



Oculi

Revista de lecturas

ISSN: 2796-9479
(Frecuencia trimestral)

[Números](#) [Inicio](#) [Portada](#) [Contacto](#) [Escriben](#)

Ojo clínico

(*Naissance de la clinique*, de Michel Foucault, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.)

por *Cristina López* y *Agustina Andrada*

¿Qué relación puede haber entre la formación de la medicina clínica y la ampliación del registro de la mirada que se produjo a fines del siglo XVIII?

Todo, si nos atenemos a los análisis llevados a cabo por Michel Foucault en *Nacimiento de la clínica*. De hecho, a juicio del filósofo francés, la indagación de la emergencia de la clínica requiere llevar a cabo una arqueología de la mirada médica. De allí que, aquel libro de 1963 se centrara en la explicitación y análisis de las condiciones específicas de conformación de esa mirada, es decir, en la exploración del espacio, del lenguaje y de la muerte.

Ahora bien, ¿acaso la observación no ha sido desde siempre una herramienta indispensable de la medicina tanto para establecer un diagnóstico certero como para discernir la terapia más adecuada? ¿A qué obedece entonces este renovado interés por ella? ¿Se trata de un hallazgo procedente de una peculiaridad del enfoque de Foucault o la propia epistemología de la medicina ya le reconocía un rol preponderante respecto de la aparición de la clínica?

En rigor de verdad, -como supo consignar nuestro pensador- al momento de reflexionar sobre sí misma, la propia medicina moderna remontó su aparición a los últimos años del siglo XVIII y adjudicó su positividad a la ponderación de la eficacia de la percepción por sobre toda pretensión teórica. No obstante, esa reflexión no reparó o, al menos, no se expidió acerca de las

nuevas condiciones que comenzaron a articular la mirada de manera de convertirla en una aliada esencial para el saber médico. Por ello no tuvo en cuenta el rol potenciador de la mirada que juega el espacio. Tampoco hizo lugar al análisis de la peculiar relación entre ver y decir que, a partir de su instauración, conllevaron esas condiciones. Ni ahondó en el estudio de la reformulación de la relación entre lo visible y lo invisible en la que se fundó esta ponderación. Así las cosas, tanto aquellas consideraciones como estas omisiones pueden generar la impresión de que el hallazgo de la clínica consistió simplemente en desplazar las presunciones de la teoría en beneficio de las evidencias de la percepción. Sin embargo, contrariando esa impresión, en su arqueología, Foucault se empeñó en mostrar que lo que condujo a la formación del 'ojo clínico' fue la modificación de "...los códigos perceptivos fundamentales que se aplicaba al cuerpo de los enfermos, el campo de los objetos a los cuales se dirigía la observación, las superficies y profundidades que recorría la mirada del médico, todo el sistema de orientación de esta mirada» (Foucault: 1963, p. 53)

Dilucidación del espacio en que se asienta el mal

Pero, ¿cómo puede el espacio contribuir a la orientación de la mirada? ¿Desde qué lugar puede potenciarla? ¿A qué dimensiones espaciales se refiere Foucault?

A primera vista, el cuerpo humano constituye el ámbito "privilegiado" de espacialización de la enfermedad. Ciertamente es la instancia primaria en la que se origina y expande la enfermedad. De hecho, es desde el espacio del cuerpo desde donde emergen los síntomas y los signos que revelan la enfermedad. A pesar de parecer una evidencia remontable a tiempos remotos, esta coincidencia entre la sede de la enfermedad y el cuerpo del enfermo es un aporte de la clínica iluminada -como veremos- por la anatomía patológica. En ese sentido, la articulación exacta del mal sobre el cuerpo es una coincidencia histórica y transitoria. Basta con revisar la concepción clasificadora de la medicina que precedió al método anatomoclínico para advertir la novedad que comporta esta coincidencia. Para el pensamiento clasificador, antes de intentar visualizarla en el cuerpo, la enfermedad tiene que ser organizada y jerarquizada en familias, géneros y especies. Según esto, antes que el cuerpo, el cuadro nosológico en el que se escandían las características, el desarrollo, las implicancias de la enfermedad constituyó su superficie de espacialización primaria. Sólo en una instancia segunda en la que era menester dirimir cuál es la sede de la enfermedad, la medicina clasificadora remitía su mirada escrutadora al cuerpo del enfermo a quien trataba en forma personalísima por fuera de toda otra institución que no fuera la familia. En cambio, para la medicina clínica de fines del siglo XVIII, el hospital devino el ámbito de espacialización terciaria, es decir, "...el conjunto de gestos por los cuales la enfermedad, en una sociedad, está cercada, médicamente investida, aislada, repartida en regiones privilegiadas y cerradas, o distribuida a través de los medios de curación, preparados para ser

