, pathological and therapeutic processes underlying that practice. Should this knowledge satisfy the minimal requirements for scientific knowledge and the medical technique based on it will indirectly be entitled to be called scientific” (Chibeni, 2001, pág. 97).

(1979) y Feyerabend (1985) mantenían en sus análisis sobre la ciencia. Si para Popper (1982) una teoría sólo es científica si es *falseable*, es decir si es susceptible de refutación experimental, para Lakatos (1987) la concepción de la ciencia debe descansar en la noción de *programas de investigación científica*, donde el núcleo central de esos programas son las teorías.

La experimentación que se hace en la medicina convencional tiene que ver con el control estadístico de los resultados terapéuticos, es decir la matemática está en la base de toda la investigación médica. La medicina oficial realiza su experimentación clínica suministrando el mismo medicamento a un número determinado de pacientes y contrastando los resultados con un *grupo control*. Del análisis del discurso que viene a continuación, de un médico oficial, se desprende que la única manera de demostrar el carácter científico de la homeopatía es someterla a los mismos protocolos de experimentación a los que se somete la medicina convencional:

“Si los compañeros de medicina homeopática consideran que ellos tienen soluciones a ese problema me gustaría saber si, hecha una anatomía patológica post-mortem, una autopsia a dos pacientes, es decir, si yo tengo un paciente con broncopatía crónica que tiene una serie de deterioros, unas lesiones típicas en el campo pulmonar y lo someto a un tratamiento convencional a lo largo de su vida, desde su diagnóstico hasta su muerte; e igualmente someto a otro paciente con la misma patología a un tratamiento con medicina homeopática y, cuando llegue a su punto de óbito realizo a ambos la autopsia y, estudio anatopatológicamente las células resultantes del pulmón, si hubiese cambios significativos entre una terapia y otra sería el momento de juzgar, ¿por qué? Porque tendríamos un modelo que estudiar. Vamos a poner al doble ciego, éste tiene un tratamiento a lo largo de la vida y sólo lo conoce el investigador, nadie más. ¿Quién toma la decisión de un enfermo con una patología crónica someterlo durante una serie de años a no darle nada y ver su evolución, y que sirva como modelo de referencia, al que recibe solamente la medicina, la homeopatía o la medicina alternativa que ustedes quieran? Y el otro que recibe la medicina convencional y cuando pasen esos años, se comparan esos tres y ya sabremos de qué estamos hablando. Y entonces, tendríamos algo de referencia para saber de qué estamos hablando, pero de forma así, sin

bases científicas, sin empirismo, no me parece. No voy a decir ni que sí ni que no, pero no me parece. Lo justo es lo que yo he planteado. Háganme ustedes anatomía y después una necrosia de esto” (M-4).

No obstante, Lara (2003) señala que el método científico al uso no permite conocer “la realidad clínica homeopática”, se necesita un método en el que se primen los puntales básicos de la homeopatía⁶⁷. Los síntomas subjetivos, la individualización terapéutica, la parte relacionada con el todo, etc. son aspectos no abordables desde el paradigma científico bio-mecánico. Se necesita un método capaz de combinar una serie de requisitos científicos con la filosofía vitalista, uno de los pilares de la medicina homeopática. Pese a estar demostrado que los dos principios fundamentales de la homeopatía: la experimentación y la ley de similitud, se ajustan al método científico, la homeopatía no está considerada científica porque no se ciñe a los cánones vigentes. Lara también destaca la divergencia actualmente existente en la investigación médica homeopática. Por una parte, está el grupo de investigadores que empeñados en dotar de rango científico a la homeopatía, utilizan los presupuestos del paradigma dominante como la reproductibilidad de los resultados y el análisis estadístico⁶⁸. Por otra parte, está el grupo de investigadores que no contempla los requerimientos del método científico

⁶⁷ “El método científico, utilizado con bastante éxito en las ciencias teóricas (física, química, matemática), se muestra impotente en el análisis de las ciencias aplicadas, especialmente las ciencias humanas, donde el objeto de estudio es al mismo tiempo un sujeto, y donde se produce una interrelación entre dos sujetos, el investigador y el investigado; de hecho, en Psicología y Sociología utilizan otros métodos (el método observacional) más acordes con su complejo objeto de estudio: el ser humano con sus sentimientos, sus ilusiones, sus miedos, es decir, con toda su subjetividad” (Lara, 2003, pág. 7).

⁶⁸ “La experimentación homeopática pura ha de cumplir los requisitos actuales del método científico para los ensayos denominados ‘investigaciones biomédicas no clínicas’, según la Declaración de Helsinki: cumplimiento de las normas éticas en investigación humana, grupo de control, doble ciego, análisis estadístico, etc.” (González, 2003, pág. 11).

dominante y, que por el contrario, investigan ajustándose a criterios pertenecientes en exclusiva al mundo de la homeopatía. Por último, Lara concluye que no es prioritario adoptar una estrategia que evidencie el carácter científico de la homeopatía. Mientras las llamadas medicinas tradicionales como la tibetana, la china y la Ayurvédica principalmente, se han mantenido al margen de los avances técnicos de la medicina moderna, afianzándose en sus ancestrales sistemas de conocimiento, la homeopatía se ha convertido en un híbrido de distintas racionalidades médicas al incorporar en su sistema de conocimientos la anatomía y la fisiología de la biomedicina.

En sintonía con el planteamiento de Lara, los homeópatas entrevistados argumentan que el método de experimentación que se usa en la terapéutica convencional no es aplicable a la experimentación clínica homeopática, ya que no se obtendrían resultados fiables:

“Las experiencias clínicas, las pruebas clínicas o ensayos clínicos, perdón, realizados con la metodología específica no tendrían mucho valor para establecer la fiabilidad o no del método homeopático; se requerirían pruebas clínicas realizadas de acuerdo a la metodología homeopática. Yo tengo un trabajo, ahí está explicado, una cosa publicada en Revista Española de Homeopatía, donde explico algo muy sencillo: cómo se puede hacer un experimento para que refleje la eficacia o no de un tratamiento homeopático, o sea, de una serie de tratamientos homeopáticos. Lo que pasa es que no hemos tenido la suerte de que ninguna institución nos preste su ayuda para eso, y lo he intentado, pero no ha podido ser. Utilizar la metodología específica no sería fiable, es decir no sería concluyente. No sería concluyente el resultado. A no ser que se utilizara solamente en casos de medicamentos, de los pocos medicamentos que en homeopatía tienen alguna indicación específica. Entonces sí, pero esos son muy pocos y tampoco serviría de mucho y además en situaciones muy concretas. Para ver si el método funciona hay que hacerlo de acuerdo al método, eso sí que es científico. Si se hace de una manera inadecuada los resultados no se pueden valorar” (M-2).

En el siguiente extracto de entrevista parece reconocerse que el hecho de que la medicina oficial se ampare tanto en la estadística puede responder, en

parte, al desconocimiento que tiene la propia medicina acerca de algunas enfermedades. No obstante, este facultativo convencional se pregunta sobre la existencia de investigaciones de medicina homeopática cuyos resultados se puedan comparar con los resultados de investigaciones realizadas en medicina convencional, es decir aplicando la metodología al uso:

“Nosotros como médicos ortodoxos reconocemos nuestras limitaciones con respecto a algunas enfermedades que desconocemos hasta su origen, por eso digo que nos apoyamos tanto en la estadística, pero estos compañeros míos que son de medicina homeopática, ¿cuántos de esos estudios existen que podamos parangonar con la medicina ortodoxa? y ¿cuántas necrosias existen? Yo no digo que no, yo solamente digo sentémonos a analizarlo desde el punto de vista científico, pero de forma empírica” (M-4).

Watkins (2000) destaca precisamente el problema o la dificultad que para las medicinas biológicas entraña la experimentación al uso, ya que los tratamientos con dichas medicinas son individualizados:

“La medicina complementaria se centra mucho más en la validez de la experiencia terapéutica individual. La investigación de la medicina complementaria resulta ardua debido a la dificultad existente para diseñar controles para tratamientos individualizados, si bien es posible realizar este tipo de investigación con precisión y cuidado” (Watkins, 2000, pág. 78).

Asimismo, para Stollberg (2002) los conceptos homeopáticos del dinamismo del *simile* y la potenciación son incompatibles con la biomedicina. Sin embargo, en la época que Hahnemann vivió estos conceptos no se alejaban mucho de los académicos. De hecho, Georg Ernst Stahl planteó que el alma era la fuerza dinámica de los seres humanos; Paul Joseph Barthez asumió que un principio de vida movía los órganos; Christoph Wilhelm entendió las enfermedades como resultado de estímulos que alteraban la fuerza vital de los humanos. La homeopatía se convirtió en una terapia heterodoxa cuando la medicina

académica cambió su orientación de la filosofía a las ciencias naturales, algo que no hizo la homeopatía. A la concepción de Hahnemann, se sumó la ley o regla de Hering⁶⁹. Sin embargo, el núcleo central de la concepción homeopática de Hahnemann se mantuvo inalterable. Además, mientras la biomedicina experimentó cambios vertiginosos y las nociones iatrogénicas y biocibernéticas se implantaron fuertemente, la homeopatía no cambió y, en consecuencia, fue excluida de la ciencia por no someterse a los dictados de la misma.

Sin embargo, pese a los posicionamientos aquí sostenidos por los facultativos oficiales, los homeópatas entrevistados consideran que la homeopatía está cada vez más aceptada por la medicina convencional. De hecho, los cursos de homeopatía que se imparten en algunas facultades de medicina y la presencia en órganos colegiales manifiestan la aceptación de esta terapia por parte de las instancias de la medicina oficial. No obstante, se reconoce la existencia de una fuerte oposición tildada de “cientifistas” o “fundamentalistas de la ciencia”. Ese grupo no es visto realmente como un grupo representativo de la ciencia, sino que es visto como un reducto de “radicales”, estancado en el paradigma científico del momento e incapaz de abrirse a otras opciones y de reconocer los “vaivenes” a los que está sujeta la propia medicina convencional:

“No estoy de acuerdo en que la mayor parte de los médicos convencionales estén en contra de la homeopatía, en absoluto. Es que en absoluto, en absoluto. Pero de hecho, cada día más médicos convencionales practican la homeopatía, por lo cual no todos están en contra. Cada día hay más presencia de la homeopatía en facultades de medicina y en organismos como los colegios de médicos y la organización médica colegial. Si bien es

⁶⁹ La llamada “ley de la curación de Hering”, publicada en 1888, establece que la curación sigue un proceso de arriba hacia abajo, de adentro hacia afuera y en el orden inverso de su aparición (Hering, 1982).

verdad que hay un reducto tremendamente activo de científicos, que no son más que los fundamentalistas de la ciencia, aquellos que se hubieran podido haber quedado colgados de lo que a mí me enseñaron en la facultad de medicina. Cuando en cambio a los cuatro años lo que se hacía eran cosas totalmente opuestas, me refiero dentro de la medicina convencional que se corrige a sí misma sin el más mínimo pudor, y lo que hoy es bueno, es malo dentro de unos años y el criterio pasa a ser el opuesto. Como la anécdota famosa conocida del colesterol en nuestra época que el pescado azul era malísimo y todo eso. Y todo lo que era malo en aquella época, dentro de unos años pasa a ser bueno. Quiero decir que se ancla en el concepto, en el paradigma circunstancial, pues no puede admitir que haya otra posibilidad que todavía no está explicada” (M-1).

Al posicionamiento anterior se suma el de su compañero homeópata entrevistado. En un discurso análogo, se contraponen “los procedimientos” seguidos por la medicina convencional y la homeopática a lo largo de los dos últimos siglos. Se destaca que durante ese período la medicina oficial ha estado sometida a transformaciones drásticas y contradictorias, lo cual es visto como algo negativo. Por el contrario, apunta que la homeopatía se ha mantenido inalterable durante todo ese tiempo y ello es visto no sólo como algo positivo, sino también como un elemento que la dota de coherencia y solidez frente a la otra medicina:

“Hay que fijarse en lo siguiente: en doscientos años que hace que existe la homeopatía, los procedimientos de la medicina, es que no se como llamarla, alopática u oficial, más bien...convencional, han sufrido muchísimos cambios, pero cambios radicales hasta el punto de que procedimientos que se consideraban como el ‘no va más’ en determinado problema médico, después pasaron a considerarse como algo terrible y algo que había hecho mucho daño. Las consecuencias, los efectos secundarios de algunos procedimientos médicos han sido sonados en la historia de la medicina, pero es que aún hoy nosotros nos encontramos que cada diez años aproximadamente todo ha cambiado, los recursos terapéuticos que se utilizaban antes ahora se consideran negativos, ahora no parece bien en tales casos no dar esto sino todo lo contrario, es decir, permanentemente eso está cambiando. Hasta el punto de que si nosotros vemos el panorama de lo que es la medicina oficial hoy o lo que era, pues, hace cincuenta años,

y yo no voy a contar, o lo que era hace doscientos; pues son medicinas completamente distintas e incluso contradictorias entre si, ¿no? Pues en medio de ese maremagnum, la homeopatía se ha conservado perfectamente igual en su esencia como la probó Hahnemann. Se han ampliado el número de medicamentos, de recursos, se ha hecho un fortísimo análisis de la clínica de los medicamentos debido a la experiencia de tantos homeópatas; pero la homeopatía sigue siendo la misma doscientos años después, la gente se sigue adhiriendo a ella con un auténtico fervor, fervor que está justificado en los resultados. Nada más hay que tener en cuenta lo siguiente: los médicos homeópatas somos médicos alópatas que nos hemos hecho homeópatas, por así decir. Mi caso quizás sea un caso atípico porque quizás yo venía un poco... pero bueno mi padre era médico y se hizo homeópata con sesenta años, y así cantidad. Y sin embargo, el efecto contrario, es decir médicos homeópatas que se vuelvan alópatas, difícilmente se pueden encontrar en la historia de la medicina” (M-2).

Nuevamente parecen brotar en el discurso el juego de opuestos: el “cambio” frente a la “permanencia”, la “coherencia” frente a la “incoherencia”, lo “contradictorio” frente a lo “similar”. El discurso se cierra finalmente con un alegato de *conversión*, es decir que la *adhesión* a la homeopatía se produce con “*fervor*” o pasión, y los médicos homeópatas que, inicialmente eran alópatas, se han hecho (convertido en) homeópatas. Por tanto, la constatación del entusiasmo que despierta la homeopatía (evidenciada en sus resultados) explica esa devoción, y pone de manifiesto el hecho de que insólitamente se puedan encontrar casos de *reconversión*: médicos alópatas que se han hecho homeópatas y que más tarde se han vuelto alópatas.

3. La concepción divergente de la enfermedad: ¿desequilibrio dinámico o alteración bioquímica?

Según Morales (2004) el médico convencional o alópata considera, en términos generales, que la lesión 'es' la enfermedad⁷⁰, y buscará por todos los medios el conocimiento de dicha lesión. Contrariamente, el homeópata considera que la verdadera enfermedad⁷¹, "lo que hay que curar", no es la lesión ni la alteración bioquímica, sino "el desequilibrio dinámico que mantiene

⁷⁰ Según Ackernecht (1985) resulta complicado definir la enfermedad de manera global o uniforme, ya que ésta se origina en las bases de la sociedad misma. Las ideas sobre la enfermedad o el concepto de enfermedad surgen más allá de las manifestaciones biológicas, es decir cuando hay sanción social: "El segundo punto en el que insistí – nuevo entonces y que ya ha pasado a ser del acervo común- es el *aspecto social*. Así, la medicina primitiva aparece muy claramente más como una función de la cultura que como una función de la biología. Por ejemplo, la definición de enfermedad: la existencia de enfermedad no se decide por la presencia de un cambio biológico. Es cierto que siempre existe éste, pero sólo cuando la sociedad decide que este cambio biológico es enfermedad, entonces aparece la enfermedad. Se pueden dar también ejemplos entre nosotros. Por ejemplo, en mi trabajo sobre el paludismo hallé que en el Alto Mississipi la gente acostumbraba a decir: '¡Oh!, este hombre no está enfermo, sólo tiene paludismo'. Y también es el caso de ciertas regiones de África, donde se dice: 'Este hombre no está enfermo, sólo tiene frambesía'. Incluso entre nosotros mismos, el eczema infantil se consideró como normal hasta el siglo XVIII; como lo tenían todos los niños, no se consideraba enfermedad. Y hasta se racionalizó considerándolo como algo saludable: los malos humores se iban por el eczema. Así pues, enfermedad y medicina son funciones de la cultura. Evidentemente, sobre una base biológica, pero no basta con que uno tenga una infección o esté enfermo. Es necesario que la sociedad lo sancione como tal" (Ackernecht, 1985, pág. 17).

⁷¹ La salud y la enfermedad son construcciones sociales que los individuos dotan de significado en la interacción social. Desde el "construccionismo social se analiza la percepción subjetiva de aquellos aspectos ligados a la salud y a la enfermedad como una realidad en permanente transformación: "La respuesta de la gente a la enfermedad se fundamenta en definiciones sociales que, a veces tienen una justificación médica o científica, pero otras muchas veces no. Los enfermos de SIDA, por ejemplo, tienen que enfrentarse por lo general a un miedo, cuando no a una intolerancia, que no está justificada en el conocimiento médico. Existen otros muchos ejemplos en la vida cotidiana: se sabe, por ejemplo, que los estudiantes tienden a ignorar los síntomas de una enfermedad si se encuentran en vísperas de vacaciones, pero corren veloces a su centro de salud a reclamar un certificado médico si esos mismos síntomas aparecen en vísperas de un examen. La salud, en definitiva, no es un hecho objetivo sino un resultado negociado. La misma opinión de los profesionales médicos está muchas veces influida por factores que tienen poco que ver con la medicina" (Macionis, J.J.; Plummer, K, 1999, pág. 544).

a ambos” (Morales, 2004, pág. 76). Desde ese razonamiento, uno de los homeópatas entrevistados define la enfermedad de la siguiente manera:

“La enfermedad es un desequilibrio del organismo humano que afecta a todo el organismo. Un desequilibrio de nuestro organismo que es el sistema complejo orgánico relacionado con el exterior. De alguna forma esa relación empieza a funcionar mal. Dicho desde un punto de vista clásico homeopático, en lenguaje antiguo, lo primero que eso produce es un desarreglo precisamente en la propiedad que tiene el organismo de guardar ese equilibrio. Evidentemente, se tiene que desarreglar la propiedad de nuestro organismo de mantener el equilibrio, ya sea porque sufre una agresión morbosa superior ante la cual no puede reaccionar por la cuestión que sea. Entonces, por eso se dice en homeopatía clásica, pues que lo primero que surge es una desafinación del principio vital que quiere decir que es el sistema de regulación, la propiedad de que se autorregule el organismo se ve rebasada y se desregula, se desafina decía Hahnemann y surge la enfermedad” (M-1).

En la definición que se da en el extracto anterior de entrevista aparecen los términos *desequilibrio* y *principio vital*⁷². Se define la enfermedad como un desequilibrio del organismo humano, es decir *“una desafinación del principio vital”*. Parece como si la noción *principio vital* fuera una cuestión central para entender el concepto de salud y enfermedad desde la homeopatía:

“La homeopatía tiene la metáfora del principio vital que es similar a la metáfora del qi de la acupuntura y de la Medicina Tradicional China, pero no es más que un concepto. Me refiero que el tema del principio vital es un concepto, no es algo que podamos medir, tocar y tal, sino que es una propiedad del organismo. Una propiedad que, por cierto, hay un filósofo

⁷² Jacobs y Moskowitz (2000) señalan la importancia que para la homeopatía tiene el hecho de concebir la enfermedad como un proceso a través del cual todo organismo tiende a restablecerse: “Hahnemann identificó en la energía vital (la fuerza vital) la fuente última de la salud y de las enfermedades, que sólo se agotaba con la muerte del organismo. Sea cuál sea la forma en que deseemos llamarla, precisamos de algún tipo de fuerza vital para designar la integridad bioenergética de los seres vivos” (Jacobs y Moskowitz, 2000, pág. 93).

de la ciencia Bertalanffy⁷³, un filósofo de los años 30 que hizo un trabajo sobre la teoría general de los sistemas, entonces dice que el organismo humano es un sistema abierto, complejo, en relación o intercambio continuo con el exterior y que tiene una serie de propiedades absolutamente peculiares y una de las que describe es absolutamente asimilable al concepto de principio vital. Aquel que mantiene el orden, mantiene la salud, etc. en ese sentido. El principio vital es una propiedad del ser vivo, del humano y del no humano, una de las propiedades de ese sistema tan complejo que son los seres vivos” (M-1).

En el siguiente fragmento de entrevista su también colega homeópata profundiza en el concepto de *principio vital* en el sentido que Hahnemann lo enunció:

“El principio vital tiene mucha relación con una visión de la vida vitalista, de hecho el propio Hahnemann se sumó al vitalismo⁷⁴ de su forma

⁷³ “Hemos dicho que la corriente reduccionista del pensamiento biológico, que centra su atención en el nivel molecular de la enfermedad, es la que domina como paradigma vigente en las instituciones médicas. No obstante, otra corriente de pensamiento, surgida también de las filas de la biología, se orienta en un sentido opuesto y trasciende, además, sus fronteras disciplinares. Se trata de la corriente sistémica, que ha sido denominada por su autor, Ludwig von Bertalanffy, ‘Teoría General de Sistemas’. El autor explica que los organismos vivos son un todo que influye en cada una de sus partes y es influido por éstas. A diferencia de la microbiología, que sólo se centra en la última fase de un proceso de enfermedad (la alteración química en el nivel molecular), la teoría de sistemas considera el conjunto del organismo como más importante que una parte tomada aisladamente. Estudia y observa totalidades y por eso incorpora todas las fases de la enfermedad. Esto tiene mucho significado tanto para la concepción de la medicina como para su práctica, puesto que representa una transformación paradigmática respecto a lo que se entiende por salud y enfermedad; este cambio responde a una corriente sociológica opuesta al sistema sanitario vigente. Observar el organismo como un proceso en movimiento de adaptación y readaptación constante es muy diferente a considerarlo como una máquina compuesta de partes distinguibles sobre las que operar en casos de disfunción” (Vicens, 1995, pág. 124).

⁷⁴ “Vitalism is virtually taboo in modern scientific discourse, associated with metaphysical and prescientific ideas. It is hard to understand why this should be so: at a minimum it simply refers to the innate tendency of living organisms to self-heal and restore a dynamic equilibrium, a property almost so self-evident as to escape notice. Although there is abundant knowledge of the specific mechanisms involved: inflammation, immunity, homeostasis, etc., there is little modern research or theory on the broader patterns, the circumstances under which these mechanisms fail, and how

particular para explicar los fenómenos que estaba observando que parecían manifestarse desde una posición no material, no perceptible, pero si conceptualizable. Y al referente ontológico inmediato de la vida lo llamó dynamis⁷⁵, pero dynamis, claro, no es una cosa, no es una especie de humo que vive dentro del cuerpo ni nada por el estilo. Es la conceptualización del equilibrio, del equilibrio de la vida. Bueno, a esa realidad que hace que todas las energías y las distintas materias que componen un cuerpo vivo parezcan sustraerse a las leyes de la física y de la química para remitirse a las leyes de la biología, es decir a la ley de la vida, pues a todo ese conjunto, a esa realidad se le asigna un concepto que es el concepto de dynamis o fuerza unificadora, y todo eso se le atribuye a un principio. Y un principio no es algo real, por lo menos no es real en el mundo extenso en el que nos desenvolvemos, sino que puede ser real como una realidad conceptual, de hecho el propio Hahnemann lo define así, como algo conceptual y no sensible, bueno, en un sentido, por así decir, ontológico. La homeopatía te enseña que por detrás de los fenómenos existe algo que no podemos percibir, pero que podemos conceptualizar. La dynamis es un principio, no una realidad física, y también lo que subyace a la enfermedad, ese desequilibrio radical o esencial de la naturaleza tampoco son cosas palpables y todo eso te hace ver el mundo de una manera diferente. Por así decir, más esencial” (M-2).

they may be stimulated. Homeopathy is based on the idea of stimulating, facilitating or directing the body's own self-healing processes, repair and maintenance mechanisms by giving medicines which simulate what has gone wrong, 'virtual diseases'. These ideas are difficult even to think about in a general or synthetic way, given the limitations of current concepts. It is for these reason that developments in homeopathy are now driving a fascinating revival of thinking in the area” (Fisher, 2002, pág. 61).

⁷⁵ “El organismo material desarrolla todos los fenómenos propios de la vida gracias a un principio inmaterial, intrínseco a él, que lo anima, coordina sus actividades y hace posible la existencia de las sensaciones y las funciones propias del ser vivo. Este principio inmaterial, llamado dynamis, no es una cosa, no es una parte del organismo ni tampoco algo sutil que vive en su interior. La dynamis y el organismo al que anima son una sola y la misma cosa. La dynamis es pues un referente conceptual, el conocimiento que tenemos del orden y el equilibrio que hacen posible y mantienen la vida. Si proponemos a la dynamis como principio del complejo y sorprendente fenómeno llamado vida, consideraremos las manifestaciones vitales como expresión sensible de la dynamis, siendo la armonía relativa de dichas manifestaciones, la salud. Por el contrario, cuando, el principio vital fracasa en su cometido de mantener sensaciones y funciones en su admirable y perfecta correspondencia, sobreviene la enfermedad” (Morales, 2004, págs. 72-73).

La *dynamis* o *principio vital* hace referencia a la fuerza unificadora que mantiene el equilibrio de la vida. La *dynamis* como una realidad no sensible que permite que los elementos materiales e inmateriales que componen los organismos vivos se puedan explicar a través de la biología. En ese sentido, parece como si la enfermedad definida como el “*desequilibrio radical o esencial de la naturaleza*” representara, en consecuencia, el desequilibrio de la *dynamis* o *principio vital*. Finalmente, este homeópata señala que tiene una visión del mundo diferente, parece como si al entrar en contacto con la doctrina homeopática y por todos los conocimientos que ha expuesto, su perspectiva se hubiera transformado en un enfoque “*más esencial*”. Probablemente se esté refiriendo a una visión más vitalista de la vida o de la existencia, en el sentido de menos materialista.

De otro lado, desde la medicina convencional se define la enfermedad⁷⁶ de una manera radicalmente diferente. En el fragmento de entrevista que viene a continuación se muestra claramente la diferencia de enfoques:

“Para mí la enfermedad es un desequilibrio entre el medio externo e interno. Cuando digo medio externo, medio interno, me refiero a lo físico del paciente, pero también lleva consigo a lo psicológico del paciente y a su relación con el entorno. En definitiva que es un todo”⁷⁷, no es

⁷⁶ “La medicina despersionaliza la enfermedad; para actuar mejor sobre ella (y a menudo con eficacia) la hace anónima, indiferente al hombre al que afecta. Esta concepción lleva al enfermo a entregarse de forma pasiva en manos del médico y a esperar a que el tratamiento recibido haga su efecto. Su patología es diferente a él; su esfuerzo por sanar y su colaboración activa no se consideran esenciales; se le pide, justamente, ser paciente, es decir, pasivo y dócil, confiar en el mecánico que le trata y no ser un hombre activo en la comprensión de su patología y el proceso de la curación. Tal es el obstáculo de una medicina que no es la del sujeto, que recurre a un saber del cuerpo donde el hombre concreto está ausente” (David Le Breton, 1994, pág. 201).