favorables (Foucault: 1963, p. 14). Precisamente, al precio de quedar bajo el control del Estado, al atravesar el umbral del hospital, el ejercicio de la medicina expandió notablemente los límites de visibilidad de la enfermedad y su evolución en el cuerpo del enfermo. A juzgar por los beneficios que se siguieron de posicionar al hospital como ámbito de especialización terciaria de la enfermedad bien valía pagar ese precio. De hecho, a partir de ese momento, se produjo una profesionalización del ejercicio de la medicina, una conversión del médico en un funcionario de Estado, una ampliación de sus incumbencias hasta incluir funciones normativas que no sólo lo autorizaron a repartir consejos de vida prudente sino también a exigir conductas morales de la población a su cuidado. En cuanto al hospital, con el tiempo, su prestigio llevó a posicionarlo como ámbito propicio para la enseñanza. Al respecto, Vicq d'Azyr, entre otros referentes de la medicina del siglo XVIII, llegó a concederle a la enseñanza en hospitales valor de resolución de los problemas que venían entorpeciendo la formación médica. Aunque con idas y vueltas, y precisamente en función de las condiciones de visibilidad de la enfermedad que garantiza, el hospital no perdió su prestigio ni siquiera cuando las políticas del liberalismo comenzaron a imponer sus cálculos.

Haced decible lo visible

Así las cosas, ¿qué puede aportar el lenguaje a una disciplina como la medicina clínica que parece basar toda su cientificidad en el ejercicio de la mirada? ¿Cuál podría ser el rol del lenguaje habida cuenta de que la mirada contribuye a develar el secreto de la enfermedad? Además de ser del orden de lo visible, ¿la enfermedad comporta una estructura lingüística?

Para la medicina del siglo XVIII, la enfermedad se manifiesta a través de síntomas y signos. Ambos se distinguen por su valor semántico y su morfología. En lo esencial, el síntoma es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad y el signo la anuncia, es decir, la pronostica, la evoca y la diagnostica. En otros términos, mientras que el signo se mantiene a distancia de la enfermedad, el síntoma está tan próximo a ella que la transparenta. En verdad, no hay una esencia patológica por fuera de los síntomas. De esta suerte, la enfermedad no es más que un grupo de síntomas. De allí que el síntoma desempeñe el papel de un lenguaje de acción en el que no hay diferencia entre significante y significado.

Pero, para que ese tipo de lenguaje tenga sentido es menester que intervenga un acto venido de otro lugar. Si no fuera así, ¿cómo se transformaría al síntoma en significante que significa la enfermedad como su verdad inmediata?

A entender de Foucault, para que el síntoma devenga signo se requiere "...una mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad o a la sucesión y a la frecuencia» (Foucault: 1963, p. 93) En otras palabras, se requiere una mirada que, lejos de pretender imponer un ordenamiento propio, se avenga a

intervenir para develar el orden natural de los síntomas. En ese sentido, para captar el síntoma en su verdad, la mirada que observa debe abstenerse de interponer teorías. De ello no resulta una depreciación del alcance de la mirada sino, por el contrario, una potenciación de su capacidad de observación.

Interpuesta esta mirada, el ser de la enfermedad manifestado en los síntomas se vuelve completamente traducible a la sintaxis del lenguaje descriptivo. En ese sentido, hay una correspondencia plena entre las manifestaciones sintomáticas de la enfermedad y su descripción. En efecto, por esta vía se establece tal isomorfismo entre la estructura de la enfermedad y la forma verbal que la ciñe, que se vuelve evidente que “No hay enfermedad sino en el elemento de lo visible y en consecuencia de lo enunciable.» (Foucault: 1963, p. 95). Por donde se advierte que la medicina clínica vincula estrechamente el acto perceptivo centrado en la mirada con el lenguaje minucioso de la descripción.