⁷⁷ “Íntimamente ligada a esta concepción de la salud y de la enfermedad está la idea de *totalidad* que van destacando varios autores y a la que ya aludí implícitamente al hacer alusión a las relaciones entre las ideas en torno a la salud y a la enfermedad y

solamente estar enfermo un desequilibrio a nivel celular, a nivel orgánico o a nivel de funcionalidad, aparato o sistema, sino que además incluye la relación del paciente con su entorno. Eso es la enfermedad. Ahora, si lo llevamos a los últimos, últimos, últimos conceptos de lo que sería el pragmatismo del ejercicio profesional de la medicina, es decir, al nivel electroquímico interno. Nosotros tenemos que pensar que enfermamos a nivel celular ya que la célula sería el elemento, aunque sea divisible, ya que la célula está formada por una membrana externa, por un núcleo y por un cito... por todo lo que sería el sistema citoplasmático, pero pensemos que es una unidad, dentro de que es divisible, pero pensemos que es una unidad. Si se produce un desequilibrio a nivel celular la enfermedad degenerará en lo que después podemos conocer como una hepatitis, o una neumonía o una bronconeumonía o una alteración de... cualquier tipo de patología para no extendernos en conceptos, en nombres. Pero, ¿qué pasa? Ese desequilibrio que se produce a nivel celular es de un intercambio entre el medio externo y el medio interno celular, es decir, es absolutamente un desequilibrio en el medio en el que se encuentra lo externo e interno de la célula, es decir, cuando existe un intercambio iónico entre la membrana celular se produce automáticamente la alteración celular, o se lleva el líquido o la invaden los microorganismos o no los puede sacar de ahí, es decir, es un concepto completamente estructurado, es un deterioro a nivel de elementos, podríamos decir elementales que su deterioro paulatino degenera en las patologías de mayor o menor importancia que se pueden presentar en el cuerpo. Ese sería desde un punto de vista estrictamente pragmático científico de un médico, es absolutamente a nivel electroquímico. Pero, ¿por qué se produce? Bueno, es ahí donde la medicina trabaja, ¿por qué llega a eso?, ¿cuál es de tipo genético?, ¿cuál es de tipo ambiental?, ¿cuál es de tipo sociolaboral?, ¿cuál es de tipo hereditario?, ¿cuánto de tipo viene añadido a la situación del medio ambiente? Eso es lo que después se va a estudiar, pero lógicamente a la base única, única, única, electroquímico. Eso es así” (M-4).

las que configuran la imagen de *persona*. Y es que, en efecto, se puede decir de la enfermedad lo que Pierret constató con respecto a la salud: ‘*Hablar de la salud es hablar de la vida*’, o sea, del conjunto de las prácticas corporales y sociales. La higiene, la alimentación, la sexualidad, el ocio, el deporte, el hábitat, el trabajo, la educación, la salud y la enfermedad, las representaciones en torno al cuerpo, la vida y la muerte, la concepción de la persona y las relaciones con los demás, etc., constituyen una *totalidad* que resulta difícil deslindar las unas y las otras” (Devillard, 1990, pág. 87).

En el discurso anterior se pone de manifiesto el énfasis en un planteamiento “*estrictamente pragmático científico*”, en ese sentido se destaca que la célula es lo primero que enferma. La medicina oficial entiende que en el origen de la enfermedad también hay un desequilibrio, sólo que ese desequilibrio se produce a nivel celular.

En sintonía con la definición anterior de enfermedad⁷⁸ suministrada por el facultativo convencional, su también colega ortodoxo enuncia el concepto de enfermedad como sigue:

“La enfermedad yo la definiría como una alteración del normal funcionamiento del organismo humano y cualquier alteración del normal funcionamiento, para mí, ya sería una enfermedad. Entonces, pues bueno, tratar la enfermedad intentando normalizar nuevamente el funcionamiento del cuerpo humano. Un desequilibrio del normal funcionamiento, bien intrínseco, o sea propio del organismo, porque bueno, el organismo, como todas las cosas, se va agotando, aparecen alteraciones; o bien de forma extrínseca por agentes externos, patologías infecciosas, tóxicos, mala alimentación, excesos, en fin de todo tipo de... La célula es la primera que enferma. La primera que enferma. Y ya, una vez que se van afectando a la célula grupos celulares, pues van afectando todo lo que es, a lo mejor, un alvéolo, va afectando determinadas zonas, entonces ya altera lo que es el normal funcionamiento del cuerpo humano. Entonces, ya ahí empieza la enfermedad” (M-3).

⁷⁸ Según Durán (1983) tanto la salud como la enfermedad se registran en dos secuencias de tiempo distintas: “La salud y la enfermedad se producen en dos planos temporales diferentes: la salud es un estado general, difuso en el tiempo, en tanto que la enfermedad o, mejor dicho, las enfermedades poseen una clara concreción temporal. De hecho, la población se piensa a sí misma, en relación a su salud, como en un estado o cualidad referido a períodos dilatados de tiempo, haciendo abstracción o promedio de los episodios mórbidos específicos” (Durán, 1983, pág. 35).

La enfermedad es definida desde el punto de vista de un médico convencional como el desequilibrio del funcionamiento del organismo humano, ya sea por causas externas o internas, es decir que cualquier alteración del funcionamiento del organismo humano implicaría la existencia de enfermedad. La referencia a la célula aparece también en este fragmento de discurso, sólo que al final del mismo y secundariamente, no como en el anterior extracto donde todo gira en torno a la relación entre la enfermedad y el desequilibrio celular.

La alusión a las causas externas e internas de la enfermedad también queda reflejada en el discurso homeopático, sólo que en esta ocasión se expresa con los vocablos “*subjetiva*” y “*objetiva*”, probablemente asimilando las causas externas a causas objetivas y las internas a subjetivas:

“A veces es una cosa subjetiva y a veces objetiva. Alguien que enferma porque le dan un martillazo en la cabeza. Eso es objetivísimo. Es verdad. Porque tiene un accidente. No quiero, no me refiero al hecho mismo del accidente, sino que después queda una enfermedad, que a veces es crónica ¿no? Otros enferman por un exceso de su propia imaginación y determinan enfermedades reales ¿no? Otros se enferman por microbios, por microorganismos que entran en su economía y la trastornan. En fin que... Otras enfermedades están determinadas genéticamente y que son, por así decir, como un mecanismo de relojería que en un momento dado de la vida salta. O no ¿no?, pero que en muchos casos sí lo hace” (M-2).

Es significativo destacar que en la conceptualización de la enfermedad que exponen los clínicos homeópatas no aparece referencia alguna al desequilibrio celular. Por el contrario, lo que se destaca es el desequilibrio de la capacidad de autorregulación del organismo y, como consecuencia, el desequilibrio de la *dynamis*:

“El proceso de enfermedad es tremendamente complejo e intervienen un montón de factores, una gran cantidad de parámetros y unas veces en un orden y otras veces en otro. Porque también se puede enfermar a partir de que uno reciba un traumatismo y no me refiero sólo a eso por la rotura de un hueso, sino que de ahí vayan surgiendo más y más complicaciones. En cuanto a ese caso lo primero ha sido la agresión externa. Ahí no hay ningún desequilibrio previo, que es el que desequilibra después la dynamis y se complica el tema. Cuando hay un cáncer por ejemplo, el organismo se desequilibra de tal forma que en un momento dado produce un cáncer o por ejemplo, a partir de una fractura complicada puede cronificarse y afectarse todo el organismo, ¿por qué? Pues digamos se ha desequilibrado la capacidad de autorregulación. En un caso puede ser debido a una cosa tan material como un trauma externo o en otro caso puede ser debido a temas más sutiles. Evidentemente todo influye en el hombre, incluso un cambio emocional refleja cambios químicos en nuestro organismo. Todo influye, lo que no creo que necesariamente ese proceso tenga que seguir un orden determinado, por supuesto que todo pasa porque se desarregla la capacidad del organismo de regulación, de mantener el equilibrio y esa afectación al continuar en el tiempo da lugar al desarrollo de la enfermedad crónica, al deterioro progresivo del organismo en el sentido que sea, según una gran cantidad de circunstancias que tiene cada organismo. Entonces una circunstancia determinada da una afectación determinada y harán surgir un cáncer, y en otra, harán surgir una artritis reumatoide, dependiendo ya de la forma de desequilibrarse ese organismo” (M-1).

Las causas externas e internas quedan recogidas en este fragmento de discurso. En unos casos el origen externo de la enfermedad puede estar relacionado con un golpe: *“una cosa tan material”*, mientras que en otros casos el origen puede venir determinado por cuestiones más internas: *“temas más sutiles”*.

En el siguiente extracto el doctor homeópata explica en líneas generales la diferencia fundamental entre la concepción alopática de enfermedad y la concepción homeopática:

“En donde difieren sobre todo es en el acento, por así decirlo. La medicina alopática considera que la enfermedad consiste en la lesión o en la alteración bioquímica, básicamente, en términos generales; mientras que la homeopatía considera que la enfermedad consiste en el desequilibrio dinámico que está en el origen de todo lo demás, incluido la lesión y la alteración bioquímica. Para la medicina alopática la enfermedad consiste en la lesión o en la alteración bioquímica y todo lo que le rodea y, además, también dicho en términos muy generales. Mientras que para la homeopatía la lesión o la alteración bioquímica son las consecuencias de un desequilibrio dinámico que subyace y precisamente eso es lo que hace que los dos tratamientos sean completamente distintos: uno está orientado a eliminar la lesión, a controlar la lesión o modificar la alteración bioquímica para que se parezca a la normal, y el otro está..., lo que pretende es equilibrar el sistema para que la enfermedad no tenga lugar, no necesite producirse. En ese sentido, la homeopatía va a lo que la homeopatía entiende que es la causa de la enfermedad y la alopátia va..., la alopátia también pretende ir a la causa” (M-2).

Según lo expresado arriba el punto de partida, el origen de la enfermedad, según la homeopatía, sería *“el desequilibrio dinámico”* y, en ese sentido, la lesión o alteración bioquímica formaría parte del mismo, es decir, sería una manifestación más del proceso de enfermedad. Por el contrario, la medicina convencional o alopátia entendería la enfermedad como una *“alteración bioquímica”*. Ambas perspectivas actuarían en su praxis según los principios que las sostienen y, por consiguiente, los procedimientos para eliminar la enfermedad obviamente han de ser distintos. En ese sentido, parece como si el único punto de coincidencia entre ambas concepciones médicas fuera el grado de coherencia de cada una de ellas a la hora de aplicar los tratamientos. El método alopático estaría enfocado hacia la supresión o control de la lesión y el método homeopático iría dirigido a equilibrar la *dynamis*.

A su vez, en el extracto de entrevista que figura a continuación se pone de manifiesto respecto a la capacidad de enfermar que tienen las personas la coincidencia entre la escuela homeopática y la escuela alopática:

“¿Por qué enferma uno? Bueno, ¿tiene el hombre algo que lo haga enfermar? Sí, claro, efectivamente. Como toda vida tiene la capacidad de desequilibrarse. Ese equilibrio vital tiene la posibilidad de perderse. Y son las mil y una situaciones del entorno o del ‘intorno’, es decir las cosas que ocurren fuera o las que ocurren dentro las que pueden dar al traste con ese equilibrio y se puede producir la enfermedad. Por eso, no se puede establecer una causa única de enfermedad. Pero, si ya nos ponemos a filosofar sobre la posibilidad de estar enfermo, ¿hay algo en el hombre que haga que sea susceptible de enfermar? Pues, sí que lo hay, ¿qué es?: la vida. Si no estuviera vivo no podría enfermar. Yo no creo que podamos ir mucho más allá en ese terreno, sobre todo si hablamos de medicina, ahora si filosofamos ya es otra cosa” (M-2).

En efecto, todos los clínicos entrevistados, tanto homeópatas como alópatas, coinciden en señalar que la enfermedad no responde a una sola causa, sino que por el contrario, el origen de la enfermedad puede obedecer a múltiples causas y, dichas causas están relacionadas con las circunstancias externas e internas del individuo. No obstante, resulta obvio que solamente los seres vivos tienen la capacidad de enfermar, por tanto según se desprende del discurso y en un sentido filosófico es la propia vida la que provoca la enfermedad. De este modo, la enfermedad no sólo entraría dentro del terreno de la medicina, sino que también entraría dentro del terreno de la especulación filosófica en tanto en cuanto tiene que ver con la vida: *“ese equilibrio vital tiene la posibilidad de perderse”*.

3.1. ¿Una mirada diferente hacia el cuerpo humano?

Los médicos homeópatas sostienen que la visión que tiene la medicina oficial sobre el organismo y el cuerpo humano es una visión parcial y sectorizada. En ese sentido, se trataría de un enfoque mecanicista en el que el cuerpo se concibe como una máquina:

“Un médico convencional tiene una formación de tipo mecanicista, diría que es la máquina que se estropea. Lo que pasa que un internista bueno convencional es consciente de que la máquina es tan tremendamente compleja que no basta sólo con el tema de arreglar las partes, con lo cual ya está manteniendo implícito como le pasaba a Marañón unos conceptos similares a los nuestros. Tú te puedes acercar a ver una cosa desde lejos o globalmente, con lo cual hablaríamos del principio vital o te puedes acercar a verla con una lupa, con lo cual hablaríamos de la lesión del tejido. Digamos que la tendencia de la medicina convencional es a usar siempre la lupa, o sea tú te vas al especialista y es que ni te pregunta como no sea un tío muy bueno por nada más que de tus problemas de salud. En ese sentido, la homeopatía es absolutamente diferente. Ahora, yo pienso que esa es una mala medicina convencional. Bueno, pero que la medicina convencional puede ser buena. Además, es muy buena en muchas cosas y en otras no, como le pasa a la homeopatía. Yo no las contrapongo, pienso que las dos tienen virtudes y defectos” (M-1).

En el discurso anterior se hace una analogía entre el organismo o el cuerpo humano y las máquinas. Esta visión conduce a un enfoque analítico de la enfermedad. En ese sentido, se observan dos enfoques diferentes de la realidad de la enfermedad: la visión global que de la enfermedad contempla la homeopatía, la cual implicaría el desequilibrio del “*principio vital*” y la visión parcial que supondría la observación de una parte o de un órgano a través de una lupa, lo cual implicaría “*la lesión del tejido*”. Parece poner el énfasis en la “mirada” de los especialistas que es donde esto se muestra con mayor claridad.

En esa práctica de los especialistas que no se detienen a preguntar al paciente por otras cuestiones que no sean las concernientes exclusivamente a su salud, es donde la medicina oficial es definida como “*una mala medicina convencional*”. Finalmente, surge el reconocimiento hacia la medicina oficial y acaba haciendo un paralelismo entre ambas medicinas, no se trata de confrontarlas, sino de reconocer que “*las dos tienen virtudes y defectos*”.

Frente a la postura anterior en la que el clínico homeópata manifiesta que la medicina convencional contempla el organismo humano como una máquina, surge el discurso médico oficial en el sentido siguiente:

“No somos máquinas perfectas. No somos. La medicina convencional, vamos, yo por lo menos, veo el organismo como un todo. No es una máquina es como parecido a una máquina que tiene su normal funcionamiento, sus revoluciones, sus neumáticos, sus ejes, pero bueno que... Es una máquina pero que yo no lo veo como una máquina. O sea, es una máquina, pero no es una máquina. Es una máquina, pero no lo es. O sea, funciona con un mecanismo como si fuese una máquina sin ser una máquina. El organismo funciona de una forma que se puede asimilar a las máquinas, por ejemplo, el corazón, el motor de un coche sin ser el motor de un coche. El corazón puede tener oscilaciones de su funcionamiento, depende de los impulsos, de las incidencias, depende de... o sea no es una máquina, se asemeja a una máquina pero no es una máquina, es un organismo vivo. No son sustancias inertes, o sea, tienen una fisiología, tienen un funcionamiento, son influenciables por varios estímulos, no va siempre igual. La máquina va siempre igual. Se puede proyectar a una máquina para que corra más o corra menos. Tú no, tú corres y si hace falta que el corazón pues el corazón sólo se pone más ligero no que le pises tú el acelerador, sino que el propio organismo se va condicionando a todas las necesidades. Por eso, no es una máquina aunque pueda parecer que sea una máquina, pero no es una máquina. No sé si ha quedado un poco clara la... Las personas que no han estudiado medicina o que son... pues bueno, la mentalidad que tienen es que el cuerpo es una máquina, pero desde el punto de vista profesional no, porque no es una máquina, no es una máquina. Una máquina, tú la puedes programar, tú la puedes... y el organismo no. El organismo se va acomodando depende de las situaciones que haya en

cada momento. Que puede ser parecido a como funciona una máquina, pues sí, va todo relacionado, pero no es una máquina” (M-3).

Por una parte, se señala que el organismo es como un todo y, por otra, se subraya que no es una máquina, sin embargo se hace un paralelismo entre el cuerpo humano y las máquinas. Se establece una semejanza entre una “máquina” con “sus revoluciones”, “sus neumáticos”, “sus ejes” y el organismo humano: “O sea, funciona con un mecanismo como si fuese una máquina sin ser una máquina”. Parece recalcar continuamente que el organismo no es una máquina, puesto que no se compone de sustancias inertes como las máquinas. Sin embargo, las alusiones y comparaciones entre algunos componentes de las máquinas como el motor de un coche y algunos órganos del cuerpo humano como el corazón son evidentes.

Por su parte, el otro clínico homeópata entrevistado expresa que la medicina oficial mantiene “un punto de vista mecanicista”, aunque al mismo tiempo sustenta que esa postura es un tanto taxativa, ya que numerosos médicos oficiales a la hora de “explicar los hechos observados” reconocen “que hay algo más”:

“Es que no estoy tan seguro de eso. No lo sé. Eso es muy restrictivo. Es posible ¿no? Hay un punto de vista mecanicista en el sentido de que todo trata de explicarse por los mecanismos fisiopatológicos y los mecanismos fisiopatológicos son un hecho, es decir que muchos, muchísimos están comprobados y son explicaciones ciertas de los síntomas de las enfermedades ¿no? y de los desarrollos lesionales, etcétera, etcétera, de las enfermedades. Por lo tanto ahí estamos todos de acuerdo. La cuestión es que la homeopatía estima, tratando de explicar los hechos observados, que hay algo más. Y de hecho hay muchísimos médicos alópatas que también admiten eso ¿verdad? Que no es sólo lo que explica la fisiopatología o la anatomía patológica, que hay algo más. Ni más ni menos. Lo que pasa es que nosotros ese algo más lo incorporamos al método. Bueno, al revés, es el método el que incorpora ese algo más. Está ahí presente en el acto médico” (M-2).

Parece como si del discurso anterior se desprendiera que “ese algo más” que existe en el proceso de la enfermedad, que no alcanza a explicar la medicina convencional, hiciera referencia al *principio vital*. Consecuentemente, el concepto de enfermedad y la explicación del origen de la misma difieren en ambos enfoques. El método homeopático incorpora el *principio vital*, el cual queda manifiesto en la praxis.

En un sentido diferente, el otro facultativo convencional entrevistado considera que el cuerpo *no es una máquina*:

“Es un error considerar que el cuerpo es una máquina. Desde un punto de vista estricto sí podríamos decir que el cuerpo es una máquina muy bien diseñada y además muy frágil, ciertamente sí. Pero la medicina ortodoxa no puede ver al cuerpo como una máquina, eso sería absurdo, entonces todo lo que hemos hablado aquí no tendría fundamento ninguno. Cuando hemos partido de que el ser humano lo constituye un ente a nivel intelectual que mantiene una estructura física y que existe una cohesión íntima entre ambos sistemas, pero una máquina no. Ahora, si me lo limita a la función que hace el corazón, los pulmones, por separado, como de hecho se estudia la medicina para poder tener la mayor visión sectorizando el mayor conocimiento porque es básico. Es decir, el hombre para poder tener conocimiento de las cosas ha tenido que sectorizar porque tener conocimiento de todo y en profundidad es imposible o prácticamente raya en lo divino ¿no? Entonces, ¿qué hacemos? Sectorizamos, dividimos, subdividimos, de hecho a nivel molecular, a nivel atómico, como hemos hablado, a nivel genético hemos dividido para llegar a la génesis de lo que se puede producir un deterioro en la disyuntiva de la patología. No. Una máquina no, nosotros no somos una máquina. Ahora que desde un punto de vista convencional para poder tener una visión de las cosas, del mecanismo motor de las fracturas que produce la apófisis tiroideas del cúbito y del radio que produce una inmovilidad del calco, pues lógicamente tenemos que estudiarlo como una alteración, como una fractura articular que requiere un tipo de terapéutica como una inmovilización específica, pero eso no quita que nosotros veamos que esto es una mano que va sola por el mundo y esto una cabeza que va sola por el mundo. No creo que entre en nuestra mentalidad” (M-4).

En el discurso anterior encontramos una aseveración inicial en la que se afirma que el cuerpo humano no es una máquina. No obstante, esta afirmación preliminar es negada a continuación, señalándose lo contrario. Después vuelve a la aserción inaugural manifestando que para la medicina convencional sostener que el cuerpo es una máquina no sería lógico ni racional, ya que para este clínico existe una conexión esencial entre el *“nivel intelectual”* y la *“estructura física”* en el ser humano. Sin embargo, reconoce que la medicina ortodoxa para obtener *“la mayor visión”* del cuerpo estudia por separado los distintos órganos para así obtener una mayor comprensión del conjunto. Admite que para el hombre no es posible alcanzar conocimiento profundo de las cosas si no es analizándolas separadamente, ya que lo contrario, es decir *“tener conocimiento de todo y en profundidad”* está reservado a seres sobrenaturales. Como los hombres no son dioses se ven obligados a sectorizar el conocimiento y eso es lo que hace la medicina: dividir para conocer. Finalmente, recalca que los seres humanos no son máquinas y, que la medicina oficial *“para poder tener una visión de las cosas”* trabaja o actúa sobre la patología concreta, es decir sectoriza, y ello lo ilustra con el ejemplo concreto de una fractura. En este discurso hay dos planos que se solapan permanentemente, por un lado el énfasis que se hace en el hecho de que el cuerpo humano no es una máquina y, por otro lado, el hincapié que se hace en que no hay otra forma de conocerlo si no es dividiéndolo en partes. Parece como si quisiera expresar que el hecho de que la medicina convencional estudie las distintas partes del cuerpo por separado, no indicara que dicha medicina contemple el cuerpo como una máquina, sino que se trata de una forma de acercarse al conocimiento del mismo. Por tanto, y en ese sentido, se trataría de un enfoque del ser humano, del cuerpo y de la enfermedad diferente al enfoque de la homeopatía que estudia el conjunto y no las distintas partes por separado.

Tanto la medicina convencional como la homeopatía mantienen la misma concepción sobre el cuerpo humano en cuanto a la anatomía y a la fisiología o a un conjunto de reacciones físico-químicas se refiere. No obstante, para la homeopatía el cuerpo o el organismo humano conserva la propiedad del *principio vital*. Según Le Breton (1994), para la biomedicina el cuerpo no es más que un conjunto de órganos casi separado de la persona que lo porta, desprovisto de cualquier dimensión que no sea la puramente material⁷⁹. A su vez, para la homeopatía el organismo y en consecuencia el cuerpo humano viven en un proceso de constante crecimiento, en el que las fases cíclicas se suceden continuamente, mientras que las máquinas siguen un proceso lineal. Al mismo tiempo, las máquinas son diseñadas y están sometidas a una programación externa para que entren en funcionamiento.

Para Vicens (1995) el enfoque mecánico-reduccionista del cuerpo humano que tiene su punto de partida en el filósofo, matemático y también médico Descartes, excluye la influencia de la psique por las dificultades que representa la medición de la misma. El cuerpo humano es visto como una máquina susceptible de ser analizado en sus distintas piezas como si de un reloj se tratara. En este sentido, el cuerpo como una máquina y la enfermedad como un desequilibrio molecular son los puntales en los que se basa el modelo biomédico. No obstante, la visión dualista cuerpo-mente que ha mantenido el

⁷⁹ “El saber biomédico es un saber sobre el organismo, que hace del hombre un doble sin valor. La base epistemológica de la medicina descansa sobre un estudio riguroso del cuerpo, pero separándolo del hombre, a menudo percibido como un intruso con el que el médico debe componer (el ritual de la visita médica al hospital es una ilustración penosa y caricaturesca). Ello hace del hombre el propietario, más o menos feliz, de un cuerpo que persigue sus biológicas propias. La enfermedad no es percibida ni tratada como el efecto de la aventura personal de un hombre inscrito en una sociedad y en un tiempo dado, sino como el defecto anónimo de una función o de un órgano (Le Breton, 1994, pág. 200).

paradigma mecánico-reduccionista está empezando a ser superado y, la influencia de las emociones y de los procesos psíquicos en el desencadenamiento de las enfermedades comienza a reconocerse por parte de la medicina convencional⁸⁰.

4. La salud: *el silencio de los órganos.*

A lo largo de las entrevistas mantenidas tanto los médicos homeópatas como los alópatas han centrado sus discursos en reflexionar principalmente en torno a la enfermedad. Evidentemente, las cavilaciones acerca de la salud no han faltado, no hay que olvidar que existe una interrelación obvia entre las partes que componen el binomio salud-enfermedad. Parece lógico que el debate sobre la enfermedad ocupe más espacio, ya que como señala uno de los homeópatas: *“la enfermedad es, por así decir, la materia con la que trabaja el médico”*. No obstante, la salud es definida por uno de los facultativos convencionales de la manera siguiente:

“El estado del bienestar, el estado del bienestar, tanto físico como psíquico. Eso es como yo definiría la salud, cuando una persona se encuentra perfectamente. Tanto psicológicamente como físicamente, no hay ningún síntoma orgánico y la persona puede desarrollar su actividad”

⁸⁰ “En este siglo se ha llevado muy lejos la separación entre cuerpo y mente y ha llegado a dividir a la misma profesión médica. Por un lado, los profesionales, dedicados a los aspectos fisiológicos, los llamados médicos, y, por otro lado, los dedicados a los aspectos emocionales, psíquicos o mentales, los psiquiatras. Ambos grupos están adheridos al paradigma mecánico-reduccionista del organismo humano, esto es, la reducción de todos los factores que influyen en la salud o enfermedad al nivel molecular solamente; incluso la psiquiatría ha querido superar su ‘complejo de inferioridad’ mostrándose más virulentamente partidaria del tratamiento químico y de la investigación de las causas moleculares o insuficiencias enzimáticas de las enfermedades mentales. Tanto el psicoanálisis freudiano como posteriormente una amplia gama de psicólogos humanistas (análisis junguiano, gestalt, etc.) han frenado los excesos del paradigma bioquímico para la comprensión y terapia de disfunciones a nivel psicológico” (Vicens, 1995, págs. 95-96).

normal y corriente. El normal funcionamiento del organismo humano. El normal funcionamiento donde no se presenta ninguna anomalía. Ni anímica, ni orgánica, ni de ningún tipo, la persona se encuentra estupendamente, está perfectamente, no hay ningún síntoma, desarrolla su actividad correctamente, hace deporte, no se cansa, duerme bien, se levanta con ganas de trabajar, el estado de bienestar, en conjunto”(M-3).

El extracto de entrevista anterior se cierra con una definición muy genérica sobre la salud⁸¹: “*el estado de bienestar, en conjunto*”. Las coincidencias entre la noción de salud expresada por un clínico convencional y la expuesta a continuación por un clínico homeópata son evidentes:

“La ausencia de síntoma, la ausencia de molestias, de sufrimiento, el estado de bienestar como dice la OMS; pues todo eso, yo creo que ahí no puede haber muchas diferencias. Ahora ya, ahondando en el concepto y tratando de definirlo de una manera que haga accesible al método particular, pues ahí es donde puede haber, a lo mejor, alguna diferencia. Yo creo que hay más diferencias en la idea de lo que, de aquello en lo que la enfermedad consiste que no aquello en lo que consiste la salud. De hecho la enfermedad es, por así decir, la materia con la que trabaja el médico ¿no? y cada escuela tiene su propio punto de vista. Pero hay que decir también que ese punto de vista, posiblemente en la escuela alopática tampoco, pero seguro en la escuela homeopática no es el punto de partida, sino que es todo lo contrario: una explicación de los hechos. Cuando decimos: hay una dynamis, hay un estado de salud que está, por así decir, regentado y controlado por un principio no material, no perceptible pero que nosotros definimos como hipótesis metafísica u ontológica, no estamos diciendo: partimos de esto para desarrollar la homeopatía, sino es todo lo contrario: una vez que la homeopatía está desarrollada, explicamos lo que estamos viendo con eso; pero que si queremos, si no queremos explicarlo pues no pasa nada” (M-2).

⁸¹ El concepto de salud fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”.

En el discurso anterior se destaca no tanto las diferencias existentes en el concepto de salud entre la escuela homeopática y la escuela alopática, sino las divergencias en la noción de enfermedad. Se pone el acento en la *dynamis* no como “*el punto de partida*” para explicar tanto la salud como la enfermedad, sino como “*una explicación de los hechos*” que acompañan a la enfermedad. En consecuencia, parece desprenderse de la manifestación anterior que la principal diferencia entre ambas escuelas estaría relacionada con la *dynamis* como principio inmaterial que regenta la salud, el cual no está necesariamente vinculado al método homeopático. En ese sentido, la salud desde el punto de vista de la medicina homeopática se entiende como “*el equilibrio de la dynamis*”:

“La definición de la salud es un asunto muy difícil porque es muy amplia ¿no? Desde el punto de vista homeopático la salud es el equilibrio de la dynamis, evidentemente ¿no? Si el principio vital es capaz de gobernar al organismo vivo plenamente, pues su resultado es la salud. Esto es una teorización, evidentemente, como cualquier cosa que se diga sobre la salud. El silencio de los órganos es una preciosidad ¿no?, pero no deja de ser eso una preciosidad desde el punto de vista literario. Es una definición que se ha dado de la salud, que es muy brillante. Los órganos no dicen nada, no expresan nada, no manifiestan nada y uno vive, por así decir, despreocupado del proceso vital ¿no?, que se gestiona automáticamente o esa es la idea, básicamente. Lo que pasa es que hay que completar el concepto. Pero sí, básicamente es eso, el sistema de homeostasis funciona tan bien que uno no es consciente de ello y puede, y tiene libertad para desarrollar la vida en los aspectos que conciernen al entendimiento y a la voluntad, mientras que todos los mecanismos fisiológicos tienen asegurado su funcionamiento gracias a ese equilibrio. Eso sería la salud, claro, evidentemente. Hahnemann lo dice en el parágrafo 9 del Órganon y lo dice así ¿no?, dice: en el estado de salud la energía vital que dinámicamente anima a la parte material del cuerpo mantiene a éste en equilibrio admirable, evidentemente” (M-2).

La utilización de la metáfora “*el silencio de los órganos*” para definir la salud parece ser vista como insuficiente para completar el propio concepto de

salud. En consecuencia, la noción de *dynamis* completaría ese concepto. Al final del texto se da una definición sobre la salud que Hahnemann anotó en una de sus principales obras. En dicha definición se hace mención expresa del “*principio vital*” o “*energía vital*” el cual permite que el cuerpo guarde un equilibrio.

Por su parte, el otro médico homeópata entrevistado equipara la complejidad de la salud a la complejidad de la enfermedad:

“La salud es igual de compleja que la enfermedad. La salud es el equilibrio mantenido, cuando el organismo es capaz de mantener ese equilibrio, entonces estamos en estado de salud, es así de simple. Es de sentido común, es más no es filosófal, por eso a mi me gusta tanto la homeopatía, pero es que es absolutamente entendible desde el sentido común.” (M-1).

La salud es definida como la capacidad del organismo para salvaguardar el equilibrio. Se señala que esa reflexión no pertenece al terreno de la especulación filosófica, sino que por el contrario entra dentro del ámbito del “*sentido común*”, y es por esa razón por la que este clínico se decanta por la homeopatía.

En sintonía con lo anteriormente señalado, Durán (1983) destaca las concepciones de Herzlich sobre la salud. La primera se refiere a *la salud como ausencia de enfermedad*, el cuerpo funciona de una manera normalizada, no hay que dedicarle ninguna atención especial, se entiende que la salud está presente. En segundo lugar, *la salud como reserva*, se tiene salud en el presente, pero también funciona a modo de reserva, en el sentido que permite a los individuos enfrentarse a pequeños problemas que puedan surgir en cualquier momento. Y en tercer lugar, *la salud como equilibrio*, tiene que ver

con el bienestar que experimentan los sujetos cuando llegan a armonizar sus diversas potencialidades.

A su vez, Pierret (1986) entiende la salud en primer lugar, como ausencia de enfermedad, es decir que la salud tiene que ver con el adecuado funcionamiento del organismo tanto en su dimensión física como psicológica; en segundo lugar, la salud es vista como un *instrumento* que posibilita el alcance de metas u objetivos; en tercer lugar, la salud se entendería como un *producto* cuando ésta depende de una constelación de diversos factores tales como el trabajo, la alimentación, la vivienda, etc.; y en cuarto lugar, la salud como un bien colectivo cuando es garantizada por las instituciones sociales.

A lo largo de estas páginas se ha puesto de manifiesto los diferentes puntos de vista de los facultativos de la medicina convencional y alternativa sobre el carácter científico de la homeopatía. Los profesionales médicos “han dialogado” sobre aspectos cruciales de la terapia homeopática, pero también sobre cuestiones importantes de la medicina convencional. En este “coloquio” han ido surgiendo diferentes visiones, diversas definiciones sobre la salud: “*la salud es el equilibrio mantenido*”; la salud se equipara al equilibrio en tanto que la enfermedad representa el desequilibrio; la salud vista también como “*el estado del bienestar, tanto físico como psíquico*” o la salud expresada como una alegoría: “*el silencio de los órganos*”. Más allá de cuál sea el concepto y cómo se vislumbre la salud, no ha dejado de ser enunciada como algo simbólico, figurativo y alegórico.

**CAPÍTULO 8. LA CULTURA POSTMODERNA DEL USUARIO DE
MEDICINAS ALTERNATIVAS.**

CAPÍTULO 8. LA CULTURA POSTMODERNA DEL USUARIO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS.

Para la elaboración del presente capítulo se han realizado veinte entrevistas en profundidad a pacientes de medicinas alternativas, destacando la homeopatía como una de las terapias principales. Este apartado tiene por objeto indagar en los discursos culturales catalizados a través del consumo de medicinas alternativas. Más en concreto, se trata de buscar indicios que apunten hacia el cambio cultural. Las cosmovisiones simbólicas y culturales de los sujetos expresadas mediante el uso de medicinas no convencionales, en definitiva, las nuevas visiones del mundo que avistan una nueva época.

1. De la seguridad material a la autoexpresión postmaterial: la encrucijada entre la pluralidad y la diversidad.

La sociedad estamental asentada sobre valores tradicionales y con una economía agraria sometida a los vaivenes de la naturaleza, fue suplantada por la sociedad moderna fundada sobre una moral laica y secularizada, con una economía industrial que terminó socavando las bases de la sociedad agraria feudal. La riqueza y la prosperidad que aportó la industria propiciaron un cambio progresivo en los valores de las sociedades modernas, así cuestiones más relacionadas con la seguridad económica y material se han ido imponiendo como asuntos centrales en las vidas de los sujetos modernos. Toda vez que las sociedades industriales han ido resolviendo los temas de índole más material, se han orientado hacia preferencias más en sintonía con la autoexpresión de los individuos y la calidad de vida, agrupándose dichas

prioridades en torno a toda una constelación de valores postmaterialistas (Inglehart, 1998).

1.1. La senda hacia la autorrealización: la búsqueda del *sentido* y de la autoafirmación.

La búsqueda de la autorrealización personal es un rasgo muy presente en las sociedades modernas avanzadas. No obstante, el excesivo énfasis puesto por la modernidad en la implantación de valores laicos y secularizadores, desenraizó aspectos más introspectivos y espirituales caracterizadores de los individuos de las sociedades preindustriales. La Ilustración sustituyó el mito de la Providencia por el mito del Progreso, desplazando valores más anímicos e íntimos⁸². El movimiento romántico reaccionó frente a la imposición de la razón, apostando por *sentires* más en armonía con el espíritu humano. En ese largo camino y en ese transcurrir hacia delante, los seres sociales rastrean resquicios del pasado, quizás un presente continuo:

⁸² “No hay que olvidar que la Ilustración, y en general la cultura occidental, surgieron de un contexto religioso que hacía hincapié en la teleología y en el logro de la gracia divina. La divina providencia ha sido por mucho tiempo la idea orientadora del pensamiento cristiano; sin esas orientaciones precedentes, en primer lugar, difícilmente hubiera sido posible la Ilustración. No es sorprendente que la defensa de la razón liberada de ataduras sólo remodelara las ideas de lo providencial en lugar de sustituirlas. Un tipo de certeza (la ley divina) se reemplazó por otro (la certeza en nuestros sentidos, la certeza de la observación empírica), y la divina providencia se reemplazó por el progreso providencial. Más aún, la idea providencial de la razón, coincidió con el auge del dominio europeo sobre el resto del mundo. El crecimiento del poder europeo suministró, por decirlo así, el apoyo material para la pretensión de que la nueva visión del mundo se asentaba sobre una sólida base que, al mismo tiempo que proporcionaba seguridad, ofrecía la emancipación del dogma de la tradición” (Giddens, 1994, pág. 54).

“Yo creo que las medicinas alternativas te ayudan a evolucionar o a crecer como persona. Sí, a crecer. Yo creo que el ser capaz de plantearte cada vez que te pasa algo por qué te pasa esto, yo creo que te hace plantearte muchas cosas porque no te estás planteando sólo el por qué me duele aquí, sino el qué me está pasando para que me duela aquí. Y entonces tienes que analizar qué está pasando en torno tuyo o cuál es tu relación con el mundo en ese momento, o qué hay fuera de ti que te está presionando tanto que tu estás empezando a tener esa angustia o ese dolor. Entonces ya te está invitando a analizar tu propio mundo y el mundo de fuera, a interrelacionarlo, yo creo que eso te ayuda al final a ir creciendo como individuo” (P12)⁸³.

En el extracto de discurso anterior las medicinas alternativas son vistas como un canal o una vía para el crecimiento de la persona. El dolor y en última instancia la enfermedad, percibidos como algo más que lo puramente físico, como síntomas o aconteceres que también se relacionan con el mundo exterior al sujeto. La enfermedad y el dolor como una “invitación” a la profundización, a la indagación tanto en el mundo interno como en el mundo externo. Las medicinas alternativas como un camino que conducen o al menos ayudan a la autorrealización personal, tal y como se constata en el siguiente extracto de entrevista:

“Yo creo que sí, que el hecho de bueno de aprenderte a escuchar hacia dentro, y qué sientes, y en ciertos momentos determinados y en ciertas historias también te hacen irte conociéndote un poco más a ti mismo. Pues eso te ayuda y cuando tienes que tomar una decisión o plantearte qué hacer ante una situación. Entonces sí que, yo creo que sí te ayuda en ciertos momentos. Yo creo que al final la homeopatía, en verdad lo que hace la homeopatía de ti es una concienciación de ti como individuo, si tuviera que definirlo en grandes rasgos ¿no? Entonces tu lo que tomas es conciencia de ti como individuo y lo que es tu organismo dentro de ese individuo, y que ese organismo funciona como un engranaje y que

⁸³ En este capítulo aparecen los extractos de las entrevistas realizadas a pacientes. El listado de entrevistas y los códigos de identificación figuran en el Capítulo 6.

ninguna cosa está independiente. Entonces si una cosa está funcionando mal las demás en algún momento van a acabar funcionando mal. Yo creo que lo que te decía al principio que realmente era la homeopatía la que me había ayudado a escucharme, o sea a escucharme hacia adentro, hacia mi ser” (P8).

Según se pone de manifiesto en el discurso anterior la homeopatía haría posible que el individuo tome conciencia de si mismo: *“Entonces tu lo que tomas es conciencia de ti como individuo y lo que es tu organismo”*. La escucha interior, el mirar hacia dentro es una puerta al conocimiento de uno mismo y en eso la homeopatía tendería un puente para conectar al individuo con su yo más íntimo y con su propio organismo.

Si en el discurso anterior se expresaba que la homeopatía impulsaba la toma de conciencia de uno mismo, en el extracto que figura a continuación también se constata la ayuda que presta la medicina homeopática en el conocimiento personal: *“La homeopatía me ha enseñado a conocerme”*. Asimismo, se verifican cambios profundos en la personalidad. La autorrealización vivida como estar: *“más en el camino”*:

“La homeopatía me ha enseñado a conocerme y a mis hijos les ha ayudado muchísimo también, son más dueños de ellos, por lo menos yo lo veo así. Y es una medicina mucho más sana que no te perjudica nada. Ha habido un cambio muy profundo en mi personalidad, estoy mucho más a gusto, me siento mucho mejor, llevo las cosas mejor. Yo pienso que es más tolerancia, más amplitud para ver las cosas, más en el camino” (P5).

En las sociedades modernas avanzadas se reconoce, cada vez más, como algo de vital importancia encontrar un *sentido* a la vida, a la existencia.

Tal es así que los sujetos se adhieren a actividades de todo tipo, en el caso siguiente relacionadas con terapias corporales:

“Pues mira, hace un mes he empezado a hacer una terapia, bueno una terapia de concienciación del cuerpo. Terapia de concienciación del cuerpo que me está gustando muchísimo porque bueno, lo que hace es que te ayuda a escucharte por dentro ¿no? Y fundamentalmente hacemos ejercicio físico, pero es un ejercicio hasta donde el cuerpo te de y vas moviendo zonas del cuerpo que habitualmente no mueves. La verdad es que me está resultando muy interesante. Y eso te relaciona con algo o te muestra una apertura o descubres cosas de ti, con eso, te podría decir alguien: ¡qué tontería con mover algo del cuerpo! Pues fíjate, qué curioso porque al principio empezamos a hacer un ejercicio con el ojo en una dirección y el pie en otra y yo no era capaz. Hacia el mismo lado sí, pero hacia lados diferentes no era capaz. Y me dijo la terapeuta: seguro que tienes un nudo por ahí. Algún nudo se refería a algún nudo emocional, pues con el tiempo ha salido, sí lo tenía. Y luego había otros ejercicios que a lo mejor me salen a mí y a otros no le salen. Todo depende de cada uno. En principio que eso, que hay de nuevo una especie de introspección hacia dentro de por qué te pasa, por qué yo no soy capaz de saber mover el pie para un lado y el ojo para otro. Parece ser que es difícil porque ambos están en puntos opuestos pero porque yo no he dado las órdenes. Y ahí te planteas la pregunta de por qué en la vida unos podemos hacer unas cosas y los otros no. Básicamente porque tenemos bloqueos” (P2).

En este relato aparece la terapia de concienciación del cuerpo como una especie de guía para la introspección: *“te ayuda a escucharte por dentro”*. La conexión con uno mismo, el encontrarse a sí mismo cobra un matiz especial en la modernidad avanzada donde el hiperconsumo y la pérdida de lazos con el resto de nuestros congéneres, destapa la máscara que muestra su más descarnada y cruda presencia. La evasiva quizás sea la vuelta a uno mismo, ¿quizás el único lugar donde descubrir algo nuevo?: *“Y eso te relaciona con algo o te muestra una apertura o descubres cosas de ti”*. Los nudos emocionales vistos como bloqueos que impiden que los individuos puedan

hacer determinadas cosas en la vida. La búsqueda del *sentido* que se da a la propia subsistencia empuja a los sujetos a escrutar dentro de sí mismos: “*que hay de nuevo una especie de introspección hacia dentro de por qué te pasa*”. Una vez más, la autorrealización pasa por la introspección, hacia la exploración del mundo interno en busca de la propia identidad. La modernidad condujo a la pérdida del sentido de lo sagrado representado por la religión en las sociedades tradicionales. La emoción y el sentimiento que la vivencia de esos valores sacros, representaba para los sujetos premodernos, se ha visto “recuperada” en las sociedades avanzadas con las medicinas alternativas. Las características que aporta toda religión en su dimensión espiritual como la fe, la introspección, la meditación, etc. se experimentan con las terapias no convencionales. Los individuos se sienten autorrealizados, en una especie de mística hacia la individualidad:

“Dado que ser un individuo se traduce habitualmente por ‘ser distinto a los demás’ y dado que es a un ‘yo’, a mí mismo, a quien se apela y de quien se espera que destaque por separado y por su cuenta, la tarea se antoja intrínsecamente autorreferencial. No parece que tengamos más remedio que buscar alguna pista sobre cómo aventurarnos en las profundidades cada vez más hondas de nuestro ‘interior’, que se nos aparece como el nicho más privado y protegido del, por lo demás, atiborrado y ruidoso (cual bazar) mundo de la experiencia. Yo busco mi ‘verdadero yo’ al que supongo oculto en las oscuridades de mi ser *inmaculado*, indemne (impoluto, irreprimido, sin deformar) ante las presiones externas. Interpreto el ideal de la ‘individualidad’ como *autenticidad*, como ‘ser fiel a mí mismo’, ser ‘mi yo real’. Trato de llevar a cabo una especie de ‘introspección fenomenológica’ husserliana (aunque improvisada y de andar por casa) en mi verdadera e inadulterada ‘subjetividad’, auténticamente ‘trascendental’, a través de un angustioso esfuerzo de ‘reducción fenomenológica’, es decir, ‘poniendo entre paréntesis’, suspendiendo, extirpando y eliminando cualquier fragmento ‘extraño’ que reconozca como importado del exterior” (Bauman, 2006b, pág. 29).

En términos similares a los anteriores, se quiere hacer constar en el discurso siguiente la necesidad de autorrealización mediante la introversión y el conocimiento de uno mismo: “*contactas más contigo*”.

“La homeopatía es una medicina mucho más personalizada. A ti te duele la cabeza y te dan un paracetamol o aspirina y en la homeopatía no, tú tienes una medicación y yo tengo otra, dependiendo de como seamos cada uno. A mí me ha ayudado mucho, incluso a superar miedos, a darme cuenta que muchas veces la enfermedad va en relación al momento emotivo que tú tengas, que muchas veces buscamos en la enfermedad una excusa para librarnos de algo y que efectivamente enfermamos, que no es que no estemos enfermos, que estamos enfermos y que cuando te vas dando cuenta que no necesitas esa enfermedad, que no la necesitas utilizar para determinadas cosas, pues también te hace sentir mejor, contactas más contigo” (P14).

Nuevamente, surge la búsqueda interior ahora expresada en términos de equilibrio, armonía. Las terapias alternativas como tai-chi, yoga u homeopatía son contempladas como recursos que ayudan a encontrar el ansiado equilibrio:

“Practico tai-chi y también yoga desde hace mucho tiempo. Salgo a correr de vez en cuando, pero sobre todo lo que más practico es tai-chi. En principio pensaba que la homeopatía y la práctica de tai-chi no tenían relación, pero en la ideología sí, o sea se ponen en común en algo. Me supongo que por la definición que he comentado de homeopatía que es buscar el equilibrio, la energía y el tai-chi o yoga, el fondo es lo mismo, intentar buscar un equilibrio, como renovar las pilas de uno. Entonces no tienen mucha relación, pero tienen algo que ver, lo que pasa que uno es a nivel de hacer un ejercicio y la homeopatía, bueno es a nivel de una toma interna ¿no? No sé si ha sido coincidencia en que voy buscando una ideología que es esa o que realmente, pues inconscientemente busco algo en común, que a lo mejor en el fondo, la homeopatía y el tai-chi sí la tienen o que a lo mejor mi propia vida la tiene. O sea que puede ser que yo busque algo, equilibrio y lo estoy buscando de diferentes formas, unas veces con el tai-chi, yoga y otras veces pues con homeopatía regulando todos mis órganos internos” (P18).

Más allá de lo consciente, de lo meramente deliberado y volitivo, el sujeto anterior expresa a través de su discurso la incesante búsqueda inconsciente de la proporción, del equilibrio interno apoyándose en diferentes recursos terapéuticos: *“O sea que puede ser que yo busque algo, equilibrio y lo estoy buscando de diferentes formas...”*. La búsqueda de una “ideología” que colme de sentido la existencia individual: *“voy buscando una ideología”*. El vocablo ideología probablemente enunciado en términos filosóficos, es decir aquello que tienen en común las terapias mencionadas se relaciona con una diferente visión del mundo, una determinada filosofía de la vida, en suma un modo distinto de concebir el ser humano, la salud y la vida en toda su amplitud. La búsqueda de una “ideología”, algo con lo que identificarse dota de significado la propia identidad.

En sintonía con lo expresado anteriormente, resalta el discurso contiguo en el que se destaca la concepción diferente tanto de la medicina como del hombre y de la enfermedad que sostienen las medicinas alternativas, frente a la medicina convencional:

“Yo creo que ya después de todos estos años de tratamiento con homeopatía, lo que sí he notado es que lo que hace es un cambio radical de perspectiva de la medicina, de la enfermedad y del hombre en general, o sea me parece que desde la perspectiva de la homeopatía, se puede visualizar lo que es la enfermedad, bueno no solamente de la homeopatía, sino desde las medicinas alternativas en general ¿no? Las medicinas blandas yo creo que consideran al hombre, la enfermedad o las situaciones de enfermedad desde una óptica completamente diferente de la medicina alopática y a mí eso es lo que me parece más interesante, el cambio de filosofía” (P16).

La afirmación “*el cambio de filosofía*” que representan “*Las medicinas blandas*” enunciada en oposición a la alopátia o, como respuesta a la perspectiva que plantea la medicina oficial, destaca dentro del discurso como el eje central del mismo.

Asimismo, la sensación de equilibrio, de armonía interna expresada a continuación, se puede sentir en distintos planos o niveles según el testimonio que figura a continuación:

“Cuando empecé a tomar homeopatía, noté al cabo del tiempo que me encontraba muy bien, noté muchísimo equilibrio en mi interior, me sentía muy bien en todos los sentidos, a nivel emocional, a nivel energético, a nivel físico, estructural y cuando te sientes bien como que estás muy a gusto contigo misma, con la gente que te rodea y que te gusta esa sensación” (P20).

En concordancia con el discurso anterior surge reiteradamente el anhelo de autorrealización. A lo largo de ese camino, los sujetos bosquejan un itinerario terapéutico en el que confluyen, como en el caso siguiente, el psicoanálisis, la homeopatía y el tai-chi:

“Desde hace varios años estoy haciendo un tipo de terapia en la vía del psicoanálisis, no es un psicoanálisis estricto, pero vamos va por ahí. La homeopatía, el tai-chi y la terapia psicoanalítica directamente no tienen relación como tal. Me parece que una cosa puede ser y va en un campo muy distinto la terapia psicoanalítica, por otro lado puede ir perfectamente la homeopatía y por otro lado puede ser perfectamente la práctica del tai-chi. Yo creo que sí pueden confluir las tres un poco en la misma línea filosófica o en la misma actitud de vida. Yo creo que en ese sentido sí que están relacionadas en mí por lo menos. Pues eso, una práctica de tai-chi por ejemplo, una práctica que podemos considerar deportiva, pero sin embargo, para mí tiene unas raíces más de expresión corporal unido a conceptos mentales o espirituales que no tienen un asiento puramente físico, en el cuerpo. Y la homeopatía es una forma de

tratamiento que me parece que no solamente tiene su expresión en el organismo, sino que también te hace cambiar de actitud, de pensamientos, etc. y, el psicoanálisis evidentemente yo creo que está claro ¿no?, es una relación cuerpo y mente muy estructurada, o sea que en general sí que van muy de la mano en lo que se refiere a mí, a mí como globalidad” (P4).

Pese a que se reconoce que las tres terapias a las que recurre la entrevistada anterior cubren esferas diferentes o están enfocadas a aspectos distintos del bienestar de las personas, las tres tienen algo en común: “Yo creo que sí pueden confluir las tres un poco en la misma línea filosófica o en la misma actitud de vida”. Una vez más, la búsqueda del *sentido* de la vida y de la propia existencia y la necesidad de autoafirmación de los sujetos se expresa vívidamente en los relatos sociales. Explorar otras *filosofías* que mantienen actitudes de vida diferentes y tratar de integrarlas dentro de uno mismo apunta hacia cambios en la identidad social de los individuos. En ese sentido, la práctica de terapias procedentes de Oriente como yoga o tai-chi incorporan aspectos filosóficos que entroncan con valores postmaterialistas. Asimismo, el uso de la medicina homeopática o del psicoanálisis dirigidos al tratamiento de aspectos globales del ser humano, revelan transformaciones en la cultura de las sociedades modernas avanzadas, orientadas hacia preferencias alejadas de la seguridad material y muy próximas a la autoexpresión individual. La necesidad de autoafirmación se expresa a través del consumo de medicinas no convencionales en sincronía con un proceso creciente de individualización:

“No es de extrañar, pues, que la individualización tenga sus detractores y sus descontentos. Paralela a la producción de consumidores felices corre otra, menos publicitada pero no menos eficiente, de descalificados tanto del festín de los consumidores como, al mismo tiempo, de la carrera por la individualización” (Bauman, 2006b, pág. 39).

1.2. El trayecto hacia la diferenciación: la búsqueda del bienestar y de la calidad de vida.

En las sociedades modernas avanzadas la búsqueda del bienestar y de la calidad de vida constituye un elemento medular que atesora un auge creciente, a medida que las situaciones de escasez económica y material se han ido resolviendo.

El gradual interés por la calidad de vida evidencia un escenario social en el que nuevos valores y estilos de vida heterogéneos encaminados a la alimentación sana, al cuidado del cuerpo, a la obtención de más tiempo libre, a la práctica deportiva etc., dominan la vida de los individuos en busca de mayores niveles de bienestar y de salud⁸⁴. En este sentido, Giddens (1995) reflexiona sobre los estilos de vida y su relación con la identidad del yo:

“La expresión estilo de vida no es un término muy aplicable a las culturas tradicionales, pues implica elección entre una pluralidad de posibles opciones y más que ser ‘transmitido’ es ‘adoptado’. Los estilos de vida son prácticas hechas rutina: las rutinas presentes en los hábitos del vestir, el comer, los modos de actuar y los medios privilegiados para encontrarse con los demás; pero las rutinas que se practican están reflejamente abiertas al cambio en función de la naturaleza móvil de la identidad del yo. Cada una de las pequeñas decisiones que toma la persona cada día (qué ponerse, qué comer, cómo comportarse en el trabajo, con quién verse al finalizar la tarde) contribuye a tales rutinas. Todas esas elecciones –así como otras de mayor amplitud y consecuencias- son decisiones referentes no sólo a cómo actuar sino a

⁸⁴ En el estudio de Günther y Römermann (2002) los pacientes de homeopatía llevan un estilo de vida más saludable que los pacientes de medicina convencional. Practican regularmente deporte, fuman poco, toman alimentos sanos, hacen ejercicios de relajación y tienen un sueño más reparador en mayor proporción que los otros usuarios. Además de tener una mejor percepción de su estado de salud.

quién ser. Cuanto más postradicionales sean las circunstancias en que se mueva el individuo, más afectará el estilo de vida al núcleo mismo de la identidad del yo, a su hacerse y rehacerse” (Giddens, 1995, pág. 106).

La búsqueda del bienestar y de la calidad de vida se hace ostensible en el momento en que los individuos optan por estilos de vida variados, como una necesidad de diferenciarse de los demás. En este sentido, habría que señalar la importancia progresiva que está adquiriendo los hábitos de vida saludable:

“Mis hábitos de vida en general son sanos, no fumo, no tomo drogas. Cuido la alimentación, tomo un poco de vino comiendo aunque no lo vamos a meter en el grupo de las drogas. Procuró dormir lo que necesito y divertirme” (P14).

Según Bauman (2006a) en la modernidad “líquida” las nociones “un estilo de vida saludable” y “una dieta saludable” cambian rápidamente:

“El cuidado de la salud se convierte en una guerra incesante contra la enfermedad. Y, finalmente, el significado de “estilo de vida saludable” no se queda quieto. El concepto de “una dieta saludable” cambia con tal rapidez que no da tiempo a que ninguna de las dietas simultánea o sucesivamente recomendadas pueda demostrar efectividad. Los alimentos que se creían buenos para la salud o inocuos son declarados nocivos a largo plazo, antes de que sea posible experimentar su influencia benéfica. Se descubre que las terapias y los regímenes preventivos de ciertos riesgos resultan patógenos en otros sentidos; cada vez se requiere más intervención médica a causa de enfermedades ‘iatrogénicas’ –las dolencias provocadas por terapias anteriores-. Casi cada cura implica nuevos y numerosos riesgos, y se necesitan nuevas curas para remediar las consecuencias de haberse arriesgado” (Bauman, 2006a, pág. 85).

La alimentación saludable ocupa un lugar destacable dentro del conjunto de opciones sobre hábitos de vida en los que los sujetos tienen la capacidad de

decidir. En el siguiente extracto de discurso se pone de relieve la atención prestada al hecho de seguir una alimentación sana:

“Yo no soy macrobiótica ni vegetariana pero sí que me cuido la alimentación. Exactamente como carnes sí, y determinados tipos de carne unos días a la semana y los huevos unos días determinados al mes, el pescado los días que yo creo conveniente, como la legumbre, como la verdura, no como grasas, no como fritos. O sea, que me cuido bastante la alimentación” (P20).

Reiteradamente y a lo largo de todas las entrevistas realizadas, se detecta la importancia concedida a la alimentación, a la “*dieta sana y equilibrada*”, tal y como se constata a continuación:

“Procuro llevar una dieta sana y equilibrada, como poca carne, muchas frutas y verduras. Este año he empezado a ir a yoga y también intento caminar cuando puedo” (P8).

La realización o combinación de diversas actividades para conseguir bienestar y calidad de vida está muy presente en los distintos discursos recogidos. De este modo, combinar una dieta saludable con la práctica de yoga y caminar se contemplan como actividades diferentes que evidencian la pluralidad de elecciones en las sociedades avanzadas. En este sentido, Giddens (1995) apunta lo siguiente:

“El telón de fondo es aquí el terreno existencial de la vida de la modernidad tardía. En un universo social postradicional, reflejamente organizado, invadido por sistemas abstractos y en el que la reordenación del tiempo y el espacio reordena lo local con lo universal, el yo experimenta cambios masivos. La psicoterapia, incluida la autoterapia, expresa esos cambios y proporciona al mismo tiempo programas para realizarlos en forma de realización del yo. En el plano del yo, un

componente fundamental de la actividad diaria es el de la mera *elección*. Obviamente, no hay cultura que elimine del todo la elección en los asuntos cotidianos y todas las tradiciones son efectivamente elecciones entre un conjunto indefinido de posibles pautas de comportamiento. Sin embargo, la tradición o los hábitos establecidos ordenan la vida dentro de canales relativamente impuestos. La modernidad coloca al individuo frente a una compleja diversidad de elecciones y, al carecer de carácter fundacional, ofrece al mismo tiempo poca ayuda en cuanto a qué opción se habrá de escoger” (Giddens, 1995, pág. 105).