Pedidle a la muerte que dé cuenta de la vida

¿Qué puede aportar la muerte a las pretensiones de total visibilidad que, una y otra vez, detenta la clínica? ¿A través de qué procedimientos podría ampliar el campo de la mirada médica? ¿Cómo es posible conjugar el protagonismo que le adjudica la anatomía patológica con la aspiración a curar la enfermedad y prolongar la vida que orienta a la medicina?

A partir del momento en que, de la mano de Xavier Bichat, la anatomía patológica incorporó el ojo entrenado en la clínica, la muerte contribuyó a hacer visible lo invisible. Efectivamente, guiado por esa mirada, el procedimiento de disección permitió sacar a la luz la especificidad de los procesos patológicos ocultos en la profundidad de los cuerpos. De esta manera, la exploración de la muerte comenzaba a dejar al descubierto el decurso que siguen las enfermedades por debajo de la superficie de los órganos. Lejos de restringirla, entonces, esta exploración amplió notoriamente los horizontes de la mirada. De hecho, ya no se contenta con observar lo que ocurre al ras del cuerpo sino que penetra en su interior en búsqueda de seguir el rastro de la enfermedad.

Abriendo entonces algunos cadáveres, la anatomía patológica inauguró una nueva y fundamental dimensión de la espacialidad corporal: aquella que, a través de la sutil textura de los tejidos, establece su trama interna. Desde ese momento, el estudio de las capas tisulares constituyó el correlato perceptivo de la mirada de superficie propia de la clínica. De esa conjunción entre una mirada que recalca en los síntomas de superficie con otra que se atreve a hurgar en la trama de los tejidos surgió la posibilidad no sólo de reconstruir la geografía sino también la historia de la enfermedad.

Afortunadamente, los beneficios de esta conjunción no se limitan a expandir el conocimiento de la enfermedad. Aportan una nueva concepción de la muerte y de la relación que con ella guarda la vida.

Hasta el siglo XVIII, la medicina concebía la muerte como un hecho absoluto. La posibilidad de examinar los cadáveres permitió observar fenómenos de mortificación que discurren por debajo de los procesos mórbidos. Se trata de fenómenos de muerte parcial o progresiva que no habilitan predicciones pero permiten advertir que la muerte “... no es ese punto absoluto y privilegiado, a partir del cual los tiempos se detienen...” (Foucault: 1963, p. 144) Por el contrario, la muerte es múltiple y se dispersa a lo largo de toda la vida. De esta manera, la anatomía patológica relativizó la concepción de muerte haciendo de ella un fenómeno volátil repartido en la vida “...bajo la forma de muertes en detalle, muertes parciales, progresivas...” (Foucault: 1963, p. 147.) Desde entonces la muerte ya no es entendida como ese desorden absoluto en el que no está presente ni la vida ni la enfermedad. Tampoco es aquello que irrumpe y se abate desde fuera contra la vida. Todo lo cual, por otra parte, deja al descubierto, la enorme permeabilidad de la vida a la muerte. De hecho, es justamente esta presencia hormigueante de la muerte en la vida la que da forma a las múltiples composiciones de lo vivo. De esta suerte, los seres vivientes pasaron a ser definidos por su relación indisoluble con aquello que los suprime. De allí, la célebre definición de Bichat según la cual la vida es el conjunto de funciones que resisten a la muerte. Así al menos se la percibe cuando se le pide a la muerte que dé cuenta de ella.

A modo de conclusión:

Para Foucault quien, a principios de la década del '60, estaba en camino a elaborar su propia perspectiva de análisis, esta arqueología de la clínica constituyó la oportunidad para -distanciándose por igual de la tentación subjetivista de la fenomenología y del giro objetivista del estructuralismo- poner a prueba su hipótesis según la cual las condiciones de la mirada médica no las dirimen ni el sujeto ni el objeto. A su entender, “Es la disposición más general del saber la que determina las posiciones recíprocas y el juego mutuo de aquel que debe conocer y de aquello que hay que conocer.» (Foucault: 1963, p. 139)

Bibliografía:

- Michel Foucault. *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963.

31 de julio de 2022 oculirevista

[casos](#), [clínica](#), [filosofía](#), [foucault](#), [medicina](#), [mirada](#), [síntomas](#), [signos](#)

Deja una respuesta

La Plata, Buenos Aires, Argentina | oculirevista@gmail.com

*“La lectura consiste en otra cosa o algo más
que pasar la vista sobre un papel escrito.»*



ISSN: 2796-9479
A WordPress.com site.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 2.5 Argentina](#).