En relación a lo anteriormente señalado, la multiplicidad de elecciones también se pone de manifiesto en la siguiente entrevista:

“No hago ningún tipo de dieta, aunque me cuido la alimentación. Hago meditación y también relajación. Me gusta estar todos los días un ratito conmigo, hago respiración hace unos años, he hecho algún retiro, técnicas de Arún. Te enseña a conocerte, no a controlar, sino a poder canalizar mejor tu energía, tu fuerza, tus sentimientos, tu dolor” (P5).

Del mismo modo, se han recogido testimonios en los que se muestra la relación entre el uso de medicinas alternativas y su supuesta vinculación con el tipo de alimentación:

“Cuando entré en contacto con este tipo de medicinas alternativas como homeopatía, como acupuntura, otros tipos de medicinas, sí que me parecía que era algo muy importante el seguir un tipo de régimen o de estilo de alimentación diferente que estuviera más en consonancia con este tipo de medicina. Estoy hablando sobre todo de dietas vegetarianas y sí que creo que estuve una temporada grande, varios años, muy en la vía del vegetarianismo, no puro, no estricto, con dieta pues con huevos, con lácteos y demás. Pero yo creo que poco a poco, lo he ido desechando, o sea yo creo que en ese sentido, no creo tanto ¿no? Y creo que está un poco en consonancia con todo lo que estoy diciendo ahora y es que me parece que si habitualmente llevas un tipo de vida que incluye un régimen alimenticio variado, incluyendo carnes o pescados, del tipo que quieras, pues me parece que la persona tiene que resolver sus crisis o sus enfermedades dentro de ese mismo campo,

con ese tipo de alimentación, o sea no creo que por hacer homeopatía sea obligatorio hacer un tipo de régimen especial” (P16).

Asimismo, la práctica deportiva⁸⁵ se observa como un indicador de bienestar y calidad de vida, acompañado de una correcta alimentación:

“Hago deporte, suelo salir habitualmente a correr y me gusta mucho ir a la montaña. No sigo un régimen especial. Pero lo que no soy es comedora excesiva ni de carne ni de proteínas de pescado tampoco, sobre todo hidratos de carbono, proteínas de otros orígenes, algo que para nada rechazo” (P4).

Di Nicola (1994) sostiene que la salud es vista “como un valor básico que gobierna la elección de vida individual” (pág. 45). La salud se convierte cada vez más en un baluarte importante en la vida de los sujetos, incluso para algunos podría llegar a constituir el eje de la propia existencia, una aspiración a la que muchos desearían llegar. Salud es sinónimo de libertad individual, por tanto, de disposición de tiempo propio. Así, el tiempo libre ocupa un lugar destacado en la búsqueda incesante de calidad de vida:

“Hoy día si pienso en la ambición, pues pienso en la ambición de tener salud y tiempo libre, serían las dos cosas que me gustaría que no me faltaran. Yo creo que la salud es lo mejor que podemos tener. A raíz de cómo te sientas van a ir surgiendo otras cosas alrededor” (P19).

La ambición enunciada como la metáfora de la salud y el tiempo libre. La entrevistada expresa que la salud es lo más importante: “Yo creo que la salud

⁸⁵ Durante el siglo XIX la práctica deportiva se vinculaba a la aristocracia y a la alta burguesía que imitaba los juegos de los nobles (Veblen, 1966). Dicha práctica les separaba y distinguía socialmente de la clase trabajadora. A lo largo del siglo XX el deporte se ha ido extendiendo a todas las clases sociales, géneros y etnias como valor de pacificación (Elías y Dunning, 1992). A finales del siglo XX la práctica deportiva se ha convertido en un fenómeno masivo y saludable.

es lo mejor que podemos tener” y, en ese sentido, equipara la salud al tiempo libre situando ambas categorías en el mismo orden jerárquico. El tiempo libre entendido como tiempo de ocio es un rasgo caracterizador de todas las sociedades conocidas. En las sociedades modernas se ha dado una separación entre el tiempo dedicado a actividades productivas y el tiempo dedicado a actividades no productivas o de ocio. En las sociedades más avanzadas el tiempo libre es más escaso, por lo que es una de las cuestiones más valoradas.

Al mismo tiempo, entre las diversas prácticas enfocadas a la consecución de un mayor grado de salud y bienestar, dirigidas al cuerpo y a la mente, destaca el tai-chi como una de las más emblemáticas:

“Este último curso he estado haciendo tai-chi y me ha encantado, me ha gustado muchísimo la experiencia y me parece que está muy en la vía de todo este tipo de terapias” (P12).

Igualmente, el cuidado del cuerpo⁸⁶ se observa como algo importante de cara a la obtención de salud y bienestar. El reconocimiento de que el cuerpo no

⁸⁶ Shilling (2003) destaca el creciente interés popular que el cuidado del cuerpo ha despertado en los últimos tiempos. No obstante, sostiene que dicho interés no es nuevo, ya que en períodos de guerra los gobiernos se han ocupado de la salud física de la nación, pero lo que resulta absolutamente novedoso en la cultura contemporánea y que no tiene precedentes anteriores, es que ello evidencia la individualización del cuerpo lo cual es expresión de la identidad individual: “There has also been a massive rise of popular interest in the body. Newspapers, magazines and televisión are replete with features on body image, plastic surgery and how to keep the body looking young, sexy and beautiful, while the business of weight loss and keep-fit is now a multimillion dollar industry.....It is important to note that interest in the body is not new. In times of war, for example, governments have traditionally displayed concern about the physical health and fitness of the nation. Nevertheless, the position of the body within contemporary popular culture reflects an unprecedented *individualization* of the body. Growing numbers of people are increasingly concerned with the health, shape and

es un artificio sino algo que merece una atención adecuada se muestra como un asunto incuestionable en los discursos recogidos:

“Se llega a un punto de enfermedad para aprender uno a cuidarse y a plantearse cosas, porque efectivamente el cuerpo no es una máquina. No se le puede estar machacando por un lado, y por otro y por otro, sin estar cuidándole para nada, que es lo que la mayoría de veces hacemos, creo, según mi forma de pensar, que en algún momento el cuerpo te para, desgraciadamente. ¿Cómo te para?, enfermando, ¿para qué?, para que te plantees cosas. En mi caso me tenía que plantear mi vida, mi forma de tratarme” (P7).

Según se desprende del testimonio anterior la enfermedad enseña la importancia que tiene el cuidado del cuerpo. La afirmación “*el cuerpo no es una máquina*” revela la necesidad de cuidarlo, ya que de lo contrario: “*el cuerpo te para*” conduciendo a situaciones de enfermedad. En última instancia, el cuerpo recibe las señales de que algo no está funcionando correctamente en la vida del sujeto entrevistado: “*En mi caso me tenía que plantear mi vida, mi forma de tratarme*”.

El estudio del cuerpo no ha sido objeto de análisis de las ciencias sociales⁸⁷. Los científicos sociales han estado demasiado ocupados estudiando la estructura social o la acción social, espacios teóricos donde el cuerpo no

appearance of their own bodies as expressions of individual identity” (Shilling, 2003, pág. 1).

⁸⁷ El pensamiento de Foucault (1979) ha tenido mucha influencia en el posterior desarrollo de los estudios sobre el cuerpo en la sociología, la antropología, la historia, y la filosofía. Foucault elaboró una genealogía histórica de los discursos que constituyen las prácticas médicas contemporáneas. Para este autor el cuerpo es un espacio de control político, ideológico, de vigilancia y de regulación. La fundación de la clínica y la enseñanza de hospital en el siglo XVIII es un punto central en las formas de conceptualización del cuerpo. La medicina representa la institución más poderosa en etiquetar los cuerpos.

tenía su lugar. No obstante, en las dos últimas décadas el cuerpo comienza a ser el centro de atención de la sociología, y ello, como consecuencia de los movimientos sociales modernos entre los que se encuentra el feminismo, el crecimiento de la cultura de consumo y también por la influencia del postestructuralismo y el postmodernismo (Turner, 1994).

A su vez, Giddens (1995) se pregunta por el significado del cuerpo en la reflexividad de la modernidad:

“¿Qué quiere decir que el cuerpo ha pasado a formar parte de la reflexividad de la modernidad? Los regímenes corporales y la organización de la sensualidad en la modernidad reciente se abren a una atención refleja continua que aparece sobre el trasfondo de la pluralidad de elecciones. Tanto la planificación de la vida como la adopción de opciones de estilo de vida se integran –en principio- en los regímenes corporales. Sería muy miope ver estos fenómenos tan sólo como ideales cambiantes de la apariencia corporal (como en el caso de la delgadez o el aire juvenil) o considerar que han sido generados únicamente por la influencia mercantilista de la publicidad. Somos responsables del diseño de nuestros propios cuerpos y, en cierto sentido, según hemos mencionado anteriormente, nos vemos forzados a serlo cuanto más postradicionales sean los ámbitos sociales en que nos movamos” (*Ibidem*, pág. 132).

En el siguiente compendio de entrevista las medicinas alternativas son contempladas como un vehículo para conectar con el cuerpo:

“Las medicinas alternativas han sido la fuente para llegar a mi cuerpo, para volver a mi cuerpo, del que nunca me tendría que haber ido. Han sido fuente para volver y volver con salud de muchas cosas porque es complicado estar enferma o que te afecte demasiado lo que está fuera, porque no tienes raíces o no sabes tu origen” (P10).

Del relato anterior parece desprenderse que la enfermedad simbolizaría un “alejamiento” del cuerpo. Las medicinas alternativas ayudarían a recuperar el estado de salud y en ese sentido representarían la *vuelta* al cuerpo, al “origen”. La conciencia del cuerpo se expresa a través de las terapias alternativas como un marcador de las nuevas cosmovisiones culturales⁸⁸:

“Yo suelo hacer relajación en casa y a parte de eso ahora estoy haciendo educación corporal, reeducación corporal, o sea una terapia de concienciación corporal. La terapia de relajación no la hago todos los días, pero el no pensar en nada sí. Dejar la mente en blanco se adquiere con una práctica. Yo hice los tres grados de relajación mental y entonces a partir de ahí, he aprendido a hacerlo” (P19).

En un sentido contrario, la medicina convencional no ayudaría a conectar con el cuerpo según se desgaja del extracto siguiente:

⁸⁸ Shilling (2003) comenta las ideas de Giddens sobre el aumento en el consumo de la cultura del cuerpo en la “high modernity” como valor simbólico: “The term ‘high modernity’ has been used by Anthony Giddens to describe the radicalization of these modern trends in the late twentieth century. In contrast to certain theories of post modernity, Giddens suggests that neither modernity nor the self are anachronistic sociological concerns. Social life is still shaped by modern concerns even though it is only now that the implications of these are becoming fully apparent. With the decline of formal religious frameworks in the West which constructed and sustained existential and ontological certainties residing *outside* the individual, and the massive rise of the body in consumer culture as a bearer of symbolic value, there is a tendency for people in high modernity to place ever more importance on the body as constitutive of the self. For those who has lost their faith in religious authorities and grand political narratives, and are no longer provided with a clear world view or self-identity by these trans-personal meaning structures, at least the body initially appears to provide a firm foundation on which to reconstruct a reliable sense of self in the modern world. Indeed, the increasingly reflexive ways in which people are relating to their bodies can be seen as one of the defining features of high modernity. Furthermore, it is the exterior territories, or surfaces, of the body that symbolize the self at a time when unprecedented value is placed on the youthful, trim and sexual body” (Shilling, 2003, págs. 2-3).

“Sí, clarísimamente, para mi la enfermedad ha sido algo que conecta con mi cuerpo, clarísimamente. Creo que en mi, lo que me pasa a mi y a más mujeres y no sé si a los hombres, es que en esta sociedad desconectamos de nuestro cuerpo y la medicina convencional ayuda a eso. Y la verdad es que este año, al margen de que me hayan podido ayudar o no, todo el mundo ha tenido bastante buena voluntad, no he tenido demasiados incidentes, pero sí me acuerdo de un doctor, majo, un tipo normal, no era un ogro, pero es que yo le decía Dr. P... me duele el hígado y él me decía: L... di que te duele ahí, no digas que te duele el hígado. Yo no puedo saber que me duele el hígado y el hígado me dolía porque lo tenía hecho un asco, es como una usurpación de la sabiduría que cada una tenemos dentro. Y eso te lo usurpan. Yo creo que la medicina alopática tiene que comprender que nadie sabe más de su cuerpo que uno mismo. Es ilógico, nadie podría suponer que algo exógeno sepa más que tú, pero aquí sí, aquí te desposeen de tu sabiduría y bueno si por lo menos te solucionasen la papeleta, estaría bien, pero no como en muchas ocasiones que además de no solucionararte la papeleta encima te devuelven a ti el mochuelo, te cargan de responsabilidad y te hacen además que actúes de un modo hiperresponsable, ¿qué habré hecho mal en mi vida?, ¿en qué estaré equivocándome?, ¿por qué yo me estaré provocando dolor?” (P9).

En el discurso preliminar se pone de manifiesto que la enfermedad o las situaciones de enfermedad ponen en conexión a los individuos con su propio cuerpo y, también, a tomar conciencia de los procesos por los que éste atraviesa. De este modo, la paciente entrevistada reconoce su dolor de hígado, pese a la incredulidad de su médico convencional: *“pero es que yo le decía Dr. P... me duele el hígado y él me decía: L... di que te duele ahí, no digas que te duele el hígado”*. La medicina oficial aparece como una usurpadora del conocimiento o sabiduría innata de las personas: *“aquí te desposeen de tu sabiduría”*. Asimismo, se subraya la ineficacia de dicha medicina de cara a resolver las enfermedades de los pacientes y, frente a su propia incapacidad, le devuelven el problema al paciente, cargándole de responsabilidad y de culpa: *“bueno si por lo menos te solucionasen la papeleta, estaría bien, pero no como*

en muchas ocasiones que además de no solucionararte la papeleta encima te devuelven a ti el mochuelo”

Desde el postestructuralismo (Deleuze y Guattari, 1984; 1988) y el postmodernismo (Haraway, 1995)⁸⁹ el cuerpo humano es considerado no una realidad dada, sino el resultado de determinados conocimientos y discursos susceptibles de ser cambiados. Desde este punto de vista, la medicina convencional es fuente de tales conocimientos y discursos, ya que excluye otros marcos alternativos sobre el funcionamiento del cuerpo y la enfermedad como los que plantean las terapias complementarias y holísticas. Así, el *cuerpo sin órganos*⁹⁰ es un espacio de “territorialización” ya que está en permanente construcción y reconstrucción. En este sentido, las prácticas y discursos de la biomedicina territorializan el cuerpo: un *cuerpo con órganos*, ya que se centran en las cuestiones anatómicas.

⁸⁹ “Los cuerpos, por lo tanto, no nacen, son fabricados. Han sido completamente desnaturalizados como signo, contexto y tiempo. Los cuerpos de finales del siglo XX no crecen de los principios internos armónicos teorizados en el romanticismo, ni son descubiertos en los terrenos del realismo y del modernismo” (Haraway, 1995, pág. 357).

⁹⁰ “For the highly relativist social constructionist position drawing upon the postmodernist writings of Deleuze and Guattari, a philosophical model of a ‘body-without-organs’ has been identified. The body-without-organs is much more than the material or anatomical body (this is, the body-*with*-organs). It is the body-self, the ‘self-inside-the-body’, a phenomenon that is cognitive, subconscious and emotional as well as experienced through the flesh. It is intrinsically bound up with our sense of identity. Physical and social forces interact to produce the body-without-organs. The body-without-organs is a site of cultural inscription –or in Deleuze and Guattari’s words, ‘territorialization’ –which is constantly constructed and reconstructed as discourses and practices struggle to give meaning to it. Biomedical discourses and practices, for example, often territorialize the body, rendering it into a ‘body-with-organs’ by focusing largely on its anatomical aspects. At other times, other discourses and practices may prevail, ‘reterritorializing’ the body with different meanings” (Lupton, 2003, págs. 23-24).

2. De lo “Nuevo” a lo “Viejo”: el reencuentro con prácticas tradicionales.

El tránsito de la sociedad tradicional a la sociedad moderna vino acompañado de la pérdida de valores anclados en el pasado y en la tradición. Así, la modernidad permitió que la racionalidad instrumental penetrara todos los ámbitos de la vida social. No obstante, las críticas a la racionalidad científica y sus implicaciones políticas y sociales han propiciado una “vuelta” a la tradición. En este sentido, la recuperación de aspectos fundamentales de culturas tradicionales es una característica muy vigente en las sociedades avanzadas (Inglehart, 1998) en las que la hipermodernización y la re-actualización de la tradición (Bericat, 2003b) marcan las pautas vitales de los seres sociales que, inmersos en destinos ignotos, sin saberlo anhelan mundos perdidos.

2.1. La fusión de antiguas tradiciones orientales y occidentales: un exponente del giro cultural.

La revalorización de particularidades esenciales de antiguas tradiciones culturales es una característica relevante de la modernidad avanzada. De este modo, la recuperación de antiguas tradiciones médicas orientales como la Medicina Tradicional China, y más en concreto la acupuntura, está experimentando una acogida importante:

“Voy a un doctor chino, el doctor Cheng, que es acupuntor. Yo voy a este señor, le cuento cuatro cosas y él es el que me cuenta a mí mi enfermedad. Una sabiduría, un hombre que te coge los pulsos de varios órganos, cosa que aquí en la medicina oficial te cogen los de uno porque no hacen otra cosa, y entonces te dice esto va así, este así, el otro así, no necesita cocerte a análisis, ni a pruebas médicas agresivas ni a nada de eso, claro es una medicina milenaria y muy sabia. Y entonces, yo le

cuento cuatro cosas y es él el que me devuelve a mí un montón de cosas que a mí me pasan, que normalmente todos los médicos oficiales a los que yo se lo he contado, no me comprendían y bueno, ya empecé a ir desde febrero y me dijo que era una enfermedad crónica que me iba a afectar en el trabajo” (P9).

Así, la fusión de viejas tradiciones de distinto origen se cristaliza en la elección de diferentes terapias procedentes tanto de Oriente como de Occidente:

“Primero empecé con una terapia de apoyo, luego fui al homeópata y luego hice psicoanálisis, luego volví a la homeopatía y ahora me trato con acupuntura y también durante un tiempo he recibido tratamientos de reflexoterapia. Entonces, pasados los años para mí fue una experiencia muy buena y yo sigo todavía disfrutándola, el haber hecho las terapias psicoanalíticas, el haber conocido la homeopatía, pues también me ha hecho conocer otra visión de que hay muchas maneras de curar, el haber conocido ahora la acupuntura, pues lo mismo” (P8).

En el discurso anterior se reconoce que los sucesivos tratamientos a lo largo del tiempo con terapias alternativas han dado un buen resultado: *“Entonces, pasados los años para mí fue una experiencia muy buena y yo sigo todavía disfrutándola”*. A su vez, se destaca un amplio abanico de posibilidades en las formas de curación: *“hay muchas maneras de curar”*. Aquí nos encontramos con la casi exclusividad de la medicina científica como una única forma de curación planteada en la modernidad, frente al pluralismo médico postmoderno.

La variedad de opciones terapéuticas se muestra como el reflejo de una sociedad heterogénea y cambiante donde la diversidad de estilos de vida

conforma un mosaico colorista, híbrido y misceláneo, muy alejado de la sinfonía monocromática de la modernidad:

“Pues yo empecé con la medicina natural, en concreto empecé con la homeopatía en el año 85, 86, y bueno pues a raíz de distintos tipos de terapia: la homeopatía, las flores de Bach, la terapia neural, la bioresonancia, la cromoterapia, acupuntura, todas a necesidad de lo que hubiera” (P19).

Nuevamente, la multiplicidad de elecciones individuales muestra un escenario social colmado de singularidades vitales, donde la mezcolanza diluye las identidades. Según Bauman (2006b) en la modernidad “líquida” la identidad es una cuestión autoatribuida y autoadscrita:

“La modernidad líquida es ‘líquida’ en tanto en cuanto también es posjerárquica. Los órdenes auténticos o postulados de superioridad/inferioridad, que antaño se suponían estructurados de un modo inequívoco conforme a la irrefutable lógica del progreso, se han desgastado y han desaparecido, mientras que los nuevos son demasiado fluidos y efímeros como para solidificarse en una forma reconocible y retenerla durante el tiempo suficiente para ser adoptados como marco de referencia seguro para la composición de la identidad. Como consecuencia, la ‘identidad’ se ha convertido en algo que es, más que nada, autoatribuido y autoadscrito, producto de una serie de esfuerzos de los que corresponde únicamente a los individuos preocuparse: un producto –bien está reconocerlo- temporal y con una esperanza de vida no determinada, pero probablemente corta” (Bauman, 2006b, pág. 46).

Así, la combinación de terapias orientales y occidentales es un indicador de los cambios sociales y culturales que se están produciendo:

“El fisioterapeuta que me trata aparte de homeópata, tiene un método que ahora no me acuerdo como se llama, son unas iniciales, que mezclan varias terapias, entre ellas la terapia sacro-craneal, y bueno luego otras cosas que no he explicado y que no voy a hacer, que no entiendo, pero es como un método de curación o como lo quieras llamar que mezcla diversas terapias alternativas pero siempre a través de la manipulación del cuerpo” (P13).

Una vez más, la hibridación aparece con fuerza en los discursos de las personas entrevistadas: *“mezcla diversas terapias alternativas”*. Para Bauman (2006b) en la modernidad “líquida” la hibridación tiene un sentido de *separación*, de autonomía respecto a los otros:

“La hibridación consiste, en su forma más ostensible, en una mezcla, pero la función latente (y, quizás, crucial) que desempeña y que hace de ella un modo tan admirado y codiciado de estar –en-el-mundo es la de separación. La hibridación establece un corte entre los híbridos y todas y cada una de las demás líneas de progenie monocigótica. Ningún linaje puede reclamar derechos de propiedad exclusivos sobre el producto, ningún grupo de parentesco puede ejercer un control puntilloso y pernicioso sobre la observancia de una serie de criterios, y ningún descendiente tiene por qué sentirse obligado a jurar lealtad a su acervo tradicional hereditario. La ‘hibridación’ es una declaración de autonomía o, más aún, de independencia con la esperanza de que venga acompañada de soberanía también en las prácticas. El hecho de que ‘los demás’ se queden atrás, atrapados en sus genotipos monocigóticos, dota la declaración de aún mayor convicción y ayuda a que se sigan esas prácticas” (Ibidem, págs. 43-44).

Igualmente, el concepto de energía es un elemento central tanto de las terapias tradicionales como de las medicinas alternativas. El advenimiento de la modernidad dio paso a planteamientos más mecanicistas en lo que a la concepción del cuerpo y del ser humano se refiere, relegando a un segundo plano enfoques más holísticos o globales. La postmodernidad ha abierto la puerta a visiones más integradoras de la persona en la que se observan las

diversas dimensiones que la conforman. En este sentido, la noción de energía contemplada en las prácticas médicas tradicionales ha sido recuperada por las terapias alternativas:

“Energía es todo lo que nos rodea, somos energía y las medicinas alternativas trabajan con la energía. Energía son las plantas, energía son los animales y energía son los minerales y de todos ellos se extraen los medicamentos homeopáticos, son principios minerales, animales y vegetales” (P6).

A su vez, los bloqueos de energía son vistos por los pacientes de medicinas no convencionales como el origen de la enfermedad:

“Pues el masaje metamórfico se basa en la reflexología podal. Es una técnica antigua que tiene en cuenta que en el pie, en la mano y en la zona de detrás de las orejas, se reflejan los órganos vitales de cada cuerpo y, por supuesto, también parte de la base de que somos, de que la materia es pura energía y que por desarreglos de metabolismos o de lo que sea se pueden crear bloqueos energéticos en tu cuerpo y ese es el origen de la enfermedad. Y a través del masaje metamórfico que se da en los pies, en la cara interna de los pies que va desde el dedo gordo hasta el talón, pues haciendo un movimiento circular se van trabajando los bloqueos de energía, si es que los tuvieras y que todo el mundo tiene en mayor o menor medida, y van fluyendo las energías por tu cuerpo y las cosas van mejor, tanto a nivel de quien tiene una enfermedad como quien no la tenga. Pues eso, para poder estudiar mejor, para poder estar más despierta, para poder estar el día de la defensa de tu tesis más tranquila y que fluya lo que tengas que decir y a mí me gusta mucho” (P15).

La afirmación mantenida en el discurso preliminar en la que se señala que el masaje metamórfico entiende que los seres humanos son energía: *“por supuesto también parte de la base de que somos, de que la materia es pura energía”* también es corroborado por la narración inmediata en la que se verifica que los seres humanos no son únicamente un cuerpo:

“Yo lo tengo claro. Yo creo que somos algo más que un cuerpo. Yo creo que somos un cuerpo con una energía vital. Que bueno, ahí entraríamos ya en otros campos, largos y duros. Bueno, yo creo que igual que tenemos la capacidad, llamémoslo sistema inmunológico que es como más conocido, pero ese sistema inmunológico funciona con una energía que transmite nuestro cuerpo, de hecho si tu tienes una alta tensión y tu sistema inmunológico se deprime, te puedes coger una enfermedad. ¿Qué es lo que ha variado de ahí?, tu energía interna, en realidad, que no has hecho nada más que tener un disgusto o un stress muy fuerte. Entonces ahí lo que ha habido ha sido una variación de energía. Yo pienso que cada individuo tiene una variación de energía tanto para enfermarse como para sanarse, todo depende de cómo la utilicemos” (P2).

La vivencia que experimentan los pacientes en tanto que el cuerpo y en un sentido más extenso, el ser humano no está formado únicamente por materia, sino que también, la energía o alguna forma de energía es un elemento constitutivo de la vida humana, dota a las medicinas alternativas y más ampliamente a quienes con ellas se tratan, de un cierto halo de “misticismo”. La creencia en la energía como algo intangible que subsiste más allá de lo físico, conecta con algunos aspectos de numerosas religiones en las que el componente esotérico refuerza y confiere mayor significado a la fe, al mismo tiempo que conforma la identidad de sus creyentes y practicantes. En la modernidad avanzada “la experiencia religiosa” se suple por los tratamientos médicos alternativos como una forma de individualización.

3. De la racionalidad tecno-científica moderna a la *irracionalidad* postmoderna: el tránsito hacia la mutación cultural.

La racionalidad instrumental impulsada por la implantación de la industria y por la llegada de la modernidad se impuso categóricamente en las esferas

científicas, culturales y sociales. La razón instrumental se erigió como modelo hegemónico de pensamiento en la sociedad moderna. No obstante, pese a los avances científicos y tecnológicos experimentados primordialmente durante el pasado siglo, las críticas a la racionalidad instrumental simbolizada principalmente por la ciencia y la tecnología no han cesado desde entonces⁹¹. Más tarde, la postmodernidad ha abierto la puerta a modelos de pensamiento menos racionales, más alejados de la racionalidad científica de la modernidad.

3.1. El escepticismo en la medicina científica: la atención despersonalizada.

La medicina oficial responde a un modelo médico intensamente medicalizador y muy arraigado en principios profesionales y técnicos. Los pacientes de medicinas alternativas entrevistados se muestran escépticos ante

⁹¹ “Por tanto, el concepto contemporáneo de riesgo asociado a la sociedad del riesgo y a la incertidumbre manufacturada se refiere a una peculiar *síntesis de conocimiento y desconocimiento*. Para ser precisos, se fusionan aquí dos significados, a saber, la evaluación de riesgos basada en el conocimiento empírico (accidentes de automóvil, por ejemplo), por un lado, y la toma de decisiones y la actuación sobre los riesgos en la incertidumbre indefinida, es decir, la indeterminación, por otro. En este sentido, el concepto de ‘incertidumbre fabricada’ tiene una doble referencia. En primer lugar, un mayor y mejor conocimiento, algo que la mayoría de la gente evalúa sin reservas de forma positiva, se está convirtiendo en fuente de nuevos riesgos. Como sabemos cada vez más sobre las funciones cerebrales, sabemos ahora que una persona que padece ‘muerte cerebral’ puede estar viva en algún otro sentido (porque le sigue latiendo el corazón, por ejemplo). Al abrir cada vez más nuevas esferas de acción, la ciencia crea también nuevos tipos de riesgos. Los ejemplos actuales son, una vez más, los progresos en genética humana, que hacen posible difuminar la frontera entre las personas enfermas y las saludables, porque cada vez es más factible diagnosticar más enfermedades congénitas, incluso las que afectan a personas que se consideran a sí mismas sanas desde la perspectiva de su propia experiencia” (Beck, 2006, págs. 222-223)

dicho modelo⁹², ya que consideran inadecuados los cuidados y los tratamientos que proporciona, a la vez que desean un trato digno y respetuoso y una atención más individualizada:

“En el hospital de La Moncloa me acompañaron mis padres, y yo iba a eso, me iban a sacar líquido del ganglio y yo aparecí dos horas después en la sala de espera, y mis padres estaban ya que se subían por las paredes porque no comprendían qué estaba pasando conmigo. Y... eso es un caso muy extremo, pero sí me parece una vez más un gesto de prepotencia, ese gesto de prepotencia que tiene la medicina alopática que a veces les hace actuar así y, que además, no le permite ver que en el mundo no hay otras cosas aparte de su propia verdad. Bueno y encima no sirvió para nada, porque encima no fueron capaces de decirme lo que tenía” (P9).

La alopátia es vista por la paciente entrevistada como una medicina dominante que en su práctica actúa de un modo prepotente sin tener en cuenta las necesidades del enfermo: *“ese gesto de prepotencia que tiene la medicina alopática que a veces les hace actuar así”*. Además, se destaca su sentido de omnipotencia: *“no le permite ver que en el mundo no hay otras cosas aparte de su propia verdad”*, así como su propia ineficacia: *“no fueron capaces de decirme lo que tenía”*.

Según Cockerham (2002) la relación que se establece entre el médico y el paciente es una relación de desigualdad, en la que se ve favorecido el

⁹² Günther y Römermann (2002) apuntan que los pacientes de homeopatía entrevistados para su estudio mantienen actitudes mucho más críticas hacia la medicina moderna que los pacientes tratados con alopátia. Menos pacientes homeopáticos que no homeopáticos u ortodoxos, piensan que la medicina moderna tiene explicaciones coherentes para cada enfermedad. También se muestran más escépticos que los usuarios de alopátia sobre la efectividad de la misma, al tiempo que la culpan de subestimar las causas psicológicas de la enfermedad.

médico en virtud del status que se le ha conferido socialmente y, del poder que se supone ejerce sobre la situación, basado en la superioridad de conocimientos técnicos. El papel que desempeña el médico cobra fuerza gracias a una cierta “mística” que se ha construido en torno a esa figura, fundamentada en las habilidades del médico para curar al paciente. El poder o la influencia de los médicos sobre los pacientes se hace evidente mediante una serie de técnicas:

“El médico ejerce su influencia a través de tres técnicas básicas: (1) el prestigio profesional, (2) su autoridad en la situación, y (3) la dependencia del paciente. El prestigio profesional del médico se basa en sus títulos y en la valoración que le otorga la sociedad como profesional dedicado a curar. Su poder, en cambio, reside en que tiene lo que desea y necesita el paciente. Por otro lado, el paciente es dependiente porque no tiene los conocimientos necesarios para tratar el trastorno que le afecta” (Cockerham, 2002, pág. 184).

Reiteradamente aflora la actitud de prepotencia de la medicina oficial en los discursos de los pacientes alternativos:

“La actitud es la diferencia fundamental entre el médico alópata y el homeópata. Cuando tú piensas que el paciente es la estrella⁹³, tú no das ninguna importancia. Sin embargo, cuando tú eres el salvador de la humanidad, eres el number one, pues vas con una actitud de prepotencia o de salvador de vidas. Yo creo que en general los alópatas hablan mal de la homeopatía y eso es porque tienen miedo a perder esa situación de poder en la que ellos son los que curan y piensan que les ha salido un competidor” (P16).

⁹³ El papel activo que jugaron los pacientes a inicios del siglo XIX dentro de la consulta médica en general, incluida la homeopática, se vio transformado como consecuencia del posterior desarrollo de la medicina de hospital y laboratorio. En la actualidad, este papel medicalizante es criticado por autores biomédicos que demandan más responsabilidad y actividad para los enfermos (Stollberg, 2002).

Se subraya otra vez el sentido de omnipotencia y superioridad de la medicina convencional: “*cuando tú eres el salvador de la humanidad, eres el number one, pues vas con una actitud de prepotencia o de salvador de vidas*”. En el discurso se pone énfasis en la actitud diferente que muestran los médicos alópatas y los homeópatas en su trato hacia el paciente⁹⁴. En el primer caso, el protagonismo recaería sobre el médico: “*cuando tú eres el salvador de la humanidad, eres el number one*”, mientras que en el segundo, lo haría sobre el paciente: “*Cuando tú piensas que el paciente es la estrella*”. Asimismo, se recalca que la consideración negativa de los alópatas hacia la medicina homeopática se sustenta en el temor a la pérdida de su situación de privilegio y de poder.

Donati (1994) comenta que el historiador de la medicina Henry Sigerist en 1931, aseveraba que “la relación entre médico y paciente es una relación pura de persona a persona”. Sin embargo, por aquella misma época, Schumpeter percibía justo lo contrario, una relación de explotación. Ambas visiones no sólo han acaparado el ámbito de estudio, sino que también han ejercido una fuerte influencia en las reformas efectuadas en el sector de la salud. No obstante, pese a contener ciertos rasgos considerados relevantes, deben someterse a una seria reconsideración. De cualquier manera, a la relación médico-paciente se le han sumado diversas interpretaciones según el autor de que se trate:

⁹⁴ Alrededor del año 1800, los pacientes eran la parte preponderante del sistema médico. Los pacientes consultaban en la misma medida a médicos y a toda clase de sanadores. En este sentido, la homeopatía no sufrió muchas transformaciones en su camino hacia la modernidad. A su vez, entre las características más importantes de la consulta “tradicional” de principios del siglo diecinueve, destacan la extensión en la toma de datos sobre el paciente, la importancia de la investigación clínica y el no dar apenas sentido al diagnóstico diferencial (*Ibidem*, 2002).

“Algunas contribuciones decisivas, sobre todo en los años setenta, han evidenciado que la relación de que se trata ha llegado a ser en cierto sentido irrelevante y en otros aspectos yatrogénica por añadidura (I. Illich, R. J. Carlson). Según como concluyen muchos estudios e investigaciones, la relación médico-paciente no parece influir de forma positiva y relevante sobre los indicadores más importantes de la salud, como la mortalidad y la morbilidad (A. L. Cochrane, T. McKeown y G. MacLachlan). Desde el punto de vista de la estructura organizativa, el encuentro individual entre médico y paciente aparece cada vez más como un anacronismo, por otra parte cada vez más costoso e ineficiente (V. Fuchs, A. Wildavsky). El recurso a estructuras organizativas complejas, como son los servicios sanitarios nacionales en Estados con régimen de bienestar, parece haber eliminado tanto el carácter de relación pura *de persona a persona*, como la explotación directa de tipo capitalista de la que hablaba J. Schumpeter. Se habla más bien, en la actualidad, de que incluso el médico está siendo lentamente “proletarizado” (J. B. McKinley, G. Rosen), mientras que, por el contrario, el paciente está siendo colectivizado en la figura de consumidor de masa” (Donati, 1994, pág. 50).

Asimismo, apunta Donati (1994) que los distintos modelos de la relación médico-paciente están vinculados al contexto histórico y cultural. No obstante, ninguno de esos modelos se adecua a las necesidades de la sociedad de nuestros días que, por un lado, busca alejarse de la progresiva burocratización de la sanidad, y por otro, de la “manipulación del hombre por el hombre”. En ese sentido, aparecen modelos cercanos a las nuevas y cambiantes necesidades sociales, como los elaborados en base a los planteamientos lingüísticos y pragmalingüísticos de la relación médico-paciente. Estos modelos explican que la dependencia del enfermo respecto al médico, se debe a diferencias culturales y lingüísticas:

“A. V. Cicourel (1983) ha desarrollado un modelo de análisis de la configuración (*setting*) interactiva que, aunque confiándose en gran parte

en la psicología cognoscitiva, tiene en cuenta tres modelos básicos: el modelo de resolución de problemas (*problem-solving*), el modelo de los actos lingüísticos, y el 'modelo de la expansión', que reconstruye el conjunto del tejido de las informaciones implícitas y explícitas. Según A. Cicourel, médicos y pacientes interactúan con dos lenguajes diferentes que no son sólo dos sub-culturas distintas, sino también, y sobre todo, dos *sistemas abstractos* distintos (definidos respectivamente *abstraction by recoding* y *content-based abstraction*), que son dos formas de *literacy* (literalmente de 'alfabetización')" (*Ibidem*, págs. 56-57).

De nuevo surge el trato irrespetuoso y desconsiderado de la medicina oficial. El médico alópata no está tan bien valorado por los pacientes alternativos. Se siente como alguien muy distante e imbuido de poder, alguien en definitiva que no tiene interés por fomentar las capacidades del paciente. La atención despersonalizada se expresa con firmeza en la narración inmediata:

"Cuando vas a tu médico de cabecera, que es incapaz de auscultarte, que no tiene ni una ficha tuya de lo que te ha pasado, que no es un médico de cabecera, no conoce ni tu nombre, o sea, bueno, lo está viendo en la cartilla y a lo mejor, si tiene un poco de delicadeza, te nombra, no hay un trato cercano. Y bueno, los especialistas⁹⁵ muchísimo menos. Yo creo que tienen demasiado poder y entonces te dicen: es que usted tiene no se qué, te dicen cuatro palabros y cuando les dices que te expliquen, encima se ofenden, no les gusta. Yo considero que están hablando de mí y yo soy la persona más interesada y con más derecho a que me cuenten qué me pasa" (P10).

Se enfatiza una vez más el sentido de dominio o prepotencia de los médicos oficiales: "*Yo creo que tienen demasiado poder*", además de su

⁹⁵ Esta visión poco favorable hacia los médicos generalistas y especialistas, contrasta con los datos ofrecidos por Günther y Römermann (2002), donde los pacientes alemanes bajo tratamiento homeopático, se muestran satisfechos o muy satisfechos con su médico general en un 89 por ciento de los casos.

arrogancia: “cuando les dices que te expliquen, encima se ofenden, no les gusta”.

Para Durán (1983) existe una reserva por parte del médico respecto al diagnóstico del paciente. En unos casos, se estima que si el enfermo tiene conocimiento de su patología, sobre todo si ésta es grave o irreversible, puede agravar su estado. Además, esa ocultación puede tener una “función defensiva y autoprotectora” de cara a un diagnóstico erróneo, pero también, tiene el efecto de incrementar el poder del facultativo y hacerle invulnerable socialmente.

En la siguiente narración el médico alternativo, en este caso el homeópata, es percibido de manera muy distinta al doctor oficial o alópata. El médico alternativo es muy valorado entre los pacientes, principalmente por el trato, la capacidad de escucha, la anamnesis. Los pacientes entienden que todo ello forma parte del propio proceso de curación. Esta percepción es vivamente descrita por una entrevistada:

“Noté una diferencia radical entre el médico homeópata y el alópata. Para empezar el homeópata se dirigía a mí, la forma de diagnóstico, el contacto físico. Las preguntas que te hacen te descolocan de lo distintas que son, hay una diferencia abismal a qué le dan importancia o qué tipo de información necesitan para su trabajo” (P15).

A su vez, la falta de comunicación entre el médico oficial y el paciente aparece continuamente en los discursos recogidos:

“El médico alópata yo creo que no escucha, que oye. Tú le cuentas y él oye lo que le cuentas y hace la receta relacionada con lo que le has contado. Para mí escuchar es algo más complejo” (P7).

En términos generales, existe una incomunicación entre el médico y el paciente en todos los estratos de la población, y se acrecienta a medida que el nivel socioeconómico y cultural del enfermo desciende:

“El esfuerzo de comunicación del médico con el paciente se centra habitualmente en las instrucciones para el tratamiento. En España, el propio sistema sanitario genera una forma específica de relación médico/paciente, con breves minutos como promedio de duración de la consulta. En el Informe de referencia, muchos entrevistados señalaban que el médico comenzaba a prescribir los fármacos (unas palabras ininteligibles para el enfermo, sobre el formulario de la receta) al minuto escaso de iniciada la consulta, tras algunas preguntas rapidísimas y cortando a medias las explicaciones del paciente sobre sus síntomas o deseos. Con frecuencia, en esta breve comunicación no había ninguna referencia al diagnóstico, aunque se insistiera en el modo de seguir el tratamiento” (Durán, 1983, pág. 44).

La necesidad que sienten los pacientes de ser escuchados es un motivo importante que hace que se decanten por la medicina alternativa y se muestren críticos frente a la medicina convencional:

“El médico homeópata te escucha y el médico alópata no, aunque hay algunos alópatas que son fabulosos, pero noto gran diferencia. Yo creo que la homeopatía profundiza más, es más importante lo que tú cuentes que dentro de la medicina alopática, en esta medicina no es tan importante lo que tú cuentes, lo que tú expreses no interesa tanto” (P12).

Del mismo modo, los pacientes piden que el facultativo les dedique más tiempo⁹⁶ y esa petición la encuentran más claramente satisfecha con el médico alternativo que con el convencional⁹⁷:

“La diferencia del homeópata en este caso es que en teoría tiempo real no hay, o sea tu vas al homeópata y puedes estar cinco minutos si no hay mucho de lo que hablar, o si vas en un momento en el que no te encuentras bien en general pues igual puedes pasar una hora charlando con él. Entonces en ese sentido, hay una gran diferencia con respecto al alópata, claro, vas a la Seguridad Social, hay que contar con sus posibilidades pero yo encuentro al alópata más al expendedor de recetas, en general, pero incluso cuando vas o has ido al especialista, que a su vez, imagino, que tiene detrás otros igual que tu, pero hay que ir rápido. En seguida le dices me duele aquí, pues te mando la radiografía y hala, que pase el siguiente. Yo creo que lo que en realidad lo único que hace el homeópata con respecto al alópata es mimarte el alma un poco, en ese sentido, en el sentido de sentirte escuchado. Yo creo que el hecho de sentirte escuchado es importante” (P2).

La escucha equivale a una buena atención que va mucho más allá de la que pueda ofrecer un médico convencional visto como “expendedor de recetas”, y sujeto a los condicionantes de la Seguridad Social. La escucha se percibe como algo tan valioso que se asemeja al cuidado del alma “lo único que hace el homeópata con respecto al alópata es mimarte el alma un poco, en ese sentido, en el sentido de sentirte escuchado”. El practicante alternativo, en

⁹⁶ En la investigación empírica realizada por Fairclough (1992) se hace una distinción entre un modelo biomédico de entrevista médica y un modelo heterodoxo. El primero se caracteriza por ciclos de preguntas realizadas por el médico, seguidos de las respuestas del paciente y juicios del médico. En el segundo modelo, el paciente habla durante un largo tiempo.

⁹⁷ Shorter (1993) matiza que el reconocimiento social de los médicos como los expertos en el campo de la salud y la enfermedad adquiere su máximo relieve en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial. A partir de ese momento las consultas médicas se caracterizan por su brevedad en la toma de datos acerca del paciente (la historia), por la rapidez en el examen físico, al tiempo que ponen una esmerada atención a los resultados del laboratorio y a las imágenes del diagnóstico.

este caso homeópata, es visto como el sanador no sólo del cuerpo, sino también del alma de sus pacientes.

La consulta homeopática difiere radicalmente de la consulta alopática⁹⁸. Comenzando por el tiempo de duración que suele oscilar entre 45 ó 60 minutos, y terminando por la historia clínica. La historia clínica que hace el médico homeópata es completamente distinta a la que hace el médico alópata. El médico homeópata se interesa por todas las facetas de la vida del enfermo: las personales, las sociales, las emocionales, etc. La homeopatía no descarta ningún aspecto no sólo de la vida del paciente, sino también de su dolencia o patología.

Incluso la medicina oficial privada, según las personas entrevistadas, se diferencia algo de la pública en que dedica más de tiempo al usuario, pero en su práctica es absolutamente semejante según se refleja a continuación:

“Pues, yo he pasado por un par de médicos o tres privados oficiales, hombre, un poquito más de tiempo te ofertan pero, te ofertan sólo el tiempo, no hay más. Yo por lo menos no he descubierto nada más, o sea, vas a la Seguridad Social y notas que el médico te va metiendo prisa para que acabes pronto. Les importa poco qué hay más allá del problema que llevas, o sea, que lo que están viendo es el problema que

⁹⁸ Morales (2000) comenta la confianza que el paciente cobra en el médico tras la primera consulta homeopática: “Al finalizar la primera consulta homeopática la mayor parte de los pacientes saben que ahora tienen un médico que se interesa por su vida, un confidente que escucha sus sufrimientos con interés por una sola razón, y ésta es que quiere ayudarlo. Esta confianza es el primer paso en el camino de una curación, pero no es el único. Durante su etapa parisina Hahnemann recibió como paciente al mismísimo Napoleón. Tras el interrogatorio de rigor cuentan que el ilustre hipocondríaco, al salir de la consulta, comentó a uno de sus acompañantes: ‘Éste sí que me ha comprendido’. Pero después no siguió el tratamiento. Los emperadores tienen estas cosas” (Morales, 2000, págs. 81-82).

llevas, que no hay más, a diferencia del médico alternativo que lo que busca es qué hay detrás para que eso se esté dando ¿no?” (P1).

Del mismo modo, hay una característica muy común a muchos usuarios de medicinas alternativas, la decepción que sienten hacia la medicina convencional por no haber curado su enfermedad, sobre todo las enfermedades crónicas:

“Mi enfado es con la medicina clásica que haciéndome reconocimientos todos los años, no hayan detectado que yo tenía unas pulsaciones mínimas, tenía de 52 a 53 pulsaciones y hace dos años como tenía 43, fue cuando me dijeron aquí está pasando algo. Entonces, estoy un poco enfadada con la medicina clásica porque hacerme un reconocimiento anual que yo entiendo que es una cosa preventiva, que me tendrían que haber detectado que yo tengo una enfermedad crónica y no me lo han detectado” (P17).

El desengaño hacia la medicina oficial es un rasgo distintivo de las personas entrevistadas que padecen una enfermedad crónica y se muestran muy escépticos ante la misma:

“No lo digo porque son cosas que no se investigan, que son enfermedades claramente de mujeres, porque la medicina es de hombres⁹⁹. La medicina convencional es de hombres y para hombres y

⁹⁹ El trabajo de Fisher (1984) sobre la comunicación médico–paciente en una consulta familiar, evidencia la insatisfacción de muchas pacientes ante las explicaciones ofrecidas por los médicos, especialmente en las decisiones respecto al tratamiento a seguir, ya que con frecuencia no acompaña a “los intereses de las mujeres”: “When doctors are men and their patients are women, the asymmetry and the reciprocal nature of their relationship is heightened. In our society the structure of the man-woman and the physician–patient relationship recapitulate and reinforce each other, locking male physician and female patient in a relationship that may not be in the patient’s interest” (Fisher, 1984, pág. 3).

creo que en esta sociedad hay un dolor femenino muy grande y se muestra con lo que se tiene que mostrar, con la anorexia, con depresiones, con fibromialgia, con fatigas crónicas, con muchos problemas de tiroides como es mi caso, y que ese dolor femenino no está recogido en la medicina tradicional, en la convencional. En las medicinas alternativas no creo que esté recogido como una enfermedad de las mujeres, pero sí tienen una apertura más grande hacia lo que le pasa a cualquier ser humano” (P9).

En el testimonio precedente parece querer dejar entrever que vivimos en una sociedad sexista que perjudica a las mujeres y les produce dolor: “*creo que en esta sociedad hay un dolor femenino muy grande*”. En consecuencia, ese dolor se enmascara mediante una serie de enfermedades de tipo crónico que afectan fundamentalmente a las mujeres como la anorexia¹⁰⁰, la fibromialgia, trastornos asociados a la tiroides, etc. para las que la medicina oficial no acaba de encontrar solución. Se subraya la oposición entre la medicina convencional y la medicina alternativa, poniendo el énfasis en el carácter sexista de la primera: “*La medicina convencional es de hombres y para hombres*” frente a la mayor “*apertura*” de la segunda, más dispuesta a comprender al ser humano en toda su amplitud.

¹⁰⁰ Respecto a la anorexia Giddens (1995) destaca lo siguiente: “La anorexia se debería entender más bien en función de la pluralidad de opciones que la modernidad tardía pone a nuestra disposición (viéndola sobre el telón de fondo de la exclusión permanente de las mujeres de la plena participación en el universo de actividad social que genera estas opciones). Las mujeres tienen hoy día la posibilidad nominal de elegir entre una gran variedad de oportunidades; sin embargo, en una cultura masculina, muchas de esas vías están en realidad cerradas. Más aún, para lograr las realmente existentes, las mujeres deben abandonar su identidad anterior, ‘prefijada’, más radicalmente que los hombres. En otras palabras, las mujeres experimentan la apertura de la modernidad tardía de forma más plena pero más contradictoria” (Giddens, 1995, pág. 137).

También los usuarios de terapias alternativas entrevistados recalcan la falta de eficacia de la medicina convencional, así como los efectos adversos de sus tratamientos según queda expresado más abajo:

“Mi principal problema era una conjuntivitis alérgica que no desaparecía con los tratamientos de medicina alopática, probé con homeopatía y como la mejoría fue instantánea, desde entonces no he vuelto a ponerme colirios” (P11).

Furnham y Smith (1988) compararon dos grupos de pacientes, uno de medicina general y otro de homeopatía. El grupo de pacientes de homeopatía era mucho más escéptico y crítico hacia la medicina oficial que el otro. Su escepticismo provenía más de las malas experiencias vividas con esta medicina y con los practicantes de la misma que de su creencia en la ineficacia de la biomedicina.

3.2. La confianza en la medicina alternativa: la atención integral.

Las medicinas alternativas incorporan una nueva visión sobre la salud y la medicina en la que la atención integral y la prevención cobran un relieve significativo. Según Coward (1989) y Crawford (1980) la salud holística incluye una amplia gama de sanadores y de seguidores que basan sus principios en una nueva forma de vida y en una visión del mundo más ecológica. Así, los métodos de sanación incluyen la homeopatía, la acupuntura, la osteopatía, las terapias nutricionales, la naturopatía, la meditación y un largo etcétera. Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad no se entiende exclusivamente como una cuestión física, sino también mental y espiritual. La salud holística se convierte en palabras de Crawford (1980) en una nueva “way of being” en la

que se relacionan el cuerpo, la mente y el espíritu, y que tiene que ver con “high-level wellness”, “super health” o “joy of live”. No obstante, Sharma (1996) apunta que existen razones de índole más pragmática que hacen que las personas se inclinen por este tipo de terapias.

Este nuevo enfoque parte de una perspectiva holística o global en la que el ser humano se concibe como una totalidad o globalidad:

“Yo soy yo. Yo soy entera y es imposible saber donde termina mi experiencia vital, donde empieza mi carga genética, en la memoria que yo he heredado de las mujeres de mi familia. Es imposible separar todo eso. Yo soy fruto de lo que soy, pero soy entera, y todas esas dicotomías lo que hacen es partirme en trozos. Las medicinas alternativas tienen una concepción global del cuerpo, aunque yo no sé si todas la terapias, yo sé que todos los terapeutas con los que he estado es la sensación que a mí me ha dado. Yo lo que he aprendido de ellos es que yo sé que soy un todo” (P15).

Los pacientes alternativos entrevistados se ven a sí mismos como una unidad en la que se condensan como en el caso anterior, la *experiencia vital*, la *carga genética*, etc. La persona entendida como un todo: “yo sé que soy un todo”. Frente a este pensamiento de unicidad o conjunto: “Yo soy entera”, emerge el contrario, lo dicotómico, es decir el todo frente a las partes: “pero soy entera, y todas esas dicotomías lo que hacen es partirme en trozos”. Probablemente aquí se esté refiriendo a la visión más reduccionista de la medicina convencional, a las divisiones que hace, ya que estudia las partes para obtener un conocimiento más exhaustivo.

Günther y Römermann (2002) destacan que los pacientes homeopáticos se acercan más que los alopáticos, a aquellas posiciones mantenidas por la

homeopatía que relacionan la causa de la enfermedad con la perturbación de la “fuerza vital”. Así, piensan que mediante la administración de remedios homeopáticos el cuerpo se cura, es decir se produce la autocuración. También tienden a pensar que la homeopatía es una terapia holística, pues no se centra exclusivamente en los síntomas físicos y una medicina suave, ya que los remedios no se basan en productos químicos, sino en sustancias naturales.

Williams (2003) sostiene que pese al énfasis que mantienen las terapias alternativas en la unidad cuerpo-mente subyace cierta forma de dualismo jerárquico, ya que se concede primacía a la mente sobre el cuerpo en el proceso de sanación.

Las aseveraciones sobre el enfoque integral de las medicinas alternativas se suceden reiteradamente a lo largo de todos los discursos recogidos:

“Sí, pues sí he reflexionado alguna vez sobre ello y yo creo que la enfermedad es como el aviso de nuestro cuerpo de que algo no está funcionando bien, pero no está funcionando bien no sólo dentro de nuestro cuerpo, evidentemente, sino fuera de él. Entonces yo creo que hay avisos previos que son los pequeños síntomas y creo que cuando uno llega a una enfermedad grave es porque no ha escuchado los pequeños síntomas, que están ahí para que pienses qué pasa, ¿no? También la sociedad en la que vivimos no nos acompaña nada para eso. Yo creo que ahí hay una conexión que la alopátia nunca te plantea, por ejemplo, tu tienes una mala digestión y es mala digestión y el resto del cuerpo no existe, o, tu tienes mal el hígado y tienes mal el hígado y el resto del cuerpo no existe, mientras que la medicina alternativa lo que te hace es pensar y reflexionar sobre ello que todo tú eres un conjunto, que no estás en segmentos” (P17).

Otra vez aparece el todo frente a las partes: *“todo tú eres un conjunto, que no estás en segmentos”*. La perspectiva de globalidad de las medicinas no convencionales frente a la visión de parcialidad de la medicina oficial: *“tu tienes mal el hígado y tienes mal el hígado y el resto del cuerpo no existe”*.

Una vez más, la diferencia entre el enfoque médico alternativo y el enfoque médico oficial, en el primer caso una atención más integral e individualizada y, en el segundo, más despersonalizada y fragmentada:

“Yo la diferencia que encuentro entre el médico oficial y el médico alternativo es que el último hace un análisis más en detalle, primero que tratan al paciente individualmente y van y escuchan lo que a esa persona le pasa e intentan relacionar eso con montones de cosas. Sin embargo, la endocrina me trata exclusivamente el problema de tiroides, pero yo no soy sólo un problema de tiroides, yo soy un problema de tiroides con montones de cosas más. Entonces, esa diferencia la verdad es que me agrada porque me ven como un todo, no como una parte” (P13).

Lowenberg y Davis (1994) mantienen que la salud holística contiene elementos significativos de “desmedicalización” y de “remedicalización”. Por un lado, el locus de la causalidad se devuelve a los sujetos y las diferencias en el estatus entre los proveedores y los clientes son aminoradas, lo cual apunta hacia un proceso de desmedicalización. Por otro lado, la creciente extensión de la esfera patógena y su disminución como consecuencia de los cambios en el estilo de vida propuestos por el movimiento de salud holística, indica un fuerte aumento de la medicalización de la vida en las sociedades occidentales (Armstrong, 1986).

En el estudio realizado por Scott (1998) en el que entrevistó a mujeres homeópatas no médicas, observó el carácter femenino de la homeopatía.

Según el mencionado estudio, los homeópatas y sobre todo las homeópatas han creado un sistema holístico de medicina que encara el problema del dualismo ontológico del cuerpo y la mente. Asimismo, en relación a este holismo, se detectó un movimiento de medicalización/desmedicalización dentro de las terapias alternativas. Según esto, con la desmedicalización se transfería responsabilidad y poder del practicante al paciente, mientras que con la medicalización se tendía a trasladar toda la vida social dentro del dominio médico. Desde esta visión, el supuesto potencial “liberador” de las terapias alternativas o complementarias adquiere un matiz problemático, ya que se pueden considerar elementos de continuidad de la biomedicina y de la cultura de consumo y ello las sitúa en un punto crítico (Sharma, 1996).

Además, las medicinas alternativas son valoradas positivamente por parte de las personas entrevistadas, ya que consideran que son tratadas con respeto:

“Fundamentalmente, el trato en medicina alternativa me parece bueno, por lo menos los que he tratado y por lo general los médicos que te ven, que te hablan, que te cuentan, que te tocan. Mi médico decía que al paciente hay que tocarle la tripa y ver dónde le duele y demás y la medicina tradicional esto lo hace en rarísimas ocasiones. El trato en la medicina alternativa me pareció muy correcto” (P11).

De este modo, el respeto y también la confianza son cuestiones claves en la elección de terapias no convencionales:

“Sí, sobre todo han sido, al margen del tema material de darte una cosa que te ayuda, unas bolitas o unas agujas, han sido el vehículo de la confianza en mí misma. O sea, saber que yo estaba en buenas manos y que si ellos confiaban en mi cuerpo yo también tenía que confiar en mi

cuerpo. Ellos, los médicos o los terapeutas alternativos, si ellos confiaban en mi cuerpo, no sólo en mi cuerpo sino también en el suyo y todos los que se le ponían por delante, si ellos confiaban en mi cuerpo yo también podía confiar; igual que anteriormente la medicina convencional no confía en mi cuerpo, no confía en lo que yo digo, no confía en lo que yo hago, yo tampoco confío. Un vehículo de confianza y por supuesto eso, tiene los remedios que te ayudan a estar mejor” (P10).

Asimismo, los sujetos entrevistados creen que dichas medicinas son efectivas y no dañan el organismo¹⁰¹. De este modo, la importancia que se concede a la inocuidad es uno de los motivos centrales que apuntan a la opción por estas terapias:

“Yo, las medicinas alternativas la idea que tengo de ellas es que en principio no son agresivas y te calman, te alivian, te curan, para mí lo importante es que no agredan a mi organismo” (P6).

La visión de las terapias alternativas como aquellas medicinas que pretenden el equilibrio físico, mental y emocional de los individuos es compartida por todos los usuarios entrevistados. Así, la importancia que se concede al aspecto emocional y psíquico es concluyente según queda reflejado en los discursos recogidos.

¹⁰¹ Günther y Römermann (2002) señalan las tres razones más importantes esgrimidas por los pacientes analizados en su estudio, sobre su opción a favor del tratamiento homeopático. En primer lugar, está la efectividad de la terapia; en segundo lugar, el buen trato dado por el médico y en tercer lugar, el mayor grado de responsabilidad personal en la recuperación. El primer argumento se basa, en parte, en la experiencia que las personas del entorno social del usuario tienen o han tenido con la homeopatía. Esta influencia se extiende al nuevo paciente que a su vez, acaba por incorporar a otros individuos de su círculo a esta terapia.

Los pacientes entrevistados se decantan por las medicinas alternativas porque pueden participar de una manera activa¹⁰² en el transcurso de su enfermedad y, también, porque aprecian el hecho de que estas terapias consideran que las emociones¹⁰³ forman parte del proceso de la enfermedad:

“Voy a ser un poco atrevida, pero yo te diría que el noventa y mucho por ciento de las enfermedades pasan por el campo emocional, pasan por la cabeza, son pensamientos, ideas, psicosis, por decirlo de alguna manera o reiteraciones mentales que se te quedan ahí atascadas y que no resuelves, ¿no? Y que llegan a asentarse en un órgano, en una víscera, en un miembro o en una articulación y entonces te duele aquí, te duele allí o se te inflama no sé qué, pero como expresión de algo que ha pasado por otros sitios, y esto las terapias alternativas lo tienen muy en cuenta” (P17).

El reconocimiento de que el elemento emocional puede ser un desencadenante de todo proceso de enfermedad se recoge reiteradamente en todos los discursos:

“El origen de la enfermedad no es algo puramente físico, yo creo que es algo que tiene que ver con la fisiología del cuerpo por supuesto, pero tiene también algo de mental o de emocional. Las medicinas alternativas consideran que las emociones o el sentimiento emocional de una persona puede agravar una enfermedad” (P1).

¹⁰² Berliner y Salmon (1980) y también Crawford (1980) subrayan que la responsabilidad personal y el cambio en el estilo de vida ocupa un lugar primordial en la elección de estas terapias. De este modo, se desplaza la atención de la política económica más amplia de la salud y la enfermedad, es decir se trataría de una privatización de la lucha para generalizar el “well-being”.

¹⁰³ Entre las expectativas más señaladas por los pacientes alemanes bajo tratamiento homeopático acerca de la prescripción facultativa homeopática, destacan las siguientes: que trate la causa profunda de su malestar, que incremente su resistencia a la enfermedad, que tenga en cuenta su psique o personalidad y que les ayude a aprender algo sobre el “significado” de la enfermedad en sus vidas (Günther y Römermann, 2002).

Otra vez surge el componente emocional como eje discursivo, en el que se destaca como uno de los factores primordiales en la génesis y desarrollo de los procesos de morbilidad:

“Pienso que lo emocional o mental es capaz de crear un malestar o enfermedad, y capaz también de perpetuarlo, y que al final los tratamientos terminan siendo parches si no modificas eso otro que hay de fondo. Yo creo que después de que lo vives lo reconoces, identificas períodos quizás más conflictivos emocionalmente con períodos más conflictivos también en la salud física, y ahora a posteriori quizás lo veo bastante más claro, pero vamos que la enfermedad, lo que es la manifestación física yo creo que tiene casi siempre un componente psicológico, mental detrás” (P3).

Ackernecht (1985) señala la importancia que en la génesis y desarrollo de la enfermedad tienen los factores psicológicos:

“En lo que se refiere a los factores psicológicos de la enfermedad acabamos de entrar en el estadio de *la medicina psicosomática*, y estamos redescubriendo con gran despliegue de acrobacias terminológicas lo que los grandes médicos de todos los tiempos sabían de una forma u otra: que no existe una enfermedad puramente somática en cuya producción y evolución no influyan factores psicológicos y por otro lado, que no hay enfermedad psíquica en la que no intervengan elementos somáticos” (Ackernecht, 1985, pág. 120).

Coward (1989) apunta que en estas terapias el elemento emocional acompañado de la energía vital ocupa un lugar central, y ello nos habla de un tratamiento integral del ser humano.

Fortes y Fraiz (2002) matizan que los pacientes entrevistados en su estudio definieron la homeopatía como una terapia que trata a la persona en su

conjunto, es decir que no tiene en cuenta únicamente los síntomas físicos, sino también los síntomas psicológicos y emocionales. Esta idea va acompañada de la sensación de que el médico homeópata trata al paciente como un ser individual.

El énfasis de las medicinas alternativas en la atención integral e individualizada del ser humano, se relaciona con algunos aspectos de las sociedades avanzadas en las que la búsqueda tenaz de la individualidad, coloca a los sujetos en una encrucijada donde las múltiples opciones se brindan inasequibles al desaliento. La individualización proyecta sombras de duda en aquellos que pese a ser individualizados, aún no se han convertido en individuos:

“Muchos de nosotros hemos sido individualizados sin convertirnos verdaderamente en individuos; muchos más se sienten acosados por la sospecha de que en realidad no son lo bastante individuos como para hacer frente a las consecuencias de la individualización. Para la mayoría de nosotros -como dijo punzantemente Ulrich Beck en *Risikogesellschaft* (La sociedad del riesgo)- la individualización es lo mismo que ‘los expertos arrojando sus contradicciones y conflictos a los pies del individuo y dejándolo con una invitación bien intencionada a juzgar todo eso críticamente basándose en sus propias ideas’. Como consecuencia, la mayoría de nosotros nos vemos obligados a buscar soluciones biográficas a unas contradicciones sistémicas” (Bauman, 2001, págs. 121-122).

A lo largo de este capítulo se ha explorado en las cosmovisiones simbólicas y culturales de los pacientes de medicinas alternativas. Las medicinas alternativas entendidas como operadores simbólicos que catalizan discursos culturales que, a su vez, conforman el relato social.

**CAPÍTULO 9. EL CONSUMO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS EN EUROPA:
UNA APROXIMACIÓN A LA ESTRUCTURA SOCIAL.**

CAPÍTULO 9. EL CONSUMO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS EN EUROPA: UNA APROXIMACIÓN A LA ESTRUCTURA SOCIAL.

El presente capítulo cierra la tercera y última parte de esta tesis doctoral, así como del apartado empírico de la misma. El capítulo se ha elaborado a partir de la explotación de una serie de datos contenidos en la Encuesta Social Europea (ESA) 2004. El objetivo que se perseguía con dicha explotación estadística era una aproximación a la estructura social de los nuevos consumidores de medicinas alternativas.

1. Trazos y bosquejos de los nuevos usuarios de medicinas alternativas.

En primer lugar conviene matizar que por consumidor de medicina alternativa se entiende aquella persona que haya contestado que acudiría a algún tipo de terapia alternativa de las que aparecen, por primera vez en 2004, en los ítems del cuestionario: *Acupuntura o acupresión, Medicina china, Quiropráctica u osteopatía, Tratamiento herbal u homeopatía, Hipnoterapia, Terapia de masajes, Reflexología y Otras prácticas*. A los encuestados se les preguntó si recurrían a alguna de estas terapias médicas para tratarse cada una de las cuatro dolencias comunes estimadas en el cuestionario (*dolor de garganta, dolor de cabeza, problemas para dormir y dolores de espalda*).

1.1 La dimensión cuantitativa y la distribución por países.

En un primer acercamiento se detecta que del total de la población europea entrevistada (31807), casi el 6 por ciento (1833) consume algún tipo de medicina alternativa. El consumo de medicina en general (CMG) se ha desglosado en dos categorías: consumidores de medicina convencional (CMC)

y consumidores de medicina alternativa (CMA), tal y como se aprecia en la tabla siguiente:

Tabla nº 1 Distribución porcentual de consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

CMG	Frecuencia	Porcentaje
CMC	29974	94,2%
CMA	1833	5,8%
Total	31807	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

El consumo de medicina alternativa muestra un reparto desigual entre los distintos países estudiados, punteando una clara línea demarcatoria entre el norte y sur de Europa. Así, países escandinavos como Suecia (16,7%) y Dinamarca (15,4%) son los pioneros en la utilización de medicinas no convencionales. En el polo opuesto, destacan España (2,1%), Grecia (2,0%) y Portugal (0,8%) en el sur europeo. En el centro del continente, y con un nivel de consumo muy próximo a los países nórdicos, sobresale Austria (14,8%) como el territorio más destacado en el uso de estas medicinas. La tabla que sigue a continuación desvela el dispar fenómeno de esa distribución espacial.

Tabla nº 2 Distribución porcentual del consumo de medicinas alternativas según países.

Porcentaje de consumidores de MA en cada país			
<i>Austria</i>	14,8%	<i>Francia</i>	5,1%
<i>Suecia</i>	16,7%	<i>Eslovenia</i>	5,0%
<i>Dinamarca</i>	15,4%	<i>Hungría</i>	4,8%
<i>Irlanda</i>	10,3%	<i>Holanda</i>	4,5%
<i>Luxemburgo</i>	8,6%	<i>Eslovaquia</i>	3,6%
<i>Reino Unido</i>	8,0%	<i>Estonia</i>	3,4%
<i>Bélgica</i>	7,5%	<i>Polonia</i>	2,9%
<i>Finlandia</i>	7,3%	<i>España</i>	2,1%

<i>República Checa</i>	6,7%	<i>Grecia</i>	2,0%
<i>Alemania</i>	6,2%	<i>Portugal</i>	0,8%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

1.2. Rasgos y perfiles de los consumidores de medicinas alternativas.

Los estudios realizados por Fortes y Fraiz (2002) y por Günther y Römermann (2002), entre otros, ponen de manifiesto que un alto porcentaje de los pacientes de homeopatía son mujeres, son residentes urbanos, que tienen una edad entre 31 y 50 años, más de la mitad posee estudios universitarios y sus ingresos son elevados. Los sectores de ocupación donde desarrollan principalmente su actividad profesional son el científico, el técnico, el artístico, la enseñanza y la salud.

De otro lado, no se aprecia ninguna diferencia entre el peso de los consumidores de medicinas alternativas según el tamaño del hábitat del su lugar de residencia, en tanto que la proporción de población usuaria en el medio urbano (grandes ciudades, suburbios y pequeñas ciudades, según tipología de la ESA) es similar a la proporción total de personas que residen en el medio urbano: 66, 8 %.

El nivel de consumo de medicina alternativa tanto en los hombres como en las mujeres encuestadas es muy similar, con tan sólo 2,2 puntos de diferencia en favor de las mujeres. En términos absolutos cabe indicar que de cada diez pacientes de terapias alternativas seis corresponden a mujeres, teniendo en cuenta que la población general femenina es algo superior a la masculina en los países estudiados (52, 4% y 47,6% respectivamente).

Tabla nº 3 Consumo de medicina convencional y medicinas alternativas según sexo.

Sexo	CMG		
	<i>CMC</i>	<i>CMA</i>	<i>Total</i>
<i>Hombre</i>	95,2%	4,8%	100%
<i>Mujer</i>	93,4%	6,6%	100%
<i>Total</i>	94,2%	5,8%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración

propia.

Por lo que respecta a la edad, casi el 50% de los usuarios de medicinas alternativas está comprendido en una franja de edad que va de los 30 a los 49 años, donde se sitúa la cúspide del consumo. En las edades anteriores y posteriores a esa franja la tasa de consumo va decreciendo sucesivamente, especialmente entre los más mayores.

Tabla nº 4 Edades de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

Edad	CMG		
	<i>CMC</i>	<i>CMA</i>	<i>Total</i>
<i>De 18 a 29 años</i>	18,1%	13,7%	17,9%

<i>De 30 a 39 años</i>	17,5%	20,1%	17,7%
<i>De 40 a 49 años</i>	19,7%	27,9%	20,1%
<i>De 50 a 59 años</i>	17,0%	20,1%	17,2%
<i>De 60 a 69 años</i>	13,9%	11,6%	13,8%
<i>De 70 a 79 años</i>	9,7%	5,1%	9,4%
<i>De 80 y más años</i>	4,0%	1,6%	3,9%
Total	100%	100%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

En relación al estado civil, seis de cada diez están casados. Del resto, casi tres de cada diez vive con una pareja y el 41,2% ha vivido alguna vez en pareja sin estar casado, dato que contrasta con el 21,8% calculado para los consumidores convencionales, lo que confirma una mayor apertura de los alternativos a las relaciones de pareja no convencionales.

De otro lado, el nivel educativo de las personas que utilizan medicinas no convencionales es más elevado que el de las que utilizan medicina ortodoxa. De este modo, en el primer caso casi tres de cada diez tienen estudios superiores universitarios, frente a dos de cada diez en el segundo. En general, a medida que aumenta el nivel de instrucción aumenta también la tasa de usuarios de medicinas alternativas.

Tabla nº 5 Nivel educativo de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

Máximo nivel educativo alcanzado	CMG		
	<i>CMC</i>	<i>CMA</i>	<i>Total</i>
Primaria incompleta	5,8%	2,2%	5,6%
Primaria o primer nivel de Básica	13,9%	5,8%	13,4%
Primer nivel de Secundaria o Segundo de Básica	21,5%	16,4%	21,2%

Segundo nivel de Secundaria	32,8%	37,1%	33,0%
Post Secundaria, no universitaria	6,3%	9,7%	6,5%
Primer nivel de Universitaria (Diplomados)	14,7%	19,9%	15,0%
Segundo nivel de Universitaria (Licenciados)	5,0%	8,9%	5,2%
Total	100%	100%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Las disciplinas en las que los usuarios de medicinas alternativas han finalizado los estudios de mayor nivel, se encuentran principalmente las siguientes: en primer lugar, disciplinas técnicas o de ingeniería (15,8%); en segundo lugar, la economía, el comercio o la administración de empresas (15,4%); en tercer lugar, la medicina, servicios de salud o enfermería (10%); en cuarto lugar, formación del profesorado o educación (7,8%) y, en quinto lugar, servicios de cuidado personal (7,7%).

Por lo que se refiere a la relación con la actividad económica, cabe señalar la mayor proporción de usuarios de medicinas alternativas que tiene un *empleo remunerado*, con diez puntos de diferencia por encima de los consumidores de medicina convencional (58,4% frente a 48,2%). Sin embargo, la situación laboral es muy similar en ambos grupos donde más del 80% son trabajadores por cuenta ajena. Tocante a las ocupaciones, en los consumidores alternativos hay principalmente un mayor número, en términos relativos, de técnicos y profesionales de nivel medio (9,7%), oficinistas (9,2%), profesionales de la enseñanza (7,2%) y profesionales científicos e intelectuales (7,0%). A su vez, los ingresos que entran en el hogar por todos los conceptos de dichos usuarios, son superiores a los ingresos de los usuarios convencionales (por ejemplo, los ingresos mensuales de más de 3000 euros comprenden al 36,6% frente al 22,2%, respectivamente).

2. El desvelado fenómeno de los nuevos usuarios de medicinas alternativas.

2.1. La intensa participación política y social de los usuarios alternativos.

El interés en temas de política es manifiestamente notorio y superior en los usuarios alternativos que en los no alternativos, con unos 13 puntos de diferencia (56,7% y 44,2%). Esta tendencia se ilustra más claramente cuando se les cuestiona a los entrevistados sobre su participación de una manera activa en acciones de carácter político. Por ejemplo, en la participación electoral en las últimas elecciones generales, celebradas en cada país hasta el año 2004, se registró una cota superior entre los consumidores alternativos (80,2%) frente al resto (72,8%).

Igualmente, la participación de los usuarios alternativos en política adquiere un peso relevante cuando se formulan preguntas que cuestionan la implicación directa en actividades políticas. Así, la colaboración con un partido político o una plataforma de acción ciudadana se duplica en el colectivo alternativo; la colaboración con alguna otra organización o asociación está ocho puntos por encima de los usuarios convencionales. Un dato interesante es que el boicot a ciertos productos está a 21 puntos de distancia entre ambos grupos, lo que demuestra un mayor nivel acción en relación con la conciencia. En un grado menor de actividad política, tenemos que los consumidores de medicina alternativa europeos, también manifiestan más interés en participar en política que los consumidores de medicina convencional. De hecho, han contactado con algún político o autoridad pública dos de cada diez de los primeros, frente a uno de cada diez de los segundos. También, se muestran más proclives a exhibir insignias o pegatinas de alguna campaña; a firmar peticiones en una campaña de recogida de firmas, con una tasa de 18 puntos

de diferencia, así como a participar en manifestaciones autorizadas.

Tabla nº 6 Participación política y social de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

	PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL		
	CMC	CMA	TOTAL
Voto en las últimas elecciones generales	72,8%	80,2%	73,3%
Colaborar con un partido político en los últimos 12 meses	3,8%	6,6%	4,0%
Contactar con político o funcionario en los últimos 12 meses	12,7%	21,9%	13,2%
Colaborar con organización o asociación en los últimos 12 meses	14,0%	22,0%	14,4%
Llevar insignias o pegatinas de alguna campaña en los últimos 12 meses	6,8%	11,6%	7,1%
Firmar una petición en una campaña de recogida de firmas en los últimos 12 meses	25,1%	43,4%	26,2%
Participar en manifestaciones autorizadas en los últimos 12 meses	9,1%	13,9%	9,4%
Boicotear o dejar de comprar ciertos productos en los últimos 12 meses	16,9%	38,1%	18,1%
Miembro de un partido político	3,4%	5,2%	3,5%
Miembro de un sindicato	13,4%	22,5%	14,0%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

No obstante, contrasta la baja afiliación a partidos políticos si lo comparamos con el grado de participación antes mencionado. De este modo, se declara miembro de un partido político tan sólo el 5,2% de los alternativos y el 3,4% de los convencionales. Con todo, la escasa afiliación a partidos se contrapone al mayor grado de afiliación sindical, así el 22,5% de los consumidores alternativos son miembros de algún sindicato, frente al 13,4% de los usuarios de medicina convencional. Por tanto, un mayor grado de concienciación y participación política y social caracteriza a los consumidores

de medicinas alternativas, en comparación con los consumidores convencionales¹⁰⁴.

Acerca del posicionamiento ideológico, no hay diferencias significativas entre los grupos comparados. En ambos casos sobre un 75% se sitúa en el centro-izquierda. En la derecha y extrema derecha se posicionan el 20% y el resto en la extrema izquierda. A su vez, las personas encuestadas se manifiestan satisfechas (*bastante satisfecho* o *completamente satisfecho*) con el funcionamiento de la democracia en sus respectivos países en torno al 35% en cada grupo. Los insatisfechos (*bastante insatisfecho* o *completamente insatisfecho*) representan el 25% en cada grupo. Contrasta el grado de satisfacción cuando se les requiere sobre la *labor del gobierno* de su país, ya que tan sólo el 15% está bastante satisfecho o completamente satisfecho al respecto.

El grado de satisfacción con la situación económica de cada país arroja niveles de insatisfacción altos: casi cuarenta de cada cien en cada uno de los colectivos están completamente insatisfechos o bastante insatisfechos con la economía de su nación. Por lo que a este aspecto se refiere tampoco hay

¹⁰⁴ En ese sentido conviene vincular esos niveles de conciencia-participación en la vida política y social en términos de lo que Ulrich Beck llamó la *nueva cultura política*, en el marco de un análisis global: “Ambos procesos -la desaparición del intervencionismo del Estado social en función de su éxito y de las oleadas de grandes innovaciones tecnológicas con amenazas para el futuro hasta ese momento desconocidas- se funden en una *delimitación de la política*, y concretamente en un doble sentido: por una parte, derechos generalizados y admitidos circunscriben el margen de actuación *al* sistema político y generan, *al margen* del sistema político, reivindicaciones de participación política en forma de una *nueva cultura política* (iniciativas ciudadanas, movimientos sociales). La pérdida de poder de realización y configuración estatal no es, en este sentido, expresión de una renuncia política, sino producto de la generalización de la democracia y del Estado social, circunstancia en la cual los ciudadanos aprenden a utilizar, para asegurar sus intereses y derechos, todos los medios del control y asesoramiento público y jurídico” (Beck, 1998, pág. 240).

diferencias significativas entre los consumidores de medicina alternativa y convencional.

El grado de confianza en las instituciones nos ofrece el marco idóneo para entender ciertos rasgos de las sociedades postmodernas. La desconfianza hacia el mundo institucional es una característica de las sociedades avanzadas¹⁰⁵. En la tabla que figura a continuación se aprecia claramente que los niveles de desconfianza en las instituciones es prácticamente el mismo en los dos colectivos de consumidores, por lo tanto no se registran diferencias importantes que identifiquen a los consumidores alternativos como más desconfiados hacia las instituciones.

¹⁰⁵ “Las instituciones empiezan a buscar la pérdida conciencia de clase de ‘los de arriba’ y ‘los de abajo’, puesto que los sindicatos, los partidos políticos y otras organizaciones han construido sus programas, su afiliación y su poder sobre ella. El pluralismo postfamiliar de las familias en disolución se vierte en las antiguas botellas conceptuales, se tapa y se almacena en reserva. En resumen, está surgiendo un mundo doble, en el que ninguna de sus partes puede describirse totalmente en términos de la otra: un mundo caótico de conflictos, juegos de poder, instrumentos y ámbitos que pertenecen a dos épocas distintas, una a la modernidad ‘inequívoca’ y otra a la modernidad ‘ambivalente’. Por una parte, se extiende la vacuidad política de las instituciones, y, por otra, un renacimiento no-institucional de lo político. El sujeto individual regresa a las instituciones de la sociedad” (Beck, 1997, pág. 32).

Tabla nº 7 Grado de confianza en las instituciones de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

GRADO DE CONFIANZA EN LAS INSTITUCIONES							
		<i>Muy poca confianza</i>	<i>Poca confianza</i>	<i>Ni mucha ni poca confianza</i>	<i>Bastante confianza</i>	<i>Mucha confianza</i>	<i>Total</i>
Sistema judicial	CMC	11,2%	18,5%	40,8%	23,7%	5,8%	100%
	CMA	9,2%	17,8%	41,0%	26,4%	5,6%	100%
Parlamento nacional	CMC	15,8%	22,4%	43,7%	15,4%	2,7%	100%
	CMA	12,5%	26,1%	41,8%	16,2%	3,4%	100%
Policía	CMC	5,9%	11,0%	37,4%	34,5%	11,3%	100%
	CMA	5,2%	10,6%	37,8%	33,5%	12,9%	100%
Políticos	CMC	24,2%	28,8%	38,6%	7,5%	0,9%	100%
	CMA	20,6%	34,3%	37,4%	7,0%	0,7%	100%
Partidos Políticos	CMC	23,9%	29,1%	39,1%	7,2%	0,8%	100%
	CMA	20,0%	32,8%	39,8%	7,0%	0,4%	100%
Parlamento europeo	CMC	14,7%	20,6%	46,2%	16,1%	2,5%	100%
	CMA	15,3%	22,1%	46,5%	14,1%	2,0%	100%
Naciones Unidas	CMC	10,5%	15,2%	44,8%	23,8%	5,8%	100%
	CMA	9,8%	13,9%	43,8%	26,3%	6,2%	100%
Partidos Políticos	CMC	23,9%	29,1%	39,1%	7,2%	0,8%	100%
	CMA	20,0%	32,8%	39,8%	7,0%	0,4%	100%
Parlamento europeo	CMC	14,7%	20,6%	46,2%	16,1%	2,5%	100%
	CMA	15,3%	22,1%	46,5%	14,1%	2,0%	100%
Naciones Unidas	CMC	10,5%	15,2%	44,8%	23,8%	5,8%	100%
	CMA	9,8%	13,9%	43,8%	26,3%	6,2%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Los políticos y los partidos políticos se quedan con los niveles de desconfianza más altos, algo más del 50% de los encuestados confía muy poco o poco en ellos. Ello explica, en parte, los bajos niveles de afiliación a

partidos políticos y el alto grado de insatisfacción con la labor del gobierno de cada país. Los parlamentos nacionales y el Parlamento Europeo tampoco concitan mucha confianza, ya que casi cuarenta de cada cien encuestados tienen muy poca o poca confianza en ambas instituciones. El sistema judicial y Naciones Unidas, son las instituciones que registran un nivel alto de confianza en tres de cada diez consumidores de medicina alternativa y convencional. Finalmente, la policía es la institución en la que más confían ambos conjuntos de consumidores, casi cincuenta de cada cien tiene mucha o bastante confianza en ella.

2.2. Valores culturales de los consumidores de medicinas alternativas.

Los consumidores de medicinas alternativas son usuarios habituales de las nuevas tecnologías. De hecho, el uso diario de Internet o correo electrónico alcanza casi el 30%, diez puntos por encima de los usuarios convencionales. Aunque los alternativos hacen una apuesta clara por las nuevas tecnologías, manifiestan un considerable escepticismo hacia la ciencia¹⁰⁶. Así, un 35,3% se muestra en desacuerdo o muy en desacuerdo ante la capacidad de la ciencia moderna para resolver los problemas medioambientales, dato que contrasta con el 23,8% de los no alternativos que opina lo mismo.

¹⁰⁶ A este respecto, Beck (1998) señala que el propio desarrollo de la ciencia produce una cierta crítica hacia la ciencia misma: “La *expansión* de la ciencia, en una fase en que la ciencia se orienta hacia la ciencia, presupone e impulsa ese tipo de *crítica* de la ciencia y de la práctica de los expertos. Al mismo tiempo, la civilización científica se somete a una autocrítica de sus fundamentos y de su autocomprensión de manera pública, con lo cual pone de manifiesto cierta inseguridad frente a sus fundamentos y efectos que sólo se alcanza a superar mediante el potencial de riesgos y perspectivas de desarrollo que deja al descubierto. De ese modo se instaura un proceso de *desmistificación* de las ciencias en el curso del cual queda sometida a un cambio radical la vinculación entre ciencia, práctica y vida pública” (Beck, 1998, pág. 204).

Los consumidores alternativos mantienen posiciones culturales más abiertas y permisivas que los convencionales hacia otras orientaciones sexuales y hacia otros grupos sociales como los inmigrantes. De este modo, ocho de cada diez está muy de acuerdo o de acuerdo en que los gays y las lesbianas deberían tener libertad para vivir como quieran, frente a siete de cada diez en el caso del colectivo convencional. Inglehart (1998) destaca que uno de los rasgos de la cultura postmoderna se ve en el cambio producido en las normas sexuales. En este sentido, en las últimas décadas se observa una mayor apertura y tolerancia hacia diferentes prácticas y orientaciones sexuales. Las reivindicaciones de los movimientos de gays y lesbianas han colocado en el punto de mira las demandas de estos grupos, de cara a la obtención de su reconocimiento social y de una serie de derechos, antes ignorados por amplios sectores de la sociedad.

La apertura hacia los inmigrantes se muestra vivamente en los usuarios heterodoxos, ya que casi el 50% de estos cree que la inmigración enriquece la vida cultural de sus respectivos países. Esto mismo lo cree el 37,5% de los usuarios de medicina ortodoxa. También creen que la llegada de inmigrantes mejora la economía de cada país, tres de cada diez consumidores alternativos y dos de cada diez no alternativos. Los usuarios de terapias heterodoxas tienen niveles de apertura y tolerancia más altos que los usuarios ortodoxos, hacia los inmigrantes de la misma raza o grupo étnico que la mayoría de los autóctonos de cada país. La misma tendencia se observa hacia los inmigrantes pertenecientes a razas o grupos étnicos distintos e incluso a los que proceden de países pobres fuera de Europa. No obstante, en estos dos últimos casos el grado de permisividad desciende en los heterodoxos y en los ortodoxos, aunque en los primeros sigue siendo más alta que en los segundos, tal y como se aprecia en la tabla nº 8.

Tabla nº 8. Tolerancia de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas hacia los inmigrantes.

		TOLERANCIA				
		<i>Permitir que muchos vinieran a vivir aquí</i>	<i>Unos cuantos</i>	<i>Unos pocos</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Total</i>
Personas de la misma raza o grupo étnico que la mayoría	CM C	17,7%	46,2%	27,2%	9,0%	100 %
	CM A	24,4%	48,1%	22,1%	5,4%	100 %
Personas de una raza o grupo étnico distinto al de la mayoría	CM C	11,1%	39,3%	34,9%	14,7%	100 %
	CM A	17,0%	42,4%	30,7%	10,0%	100 %
Personas de países pobres de fuera de Europa	CM C	10,6%	37,5%	36,0%	15,9%	100 %
	CM A	14,1%	40,8%	31,5%	13,6%	100 %

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Por lo que se refiere a la religión, el 55,3% de los usuarios alternativos señala pertenecer a alguna confesión religiosa, frente al 62,9% de los convencionales. Entre los alternativos, cinco de cada diez son católicos, frente a seis de cada diez entre los consumidores ortodoxos. Complementariamente, hay más protestantes (35%) entre los usuarios heterodoxos que entre los ortodoxos, donde sólo lo son sobre un veinte por ciento. En ambos colectivos se consideran personas religiosas treinta de cada cien. A su vez, destaca una

práctica religiosa (asistencia a ceremonias religiosas y rezo) ligeramente superior en los usuarios convencionales.

Respecto a los valores familiares, se observa una tendencia menos conservadora entre los consumidores alternativos que entre los convencionales. De hecho, casi el 63% de los alternativos no está de acuerdo en que *cuando hay niños en casa los padres deben permanecer juntos aunque no se lleven bien*, lo mismo opina el 52,7% del otro grupo. La misma tendencia se observa cuando se les pregunta si *la familia debería ser la principal prioridad en la vida de una persona o si una mujer debería estar dispuesta a reducir su jornada laboral por el bien de su familia*. En relación a este aspecto hay que tener en cuenta que el 60,3% de los usuarios de terapias alternativas son mujeres, lo que explica, en parte, que se mantengan estas posiciones frente a estos supuestos. Igualmente, se aprecian actitudes menos sexistas entre los

Tabla nº 9 Valores familiares de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas

		VALORES				
		<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>
<i>Una mujer debería estar dispuesta a reducir su jornada laboral por el bien de su familia</i>	CM C	12,4%	37,9%	22,2%	20,3%	7,3%
	CM A	8,7%	34,1%	23,6%	22,6%	11,0%
<i>Cuando el empleo escasea</i>	CM C	9,1%	20,5%	19,3%	31,3%	19,9%

lo hombres deberían tener prioridad para obtener un empleo	CM A	3,3%	13,3%	15,9%	36,5%	31,0%
Cuando hay niños en casa los padres deberían permanecer juntos aunque no se lleven bien	CM C	7,0%	20,1%	20,1%	35,9%	16,8%
	CM A	4,5%	13,2%	19,4%	40,7%	22,2%
La familia debería ser la principal prioridad en la vida de una persona	CM C	35,2%	51,5%	9,3%	3,2%	0,8%
	CM A	28,6%	50,4%	14,5%	5,0%	1,5%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

usuarios alternativos que entre los no alternativos. Cuando se les pregunta si *cuando el empleo escasea, los hombres deberían tener prioridad para obtener un puesto de trabajo frente a las mujeres*, tenemos que casi siete de cada diez heterodoxos se muestran en desacuerdo o muy en desacuerdo frente a cinco de cada diez de los ortodoxos. Otra característica de la cultura postmoderna tiene que ver con la transformación que han experimentado los roles de género¹⁰⁷ (Inglehart, 1998). Al mismo tiempo, Beck (1998) sostiene que la

¹⁰⁷ “Anteriormente, predominaban como imperativos roles matrimoniales basados en el *status*: la indisolubilidad del matrimonio, los deberes de la maternidad, etc. Estos restringían el ámbito de acción, indudablemente, pero también obligaban a los individuos a mantenerse unidos. Por contraste, hoy no hay modelos únicos, sino una variedad de ellos, especialmente negativos: modelos que exigen a las mujeres construir y mantener carreras educativas y profesionales propias en tanto que mujeres, pues de no hacerlo así se enfrentan a la rutina en caso de divorcio y se mantienen en dependencia del dinero de sus maridos en el matrimonio, con el resto de las dependencias, reales y simbólicas, que esto conlleva. Estos modelos no sueldan a la gente entre sí, sino que quiebran la situación de unión y multiplican los interrogantes.

emancipación de las mujeres de la tutela del matrimonio conduce, en palabras de este autor, a un tipo de *familia negociada temporal*. De este modo, la familia ya no cumple la función de integración social mediada por relaciones y formas de existencia entre generaciones y sexos. En consecuencia, los lazos familiares y las estrategias de protección se ven amenazadas por la individualización.

2.3. Sociabilidad versus individualismo.

Los consumidores de medicinas alternativas son algo más proclives que los usuarios de medicina convencional a relacionarse con otras personas. Así, el 46,1% se reúne con amigos, familiares o compañeros de trabajo varias veces a la semana o diariamente. También, el 22,3% participa en actividades sociales más que la mayoría o mucho más que la mayoría de la gente de su misma edad, mientras que esa misma frecuencia de participación la mantiene el 16,7% del conjunto convencional. Este mayor grado de sociabilidad de los alternativos induce a pensar un mayor interés por vincularse con otras personas, por participar en actividades comunitarias, de una mayor necesidad por mantener nexos sociales, en definitiva nos habla, indirectamente, de un mayor grado de integración social.

Tabla nº 10 Participación en actividades sociales de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

Participación en	CMG
-------------------------	------------

Fuerzan a todo hombre y mujer, tanto dentro como fuera del matrimonio, a funcionar y persistir como agentes individuales y diseñadores de su propia biografía” (Beck, 1997, págs. 30-31).

actividades sociales en comparación con otras personas de su edad	CMC	CMA	Total
<i>Mucho menos que la mayoría</i>	10,1%	6,5%	9,9%
<i>Menos que la mayoría</i>	25,8%	26,9%	25,9%
<i>Más o menos como todos</i>	47,4%	44,3%	47,3%
<i>Más que la mayoría</i>	13,8%	17,9%	14,0%
<i>Mucho más que la mayoría</i>	2,9%	4,4%	3,0%
Total	100%	100%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Los usuarios alternativos se consideran algo más felices y están más satisfechos con su vida que los no alternativos. Así, ocho de cada diez se consideran felices o absolutamente felices, frente a siete de cada diez del colectivo ortodoxo. También, están más satisfechos con su vida actual los heterodoxos que los ortodoxos. De este modo, el 71,1% de los primeros está bastante satisfecho o completamente satisfecho con su vida actual, cifra que alcanza el 63,1% en el caso de los segundos.

Asimismo, los usuarios de terapias alternativas muestran escalas de confianza en otras personas muy superiores a los otros usuarios. De hecho, cuando se les pregunta *Sí se puede confiar en la mayoría de la gente* (escala 1) o *Nunca se es lo bastante prudente en el trato con los demás* (escala 5) las posiciones nos señalan que el 37,6% de los alternativos tiene bastante o mucha confianza en la mayoría de la gente, mientras que en el otro grupo se reduce esa opinión al 25,3%. Esta mayor confianza en otras personas se relaciona con su interés en las relaciones sociales, que entre otras cuestiones, se entienden como fuente de satisfacción y felicidad.

Tabla nº 11 Confianza y solidaridad de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

		CONFIANZA-EGOISMO					
		<i>Nunca se es lo bastante prudente</i>			<i>Se puede confiar en la mayoría de la gente</i>		<i>Total</i>
Desconfianza- confianza en los demás	CMC	10,5%	19,6%	44,6%	22,0%	3,3%	100 %
	CMA	7,9%	12,7%	41,8%	32,2%	5,4%	100 %
		<i>La mayoría de las veces la gente mira por sí misma</i>			<i>La mayoría de las veces la gente intenta ayudar a los demás</i>		<i>Total</i>
Egoísmo- solidaridad de los demás	CMC	10,3%	22,3%	45,1%	19,1%	3,1%	100 %
	CMA	6,0%	16,8%	45,2%	27,5%	4,5%	100 %

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Al mismo tiempo, tienen una imagen de la gente más favorable que los consumidores de medicina convencional. Tres de cada diez piensan que la mayoría de las veces la gente intenta ayudar a los demás, lo que proyecta una visión más solidaria de la sociedad y avala su implicación en asuntos de índole política y social que señalábamos anteriormente. También, la confianza en la gente hace que se tenga una imagen más favorable de las personas. Todo ello muestra unas escalas menos individualistas y más cooperativas que el del otro colectivo. Cuando se les plantea si la sociedad sería mejor si cada uno mirara por sí mismo, siete de cada diez alternativos están en desacuerdo o muy en desacuerdo, mientras que seis de cada diez convencionales comparten esa

misma opinión, lo que viene a reforzar lo anteriormente señalado.

2.4. El trabajo: iniciativa y estabilidad.

Los usuarios alternativos consideran que tienen un trabajo más motivador y más autónomo e independiente que los convencionales, ya que el 72,1% de los alternativos considera que su trabajo actual es *muy variado*, *requiere que siempre se esté aprendiendo cosas nuevas* (67,1%) y *puede decidir cuando empieza y cuando termina de trabajar* (36,8%). Por el contrario, los usuarios convencionales bajan en estas consideraciones: su trabajo es *muy variado* en el 65,4%, requiere nuevos aprendizajes en el 58,4% y deciden cuando empiezan y cuando terminan de trabajar en el 29,3%.

Tabla nº 12 Condiciones del trabajo actual de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

		CONDICIONES DEL TRABAJO ACTUAL				
Sobre el trabajo actual:		<i>No es cierto en absoluto</i>	<i>Es cierto en parte</i>	<i>Es bastante cierto</i>	<i>Es muy cierto</i>	<i>Total</i>
Es muy variado	CMC	9,9%	24,7%	32,6%	32,8%	100%
	CMA	6,0%	21,9%	36,7%	35,4%	100%
Requiere que se esté siempre aprendiendo cosas nuevas	CMC	14,5%	27,1%	30,3%	28,1%	100%
	CMA	8,6%	24,3%	30,6%	36,5%	100%
Puedo decidir cuando empiezo y cuando termino de trabajar	CMC	51,4%	19,3%	15,1%	14,2%	100%
	CMA	44,7%	18,5%	20,0%	16,8%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Por otra parte, cuando se pregunta a los entrevistados qué importancia otorgarían a una serie de factores en el supuesto de que tuvieran que escoger un empleo, destaca que los consumidores alternativos dan bastante o mucha importancia a un empleo que les permita tener iniciativa propia (87,2%), a un empleo estable (83,7%), a un empleo con un sueldo alto (68,8%) y a un empleo con posibilidades de promoción (57,3%).

Tabla nº 13 Factores en la elección de un empleo de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

		MATERIALISMO-REALIZACIÓN PERSONAL					
Importancia para elegir un trabajo:		<i>Ninguna importancia</i>	<i>Poca importancia</i>	<i>Importancia regular</i>	<i>Bastante importancia</i>	<i>Mucha importancia</i>	<i>Total</i>
Empleo estable	CM C	1,3%	3,1%	4,4%	41,1%	50,1%	100%
	CM A	1,7%	7,0%	7,7%	42,7%	41,0%	100%
Un sueldo alto	CM C	0,8%	5,0%	15,5%	53,6%	25,2%	100%
	CM A	0,4%	8,2%	22,5%	54,4%	14,4%	100%
Posibilidades de promoción	CM C	2,0%	10,6%	18,6%	46,7%	22,2%	100%
	CM A	2,4%	16,4%	23,8%	43,0%	14,3%	100%
Margen para la iniciativa propia	CM C	1,0%	4,3%	11,5%	54,7%	28,6%	100%
	CM A	1,0%	2,2%	9,6%	54,9%	32,3%	100%

Fuente: Encuesta Social Europea 2004. Elaboración propia.

Mientras, los consumidores de medicina convencional, otorgan a los mismos factores anteriores, bastante o mucha importancia a un empleo estable (91,2%), a un empleo en el que tengan iniciativa propia (83,3%), un empleo con un sueldo alto (78,8%), un empleo con posibilidades de promoción (68,9%). Lo anterior pone de manifiesto que la estabilidad y la iniciativa propia es lo más valorado por ambos colectivos, aunque en los alternativos la iniciativa propia se antepone a los demás factores. En este sentido, podríamos señalar que los alternativos valoran en menor medida los aspectos materialistas y su grado de ambición es menor, ya que valoran menos la estabilidad y la promoción.

Este perfil se acerca a los razonamientos de Beck (1998) cuando señala que la emancipación de los hombres se ha desplazado de la esfera de la reproducción a la esfera de la producción, y está relacionada con la profesión y el trabajo. En consecuencia, se produce una *flexibilización del tiempo de trabajo remunerado* y una *descentralización del lugar de trabajo*, lo que conlleva subocupaciones nuevas y múltiples, emergiendo condiciones de vida y modelos biográficos nuevos.

2.5. La salud en los consumidores de medicinas alternativas.

Respecto a la salud habría que señalar en primer lugar, que casi las tres cuartas partes de los consumidores de medicinas alternativas tienen una autopercepción de su salud *buena* o *muy buena*, diez puntos por encima de los usuarios convencionales.

Por otro lado, el uso de plantas medicinales es un recurso frecuente entre el consumo alternativo. Así, casi tres de cada diez, ante un problema de

salud, *recurre a plantas medicinales* la mayoría de las veces, *siempre* o *casi siempre*. En el caso de los consumidores convencionales, esta misma frecuencia de uso es tres veces menor.

Tabla nº 14 Frecuencia en el uso de medicamentos de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

	CON RESPECTO AL USO DE MEDICAMENTOS					
	Recurre a plantas medicinales		Le preocupan los efectos secundarios		Prefiere un medicamento recetado antes de uno recomendado por otro profesional	
	CMC	CMA	CMC	CMA	CMC	CMA
Nunca o casi nunca	44,3%	25,6%	28,2%	21,8%	6,4%	7,9%
Algunas veces	34,0%	28,0%	25,0%	22,2%	12,3%	21,6%
Más o menos la mitad de veces	6,8%	10,9%	5,5%	5,1%	8,6%	10,2%
La mayoría de las veces	8,0%	20,2%	16,8%	18,0%	25,8%	26,9%
Siempre o casi siempre	4,0%	12,5%	21,7%	28,8%	43,1%	28,8%
No tiene problemas de salud	2,9%	2,8%	2,8%	4,0%	3,8%	4,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Al mismo tiempo, la preocupación por los efectos secundarios de los medicamentos es mayor entre los consumidores alternativos. De esta manera, casi el 47% de estos cuando le recetan un medicamento, la mayoría de las veces, siempre o casi siempre *le preocupan los efectos secundarios* que tales fármacos pudieran tener. También, esta preocupación se extiende al 38,5% de los que consumen medicina convencional. Asimismo, la preferencia por un medicamento recetado por un médico antes que otro que le haya recomendado otro profesional, es menor la mayoría de las veces, siempre o casi siempre

entre los alternativos (55,7%) que en el otro grupo de consumidores (68,9%). Todo esto indica que los usuarios heterodoxos tienen un menor grado de confianza en la medicina convencional.

Ello también se aprecia al cuestionarse su actitud ante el hecho de que un médico les recetase un medicamento que no habían tomado con anterioridad. Los resultados se aprecian en la siguiente tabla:

Tabla nº 15 Uso de la receta de un medicamento que no había tomado anteriormente

<i>La última vez que un médico le recetó un medicamento que no hubiera tomado antes</i>	CMG		
	<i>CMC</i>	<i>CMA</i>	<i>Total</i>
<i>No fui a la farmacia a por el medicamento</i>	2,9%	5,6%	3,0%
<i>Fui a por el medicamento pero no lo utilicé</i>	2,7%	4,6%	2,8%
<i>Utilicé parte o todo pero no exactamente como me lo recetaron</i>	10,1%	14,8%	10,4%
<i>Utilicé el medicamento exactamente como me lo recetaron</i>	77,9%	67,8%	77,3%
<i>No me acuerdo de la última vez</i>	5,0%	5,1%	5,0%
<i>Nunca me ha recetado nada un médico</i>	1,0%	1,3%	1,0%
<i>Otras respuestas</i>	0,4%	0,9%	0,4%
<i>Total</i>	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Casi siete de cada diez de los alternativos utilizó el medicamento como se lo prescribieron, frente a ocho de cada diez usuarios convencionales. También, el hecho de que un mayor porcentaje de usuarios heterodoxos que de usuarios ortodoxos, no fue a la farmacia a por el medicamento, o que fue a la farmacia pero no lo utilizó, o que lo utilizó pero no exactamente como se lo recetaron, refuerza actitudes de una cierta desconfianza ante la medicina convencional¹⁰⁸. Sin embargo, conviene resaltar que ambos grupos de consumidores no acuden a la consulta de un médico con la única finalidad de que éste les prescriba un medicamento, aunque los alternativos son algo menos proclives a la receta de fármacos, ya que el 85,3% no se siente descontento cuando sale de la consulta de un clínico sin una receta, cifra que en el grupo convencional desciende al 77,2%.

Respecto a los cuidados de salud, la creencia en una cierta forma de autocuración está ligeramente más extendida entre los consumidores heterodoxos que entre los ortodoxos. De este modo, el 43% de los heterodoxos está de acuerdo o muy de acuerdo en que *la mayoría de las enfermedades se curan solas sin necesidad de ir al médico*; el mismo grado de acuerdo muestran

¹⁰⁸ Bajo esta perspectiva, Di Nicola (1994) establece una reflexión crítica: “Con todo, a pesar de dicha labor de difusión y homogeneización de modelos de comportamiento “médicos” ligados a la gestión de la salud, las llamadas incoherencias de comportamiento de los pacientes, las dificultades de realizar planes preventivos eficaces, es decir, capaces de modificar los hábitos de vida de la gente, las mismas dificultades de prever la demanda sanitaria, no hacen otra cosa que confirmar que existe un substrato de ‘creencias’ que atañe a lo que es relevante hacer para mantenerse sanos y para afrontar y superar las enfermedades, substrato con el cual la medicina oficial se enfrenta cotidianamente. Sobre todo, es la medicina de primer nivel, la realizada por los médicos de base, la que experimenta sistemáticamente en qué medida la lealtad al médico y a sus prescripciones es muchas veces más formal que sustancial, más episódica que continua, más ‘contratada’ tácitamente ‘vez por vez, que no de una vez por todas’, y cómo junto a lo prescrito o aconsejado por el médico las personas tienen la tendencia a continuar haciendo aquello que piensan y consideran más oportuno para su salud” (Di Nicola, 1994, págs. 34-35).

casi el 37% de los consumidores ortodoxos. Ante el supuesto de que *la gente depende demasiado de los médicos en lugar de cuidar de su propia salud*, tenemos que los consumidores alternativos están de acuerdo o muy de acuerdo en un 77,3%, mientras los convencionales lo están en un 67,8% de los casos. Lo anterior deja entrever un mayor grado de conciencia y de responsabilidad personal de los alternativos en los cuidados propios de su salud.

Tabla nº 16 Cuidados de salud de los de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

		CUIDADOS DE LA SALUD					
		<i>Muy de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>Total</i>
La mayoría de las enfermedades se curan solas sin necesidad de ir al médico	CMC	6,6%	30,1%	20,5%	34,0%	8,8%	100 %
	CMA	9,4%	33,8%	21,9%	28,2%	6,7%	100 %
La gente depende demasiado de los médicos en lugar de cuidar de su propia salud	CMC	17,2%	50,6%	18,6%	12,1%	1,5%	100 %
	CMA	26,4%	50,9%	14,2%	6,9%	1,5%	100 %

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Por lo que se refiere a la relación médico-paciente los datos no brindan diferencias sustanciales entre el grupo alternativo y el convencional. En relación a la reserva que guardan los médicos respecto al paciente, algo menos del 15% de cada grupo opina que la mayoría de las veces o siempre o casi siempre, *los médicos no dicen toda la verdad a sus pacientes*. La jerarquía que se establece entre el médico y el paciente revela, a su vez, una cierta equidistancia entre los que piensan que *los médicos tratan a sus pacientes sin superioridad* y los que piensan lo contrario, tal como se aprecia en la tabla nº 17. Igualmente, el 50% de cada grupo opina que la mayoría de las veces, siempre o casi siempre *los médicos consultan con el paciente antes de decidir sobre un tratamiento*. En el lado opuesto, cuatro de cada diez en cada uno de los colectivos opina lo contrario. Respecto a si *los pacientes son reacios a*

preguntar a su médico todo lo que les gustaría saber, casi cuarenta de cada cien en cada uno de los colectivos, cree que esto sucede algunas veces. En lo tocante a si *los médicos están dispuestos a admitir sus errores ante los pacientes*, más del 80% de cada grupo de usuarios piensa que nunca, casi nunca o algunas veces. Finalmente, destacar que algo más de la tercera parte de cada conjunto de consumidores, piensa que *los médicos utilizan la mayoría de las veces, siempre o casi siempre, palabras o frases que sus pacientes encuentran difíciles de entender*.

Tabla nº 17 Relación médico-paciente de los consumidores de medicina convencional y medicinas alternativas.

		RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE					
		<i>Nunca o casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Más o menos la mitad de las veces</i>	<i>La mayoría de las veces</i>	<i>Siempre o casi siempre</i>	<i>Total</i>
Los médicos no dicen toda la verdad a sus pacientes	CMC	25,7%	50,0%	10,2%	10,0%	4,0%	100 %
	CMA	22,9%	53,5%	11,0%	8,8%	3,7%	100 %
Los médicos de cabecera o de familia tratan a sus pacientes sin superioridad	CMC	10,9%	25,4%	12,6%	33,1%	18,0%	100 %
	CMA	11,6%	28,7%	11,5%	34,3%	13,9%	100 %
Antes de que los médicos decidan sobre un tratamiento lo consultan con el paciente	CMC	11,3%	26,7%	11,4%	33,8%	16,9%	100 %
	CMA	11,3%	25,6%	13,5%	35,3%	14,3%	100 %
Los pacientes son reacios a preguntar a su médico todo lo	CMC	18,2%	39,5%	15,8%	21,1%	5,5%	100 %
	CMA	16,3%	38,6%	16,8%	23,2%	5,2%	100 %

que les gustaría saber							%
Los médicos están dispuestos a admitir sus errores ante sus pacientes	CMC	52,1%	30,3%	7,7%	7,3%	2,7%	100%
	CMA	54,8%	30,9%	6,5%	6,0%	1,7%	100%
Los médicos utilizan palabras o frases que sus pacientes encuentran difíciles de entender	CMC	11,9%	44,1%	12,9%	22,0%	9,0%	100%
	CMA	10,4%	45,1%	13,4%	23,3%	7,7%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

2.5.1. Diferentes medicinas para distintas dolencias.

Respecto a las distintas medicinas alternativas utilizadas, es de destacar que la homeopatía o el tratamiento con hierbas es la terapia a la que los usuarios acuden en mayor proporción para tratar todos los padecimientos menos el de espalda, mayormente asumido por la quiropraxia u osteopatía. La acupuntura o acupresión es un recurso terapéutico importante, ya que el 20,3% lo emplea para las molestias relacionadas con la cabeza y el 13,6% para las dificultades con el sueño.

Tabla nº 18 Distribución de los consumidores de medicinas alternativas según tipo de medicina y dolencia.

MEDICINAS ALTERNATIVAS	DOLENCIA			
	<i>Dolor de garganta</i>	<i>Dolor de cabeza</i>	<i>Problemas para dormir</i>	<i>Dolores de espalda</i>
<i>Acupuntura o acupresión</i>	4,5%	20,3%	13,6%	6,8%
<i>Medicina China</i>	2,5%	6,5%	6,0%	1,9%
<i>Quiropráctica u osteopatía</i>	1,0%	7,8%	3,6%	52,6%
<i>Tratamiento herbal u homeopatía</i>	64,1%	41,8%	51,2%	6,2%
<i>Hipnoterapia</i>	0,0%	0,0%	2,1%	0,7%
<i>Terapia de masajes</i>	2,5%	4,3%	4,7%	19,4%
<i>Reflexología</i>	1,5%	2,2%	2,4%	1,2%
<i>Otras prácticas</i>	23,7%	17,2%	16,4%	11,1%
TOTAL CONSUMIDORES	100%	100%	100%	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración propia.

Por último, señalar que la mayor parte de los usuarios de terapias alternativas ha optado por utilizar medicina alternativa en una sola de las cuatro dolencias estimadas. De este modo, tendríamos que los individuos que se sitúan en la opción CMA 4, han contestado que consumirían medicina

alternativa en las cuatro dolencias estimadas, los sujetos que están en la opción CMA 3, han contestado que consumían medicina alternativa en tres de las cuatro dolencias estimadas, CMA 2, en dos dolencias y CMA 1 en una sola dolencia.

Tabla nº 19 Frecuencia de utilización de medicinas alternativas.

Tipos	Frecuencia	Porcentaje
CMC	29974	94,2%
CMA 1	1485	4,7%
CMA 2	192	0,6%
CMA 3	86	0,3%
CMA 4	71	0,2%
Total	31807	100%

Fuente: *Encuesta Social Europea 2004*. Elaboración

propia.

Finalmente, y a modo de conclusión diríamos, que el consumo de medicinas alternativas en Europa, registra las cotas más elevadas en los países del norte y las más bajas en los países del sur. Se trata de población con ingresos altos y un nivel de educación elevado. Sesenta de cada cien consumidores son mujeres; cinco de cada diez usuarios tiene una edad que oscila entre los 30 y 49 años. Tienen una participación política y social más intensa que los usuarios de medicina convencional, aunque su grado de desconfianza hacia las instituciones es similar al de los consumidores ortodoxos. Al mismo tiempo, mantienen posiciones culturales más flexibles y tolerantes hacia otras orientaciones sexuales y hacia otros grupos culturales; tienen actitudes menos conservadoras hacia la familia, así como menor práctica religiosa, mayor grado de sociabilidad y son menos individualistas que los usuarios convencionales. Por lo que respecta a la salud, tienen una autopercepción mejor que la de los usuarios ortodoxos, consumen más

productos elaborados con plantas medicinales, les preocupan más los efectos secundarios de los medicamentos y tienen actitudes algo más desconfiadas hacia la medicina convencional. El tratamiento herbal o la homeopatía es la medicina alternativa más utilizada.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Esta tesis doctoral se iniciaba señalando que la medicina sirve como ejemplo para indagar en los cambios sociales y culturales. En tanto que la medicina está en la sociedad y la sociedad está en la medicina, se ha pretendido buscar las conexiones entre ambas. Con el intento de superar dualismos epistemológicos y desde una perspectiva integradora, hemos pensado que la medicina es el producto de la estructura social y, al mismo tiempo, son los individuos mediante sus acciones los creadores de la medicina en sus diferentes formas. La labor de la sociología consiste en desvelar fenómenos que hay que interpretar a la luz de las dinámicas en las que éstos están envueltos. Las medicinas alternativas son un fenómeno emergente desde el que se puede interpretar la sociedad y la cultura y, también, la sociedad y la cultura se pueden interpretar a través de las medicinas alternativas.

La medicina entendida como el conjunto de saberes y prácticas dirigidas a afrontar las enfermedades, ha adquirido formas diversas a lo largo de la historia de la humanidad. Todas las sociedades han desarrollado una amplia variedad de medicinas, consecuencia de la combinación de una multiplicidad de factores, entre los que cabe destacar los valores, las creencias, los modos de producción económica, el nivel de desarrollo tecnológico, etc. La existencia de un pluralismo médico es una constante cultural que recorre horizontalmente todo el transcurso de la vida humana.

La modernidad instauró un orden social nuevo fundado en la racionalidad científica y en la moral secular. Los grandes procesos de cambio por los que transitó la sociedad moderna consolidaron el desarrollo y la implantación de la medicina científica. A partir de ese momento, la medicina se entenderá como una mercancía más sometida a las leyes del mercado; la

división del trabajo propiciará la especialización y, por tanto, la profesionalización de la medicina, y finalmente, la racionalidad instrumental conducirá a la burocratización de sus tareas.

El aumento del uso de medicinas alternativas tiene lugar a partir del último tercio del siglo XX y coincide con el declinar de la modernidad. Este fenómeno se produce en relación a una serie de cambios¹⁰⁹ que están teniendo lugar en las sociedades modernas avanzadas, en las que como sostiene Bericat (2003), se están produciendo procesos acelerados de hipermodernización y tradicionalismo al mismo tiempo. En los últimos años la medicina ha conseguido logros sin precedentes aplicando los últimos avances tecnológicos para la solución de determinadas enfermedades. A su vez, se están “recuperando” una serie de terapias procedentes de antiguas tradiciones culturales, entre ellas la medicina tradicional china y, dentro de ésta, muy especialmente la acupuntura. También el *ayurveda* o la medicina tibetana están adquiriendo un auge creciente.

La medicina convencional está altamente profesionalizada y tecnificada. La extrema medicalización, así como cierta ineficacia en la curación de determinadas enfermedades, ha generado críticas por parte de los practicantes de medicinas alternativas y de los usuarios. En consecuencia, una corriente de escepticismo se ha cernido sobre los métodos y los procedimientos de la medicina convencional y, también, sobre sus profesionales. El aumento en el consumo de medicinas alternativas se explica principalmente por los siguientes

¹⁰⁹ En relación a estos cambios, Bericat (2003b) apunta lo siguiente: “Aunque la variedad de fenómenos aludidos es muy amplia, todos ellos son elementos fundamentales y definatorios del cambio social al que nos estamos enfrentando: percepciones artísticas, sensibilidades religiosas, descubrimiento y aplicación de nuevas tecnologías, concepciones científicas, valores culturales, estructuras de interacción, instituciones políticas, sistemas productivos, identidades comunitarias, etc.” (Bericat, 2003, pág. 11)

motivos: la desconfianza hacia los métodos de la medicina oficial, los efectos adversos de los medicamentos, la falta de comunicación entre el médico y el paciente, la necesidad de una atención más personal y un trato más respetuoso, la inocuidad de los tratamientos médicos alternativos y el hecho de que se conciba al paciente como un ser integral.

A medida que las sociedades industriales han ido resolviendo aspectos más ligados a la seguridad económica y material, se ha producido una orientación hacia cuestiones de índole postmaterial, más vinculadas a la autoexpresión individual y a la calidad de vida. Las medicinas alternativas representan un nuevo enfoque sobre la salud y la enfermedad, pero también una nueva constelación de valores, una filosofía de la vida diferente que entronca con valores más postmaterialistas. La búsqueda del bienestar es un rasgo muy vigente en las sociedades avanzadas. La emergencia de valores diferentes en torno a la salud, como por ejemplo el cuidado del cuerpo, la alimentación, la relación médico-paciente, etc. así como la adopción de estilos de vida saludables, son elementos que hay que entender en el marco de los cambios producidos en las sociedades postmodernas. En definitiva, las culturas de la salud concebidas como valores nuevos concernientes a la salud y todas aquellas prácticas que realizan los individuos para mantenerse sanos. En la modernidad avanzada la búsqueda de la autorrealización personal se expresa a través de las medicinas alternativas. Dichas medicinas son experimentadas como una vía para el crecimiento de la persona, un camino que ayuda a la autorrealización personal, en la que la búsqueda interior o el conocimiento de la propia persona puede llegar a ser un fin en sí mismo.

El sentimiento de autoafirmación de los sujetos, plasmado en la elección de estilos de vida heterogéneos, muestra la necesidad de diferenciación

respecto a los demás, de expresar la propia individualidad. La multiplicidad de opciones posibles en las sociedades avanzadas indica que los individuos pueden elaborar su propio estilo de vida, un estilo de vida a la carta que admite combinaciones plurales. El tratamiento con medicinas alternativas, la práctica de meditación o de relajación, la alimentación saludable, la terapia psicoanalítica, etc. son la muestra de un escenario social construido por identidades diversas y fragmentadas, son expresiones vitales de un espacio existencial tejido por los finos hilos de la individualización. En la modernidad avanzada, sometida a intensos procesos de individualización, los sujetos están permanentemente construyendo su biografía. Frente a la progresiva pérdida de lazos sociales y escasos referentes comunitarios, los individuos se ven abocados a desbrozar un camino repleto de dudas e incertidumbres en el que la única salida es dotar de sentido la biografía personal¹¹⁰.

Finalmente, cabe señalar que esta tesis doctoral es un camino que inicia una nueva línea de investigación, inédita hasta este momento, al inaugurar un nuevo espacio de reflexión sociológica en el campo de las diferenciaciones de las identidades socioculturales en los consumos médicos. Ello nos remite al contexto de un universo social al que, a falta de un definitivo término, hemos denominado modernidad avanzada, sociedad del riesgo, modernidad reflexiva, modernidad “líquida” o postmodernidad. Nombres, denominaciones, títulos y rótulos que asignamos a las nuevas formas de vida, siempre con el mismo telón de fondo: la relación entre el individuo y la sociedad.

¹¹⁰ “En este sentido, individualización significa que la biografía personal queda al margen de pautas previas y queda abierta a situaciones en que cada cual ha de elegir cómo actuar. Disminuye el aspecto de opciones de vida realmente alternativas y aumenta el aspecto de biografías autoproducidas, al margen de alternativas. Individualización de las condiciones de vida significa, pues, que las biografías se hacen *autorreflejas*; lo que está dado socialmente se transforma en biografía producida por uno mismo y que continuará produciéndola” (Beck, 1998, pág. 171).

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ACKERNECHT, E. H. (1985): *Medicina y antropología social*, Madrid, Akal.
- ARMSTRONG, D. (1986): "The problem of the whole person in holistic medicine". En: *Holistic Medicine*, 1, págs. 27-36.
- BAUMAN, Z. (2001): *La sociedad individualizada*, Madrid, Cátedra.
- (2006a): *Modernidad líquida*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
 - (2006b): *Vida líquida*, Barcelona, Paidós.
- BECK, U. (1997): "La reinención de la política: hacia una teoría de la modernización reflexiva". En: Beck, U.; Giddens, A. y Lash, S. (1997): *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*, Madrid, Alianza, págs.13-73.
- (1998): *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona, Paidós.
 - (2006): *La sociedad del riesgo global. Amor, violencia, guerra*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, S.A.
- BERGER, P. L. (1976): *Introducción a la sociología: una perspectiva humanística*, México, Limusa.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. (1978): *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- BERICAT, E. (1998): *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social: significado y medida*, Barcelona, Ariel.
- (2003a): "Valores tradicionales, modernos y posmodernos en la sociedad andaluza". En: *La sociedad andaluza 2000*, Córdoba, IESA, págs. 53-77.
 - (2003b): "Fragmentos de la realidad social posmoderna". En: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 102, Madrid, CIS, págs. 9-46.
- BERLANT, J. L. (1975): *Profession and monopoly: A study of medicine in the United States and Great Britain*, Berkeley, University of California Press.
- BERLIN, I. (2000): *Las raíces del romanticismo*, Madrid, Taurus.
- BERLINER, H. S. (1984): "Scientific medicine since Flexner". En: Salmon, J. W. (ed.): *Alternative medicines: popular and policy perspectives*, New York, Tavistock, págs. 30-56.
- BERLINER, H. S.; SALMON, J. W. (1980): "The holistic alternative to scientific medicine: history and analysis" En: *International Journal of Health Services*, 10: 1, págs. 133-147.

- BOURDIEU, P. (1998): *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus.
- BRUGUERA, M. (2003): "Medicinas alternativas, complementarias, naturales o no convencionales". En: *Medicinas alternativas y complementarias*, Humanitas, Humanidades Médicas, 1: 2, Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, págs.107-113.
- CARRILLO, J L. (1992): "La medicina en el siglo XVIII". En: *Historia de la ciencia y de la técnica*, 30, Madrid, Akal.
- CARS, O.; MOLSTAD, S.; MELANDER, A. (2001): "Variation in antibiotic use in the European Union". En: *Lancet*, 357, págs. 1851-1853.
- CHIBENI, S S. (2001): "On the scientific status of homeopathy". En: *British Homeopathic Journal* 90, London, Nature Publishing Group, págs. 92-98.
- CHOZA, J. (2000): "Prólogo". En: Morales, E.: *La magia de la homeopatía*, Sevilla, Instituto Médico de Estudios Hahnemannianos, págs. 6-19.
- CID, F. (1985): *Breve historia de las Ciencias Médicas*, Barcelona, Espaxs, S.A.
- COCKERHAM, W C. (2002): *Sociología de la Medicina*, Madrid, Pearson Educación, S.A.
- COMELLES, J M. (1993): "La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria". En: *Revisiones en Salud Pública*, 3, págs. 169-192.
- COMPTE, A. (1984): *Discurso sobre el espíritu positivo*, Madrid, Sarpe.
- COWARD, R. (1989): *The Whole Truth*, London, Faber and Faber.
- CRAWFORD, R. (1980): "Healthism and the medicalization of everyday life". En: *International Journal of Health Services*, 10, págs. 365-388.
- CULE, J. (1997): "The history of medicine: from its ancient origins to the modern world". En: Porter, R. (ed.): *Medicine: A history of healing*, London, Ivy Press, págs. 196-219.
- DE MIGUEL, J M. (1985): *La salud pública del futuro*, Barcelona, Ariel.
- DÍEZ NICOLÁS, J. (1985): *Políticas de población*, Madrid, Espasa-Calpe.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. (1984): *Antioedipus: Capitalism and Schizophrenia I*, London, Athlone Press.
- (1988): *A Thousand Plateaus: Capitalism and schizophrenia II*, London, Athlone Press.
- DEVILLARD, M J. (1990): "La construcción de la salud y de la enfermedad". En: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51, Madrid, CIS, págs. 79-89.
- DÍAZ-SALAZAR, R. (1998): "Secularización". En: Giner, S.; Lamo de Espinosa, E.; Torres, C. (eds.): *Diccionario de Sociología*. Madrid, Alianza, pág. 673.
- DINGES, M. (2002): "Introduction: Patients in the History of Homoeopathy". En: Dinges, M. (ed.): *Patients in the History of Homoeopathy*, Sheffield, EAHM Publications, págs. 2-32.

- DI NICOLA, P. (1994): "Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud". En: Donati, P.: *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid, Díaz de Santos, págs. 33-47.
- DOMENIGHETTI, G.; Y OTROS. (2000): «Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parme les médecins suisses». En: *Médecine et Hygiène*, 58, pág. 2291.
- DONATI, P. (1994): "Modelos y transformaciones de la relación médico-paciente". En: Donati, P.: *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid, Díaz de Santos, págs. 50-69.
- DUFFY, J. (1979): *The Healers: A History of American Medicine*, Chicago, University of Illinois Press.
- DUIN, N.; SUTCLIFFE, J. (1992): *A History of Medicine: From Prehistory to the Year 2020*, London, Simon and Schuster.
- DURÁN, M A. (1983): *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos.
- DURKHEIM, E. (1995): *La división del trabajo social*, Madrid, Akal.
- EISENBERG, D M.; KESSLER, R C.; FOSTER, C.; NORLOCK, F E.; CALKINS, D R.; DELBANCO, T L. (1993): "Unconventional medicine in the United States: prevalence, costs and patterns of use". En: *New England Journal of Medicine*, 328, págs. 246-252.
- EISENBERG, D M.; DAVID, R. B.; ETTNER, S L.; APPEL S.; WILKEY, S.; ROMPAY, M.; KESSLER, R C. (1998): "Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-Up National Survey". En: *Journal of the American Medical Association*, 280, págs. 1569-1575.
- ELIAS, N. (1998): *Mozart. Sociología de un genio*, Barcelona, Península.
- ELIAS, N. y DUNNING, E. (1992): *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. (1973): *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*, New York, Feminist Press.
- ENGELS, F. (1965): *La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Buenos Aires, Futuro.
- ERGIL, K V. (2000): "Medicina tradicional china". En: Micozzi, M S.: *Fundamentos de medicina alternativa y complementaria*, Barcelona, Paidotribo, págs. 215-253.
- ERNST, E. (2000): "The role of complementary and alternative medicine". En: *British Medical Journal*, 321, págs. 1133-1135.
- FAIRCLOUGH, N. (1992): *Discourse and Social Change*, Cambridge, Polity Press.
- FEDERACIÓN MUNDIAL DE ACUPUNTURA Y SOCIEDADES DE MOXIBUSTIÓN. (2000): *The distribution of WFAS member societies and executive members in each continent*, Federación Mundial de Acupuntura y Sociedades de Moxibustion, Beijing.

- FERNÁNDEZ, J J. (1999): *La prensa homeopática española en el siglo XIX*, Madrid, Fundación Instituto Homeopático y Hospital de San José. Federación Española de Médicos Homeópatas.
- FEYERABEND, P. (1985): *Contra el método*, Barcelona, Orbis.
- FISHER, P. (2002): "Reinventing vitalism". En: *Homeopathy*, 91, London, Elsevier Science, págs. 61-62.
- FISHER, P.; WARD, A. (1994): "Complementary medicine in Europe". En: *British Homeopathic Journal*, 309, London, págs.107-110.
- FISHER, S. (1984): "Doctor-patient communication: a social and micro-political performance". En: *Sociology of Health and Illness*, 6: 1, Oxford, Blackwell Publishing Ltd, págs. 1-29.
- FORTES, L.; FRAIZ, I C. (2002): "Homoeopathy from the patient`s standpoint: an empirical study in the city of Curitiba (Brazil), 1998-99". En: Dinges, M. (ed.): *Patients in the History of Homoeopathy*, Sheffield, EAHM Publications, págs. 301-316.
- FOUCAULT, M. (1978): *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.
- (1979): *Historia de la sexualidad*, Madrid, Siglo XXI.
- GEORGESCU-ROEGEN, N. (1994): "Nicolas Georgescu-Roegen por sí mismo". En: Szenberger, M. (ed.): *El testimonio vivo y la visión del mundo de los grandes economistas de hoy*, Madrid, Debate.
- GIDDENS, A. (1994): *Consecuencias de la modernidad*, Madrid, Alianza Editorial.
- (1995): *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona, Península.
- (1997): "Vivir en una sociedad postradicional". En: Beck, U.; Giddens, A. y Lash, S. (1997): *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*, Madrid, Alianza, págs. 74 -136.
- GOERKE, H. (1986): *Tres mil años de Historia de la medicina: de Hipócrates a la medicina bioquímica*, Barcelona, Gustavo Gili, S.A.
- GOL-FREIXA, J M. (2003): "Las medicinas no convencionales en España". En: *Medicinas alternativas y complementarias*, Humanitas, Humanidades Médicas, 1: 2, Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, págs.135-140.
- GONZÁLEZ, E. (2003): "La experimentación homeopática pura". En: *Revista española de Homeopatía*, 14, Sevilla, F.E.M.H, págs. 11-18.
- GUERRA, F. (1982): *Historia de la Medicina*, Madrid, Norma, S.A.
- GÜNTHER, M.; RÖMERMANN, H. (2002): "The homoeopathic patient in general practice: findings of a comparative poll of patients in conventional medical practices and homoeopathic private and health insurance scheme practices". En: Dinges, M. (ed.): *Patients in the History of Homoeopathy*, Sheffield, EAHM Publications, págs. 282-299.

- HARAWAY, D J. (1995): *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra.
- HERING C. (1982): *The guiding symptoms of our materia medica*, Nueva Delhi, Jain publishers.
- HOWARD, S.; JACOBS, J. (1984): *Sociología cualitativa*, Méjico, Trillas.
- IBÁÑEZ, J. (1990): "Introducción". En: *Anthropos*, Nº 22, Barcelona.
- ILLICH, I. (1975): *La Némesis médica: la expropiación de la Salud*, Barcelona, Barral.
- INGLEHART, R. (1998): *Modernización y posmodernización. El cambio cultural, económico y político en 43 sociedades*, Madrid, CIS.
- JACOBS, J.; MOSKOWITZ, R. (2000): "Homeopatía". En: Micozzi, M S.: *Fundamentos de medicina alternativa y complementaria*, Barcelona, Paidotribo, págs. 91-103.
- JULIAN, O. (1965): *Recherches théoriques et pratiques dans l'homéopathie*, Paris, Peyronnet.
- KAPTCHUK, T J. (2000): "Contexto histórico del concepto de vitalismo en la medicina alternativa y complementaria". En: Micozzi, M S.: *Fundamentos de medicina alternativa y complementaria*, Barcelona, Paidotribo, págs. 57-71.
- KELNER, M.; WELLMAN, B. (1997): "Health care and consumer choice: medical and alternative therapies". En: *Social Science and Medicine*, 45, págs. 203-212.
- KUHN, T S. (1979): *La estructura de las revoluciones científicas*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- LAÍN, P. (1978): *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat Editores, S.A.
- LAKATOS, I. (1987): *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*, Madrid, Tecnos.
- LAMO DE ESPINOSA, E. (1996): *Sociedades de cultura, sociedades de ciencia. Ensayos sobre la condición moderna*, Oviedo, Ediciones Nobel.
- LARA, I. (2003): "La homeopatía y la ciencia". En: *Revista española de Homeopatía*, 14. Sevilla, F.E.M.H., págs. 3-9.
- LARNER, C. (1984): *Witchcraft and Religion: The Politics of Popular Belief*, Oxford, Macfarlane.
- LASH, S. (1997): *Sociología del posmodernismo*, Buenos Aires, Amorrortu.
- LATIESA, M. (ed.) (1991): *El pluralismo metodológico en la investigación social*, Universidad de Granada.
- LE BRETON, D. (1994): "Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia". En: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, Madrid, CIS, págs. 197-210.
- LEIBOLD, G. (1994): *Homeopatía. Medicina natural para todos*, Madrid, Pirámide.
- LÓPEZ, J M. (1990): *Historia de la Medicina*, Madrid, Historia 16.

- (2001). *Breve historia de la medicina*, Madrid, Alianza.
 - (2002). *La medicina en la historia*, Madrid, La esfera de los Libros.
- LOWENBERG, J.; DAVIS, F. (1994): "Beyond medicalization-demmedicalization: the case. of holistic health". En: *Sociology of Health and Illness*, 16: 5, Oxford, Blackwell Publishing Ltd, págs. 579–599.
- LYOTARD, J. (1989): *La condición posmoderna*, Madrid, Cátedra.
- LUPTON, D. (2003): *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London, Sage.
- MACIONIS, J J.; PLUMMER, K. (1999): *Sociología*, Madrid, Prentice Hall.
- MANTERO, M. (2000): *El ejercicio médico de la homeopatía en España a finales del siglo XX (Análisis médico-legal)*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- MARTÍNEZ, F. (1975): *Historia de la Filosofía*, Madrid, Istmo.
- MARX, K. (1976): *El manifiesto comunista*, Madrid, Ayuso.
- (1984): *El Capital*, Barcelona, Antalbe.
- MARX, K.; ENGELS, F. (1975): *Obras escogidas*, Madrid, Akal.
- MENÉNDEZ, E L. (1981): "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: Basaglia y otros: *La salud de los trabajadores*, México, Nueva Imagen, págs. 11-53.
- (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Cuadernos de la Casa Chata.
- MICOZZI, M S. (2000): "Características de la medicina alternativa y complementaria". En: Micozzi, M S.: *Fundamentos de medicina alternativa y complementaria*, Barcelona, Paidotribo, págs. 23-27.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, (2001): "Medicinas alternativas: descripción general", Informe, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (2006): "Los antibióticos pueden dejar de curar", Informe, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MONOD, C. (2000): "Contexto cultural de los sistemas de medicina alternativa". En: Micozzi, M S.: *Fundamentos de medicina alternativa y complementaria*, Barcelona, Paidotribo, págs. 29-55.
- MOORE, T. (1994): *El cuidado del alma*, Barcelona, Urano.
- MORALES, E. (2000): *La magia de la homeopatía*, Sevilla, Instituto Médico de Estudios Hahnemannianos.
- (2004): *La homeopatía en dos palabras. Claves para comprender la medicina homeopática*, Málaga, Arguval.
- MOYA, C. (1977): *De la ciudad y de su razón*, Madrid, Cupsa Editorial.
- (1979): "Introducción". En: Hobbes, T.: *Leviatán*, Madrid, Editora Nacional.
 - (1982): *Teoría sociológica*, Madrid, Taurus.

- NAVARRO, V. (1978): *La medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, Crítica.
- NOELLE, E. (1970): *Encuestas en las sociedades de masas*, Madrid, Alianza.
- OAKLEY, A (1976): "Wisewoman and medicine man: changes in the management of childbirth". En: Mitchell, J.; Oakley, A (eds.): *The Rights and Wrongs of Women*, Harmondsworth, Penguin, págs.17-58.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2002): "Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005", Informe, Ginebra.
- ORTÍ, A. (1986): "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo". En: García Ferrando, M; Ibáñez, J; Alvira, F. Comp.: *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, Madrid, Alianza, págs. 153-185.
- PARRY, J.; PARRY, N. (1977). "Social closure and collective social mobility". En: Scase, R. (ed.): *Industrial Society. Class Cleavage and Control*, London, Allen & Unwin, págs. 110-121.
- PEREIRA, J A (1999): *Abuso de antibióticos y resistencias*. En: www.MedSpain.com, 4.
- PÉREZ, C R.; LUCIO, M J. (1987): *La Homeopatía*, Madrid, Edisan, S.A.
- PICÓ, J. (1998): "Postmodernismo, postmodernidad". En: Giner, S.; Lamo de Espinosa, E.; Torres, C. (eds.): *Diccionario de Sociología*, Madrid, Alianza, págs. 590-592.
- PIERRET, J. (1986): "Life-styles and new cultural orientations. Their impact on a redefinition of public health", informe presentado en el Congreso Health Policy and Health Promotion. Towards a New Conception of Public Health, Baden (Viena), 6-11 noviembre 1986.
- PINET, P. (1999): "El papel del alma y de la fuerza vital en la concepción de la enfermedad y de la salud en Cabanis y Hahnemann". En: *Actas de las I Jornadas de Medicina y Filosofía*, Sevilla, Facultad de Filosofía, págs. 119-139.
- PIULATS, O. (1999): "Filosofía y medicina natural en el romanticismo". En: *Actas de las I Jornadas de Medicina y Filosofía*, Sevilla, Facultad de Filosofía, págs. 141-157.
- POPPER, K. (1982): *La lógica de la investigación científica*, Madrid, Tecnos.
- PORTER, R. (1995): *Disease, Medicine and Society, 1550-1860*, Cambridge, Cambridge University Press.
- (2001). *Quacks : Fakers and Charlatans in English Medicine*, Stroud, Tempus.
- PRIGOGINE, I. (1983): *¿Tan sólo una ilusión?*, Barcelona, Tusquets.
- RIBA, C.; CUXART, A. (2003): "Construyendo las bases para una comparación fiable: la Encuesta Social Europea 2002 en España". En: *Revista Española de Ciencia Política*, Nº 8, págs. 165-185.
- RIERA, J. (1985): *Historia, Medicina y Sociedad*, Madrid, Pirámide, S.A.
- RODRÍGUEZ, L. (1990): "El desarrollo de la teoría sociológica". En: Del Campo, S. (ed.): *Tratado de Sociología*, Madrid, Taurus, pág. 19-60.

- ROJO, A. (1993): *Enfermos y sanadores en la Castilla del siglo XVI*, Valladolid, Secretariado de Publicaciones, Universidad de Valladolid.
- SAKS, M. (1992): "Introduction". En: Saks, M. (ed.): *Alternative Medicine in Britain*, Oxford, Clarendon Press, págs. 1-21.
- SAN JOSÉ, C. (2001): *Hidrología médica y terapias complementarias*, Secretariado de Publicaciones, Universidad de Sevilla.
- SCHUTZ, A. (1964): *Estudios sobre teoría social*, Buenos Aires, Amorrortu.
- SCOTT, A. (1998): "Homoeopathy as a Feminist Form of Medicine". En: *Sociology of Health and Illness*, 20: 2, Oxford, Blackwell Publishing Ltd, págs. 191-214.
- SENNETT, R. (2000): *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona, Anagrama.
- SHANG, A.; HUWILER-MÜNTENER, K.; NARTEY, L.; JÜNI, P.; DÖRIG, S.; STERNE, J A.; PEWSNER, D.; EGGER, M. (2005): Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. En: *Lancet*, 366, págs. 726-732.
- SHARMA, U. (1992): *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients*, London, Routledge.
- (1996): "Using complementary therapies: A challenge to orthodox medicine?" En: Williams, S J.; Calnan, M. (eds.): *Modern Medicine: Lay Perspectives and Experiences*, London, UCL Press, págs. 230–255.
- SHILLING, C. (2003): *The Body and Social Theory*, London, Sage.
- SHORTER, E. (1993): "The history of the doctor-patient relationship". En: W.F. Bynum, W F.; Porter R. (eds.): *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London and New York, 2, págs. 783-800.
- SIGERIST, H E. (1960). *On the history of medicine*, New York, MD Publications.
- SIMMEL, G. (1986): *Sociología*, Madrid, Alianza Editorial.
- SOLÉ, C. (1998): "Modernidad". En: Giner, S.; Lamo de Espinosa, E.; Torres, C. (eds.): *Diccionario de Sociología*, Madrid, Alianza, págs. 498-499.
- SOKAL, A.; BRICMONT, J. (1999): *Imposturas intelectuales*, Barcelona, Piados.
- STACEY, M. (1988): *The Sociology of Health and Healing*, London, Unwin Hyman.
- (1992): *Regulating British Medicine: The General Medical Council*, Chichester, Wiley.
- STARR, P. (1982): *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books.
- STEVENS, R. (1966): *Medical Practice in Modern England*, New Haven, CT: Yale University Press.
- (1971): *American Medicine and the Public Interest*, New Haven, CT: Yale University Press.

- STOLLBERG, G. (2002): "Patients and Homoeopathy: An overview of sociological literature". En: Dinges, M. (ed.): *Patients in the History of Homoeopathy*, Sheffield, EAHM Publications, págs. 317-329.
- THOMPSON, E P. (1989): *La formación de la clase obrera en Inglaterra*, Barcelona, Crítica.
- TÓNNIÉS, F. (1979): *Comunidad y Asociación*, Barcelona, Península.
- TURNER, B S. (1994): "Los avances recientes en la teoría del cuerpo". En: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, Madrid, CIS, págs. 11-39.
- URRY, J. (1997): *Consuming places*, New York, Routledge.
- VEBLEN, TH. (1966): *Teoría de la clase ociosa*, México, Fondo de Cultura Económica.
- VICENS, J. (1995): *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*, Madrid, Siglo XXI de España Editores, S.A.
- VINCENT, CH.; FURNHAM, A. (1997): *Complementary Medicine. A Research Perspective*, Chichester, John Wiley & Sons.
- VICKERS, A. (2000): "Complementary medicine". En: *British Medical Journal*, 321, págs. 683-686.
- VON MARTIN, A. (1974): *Sociología del Renacimiento*, México, Fondo de Cultura Económica.
- WATKINS, A D. (2000): "Contexto contemporáneo de la medicina alternativa y complementaria: medicina integrada del cuerpo-mente". En: Micozzi, M S.: *Fundamentos de medicina alternativa y complementaria*, Barcelona, Paidotribo, págs. 73-86.
- WAUGH, R. (1984): *Life of Christian Samuel Hahnemann. Founder of Homeopathy*, New Delhi, World Homeopathic Links.
- WEBER, M. (1972): *El político y el científico*, Madrid, Alianza Editorial.
- (1979): *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Barcelona, Península.
 - (1993): *Economía y sociedad*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- WILLIAMS, S J. (2003): *Medicine and the Body*, London, Sage Publications.
- WRIGHT MILLS, C. (1974): *La imaginación sociológica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- WRIGHT, P. (1975): "Astrology and Science in the 17th Century England". En: *Social Studies of Science*, 5: 4, págs. 399-422.
- ZOLLMAN, C.; VICKERS, A. (1999): "Users and practitioners of complementary medicine". En: *British Medical Journal*, 319, págs. 836-839.