

Estructura y dinámica del pensamiento médico clásico chino en función de su enseñanza y aprendizaje.

Introducción.-

Cada vez con más frecuencia se escucha hablar de Medicina Alternativa, Medicina Complementaria, Medicina Bioenergética, Medicina Holística u otras entre las muchas denominaciones que recibe esa medicina que no es la que oficial y convencionalmente se ejerce y enseña en el mal llamado "mundo occidental." Muchos aceptan ya -ante evidencias como las de la foto Kirlian, las variaciones de la conductancia eléctrica de la piel y otros fenómenos similares-, que con las variaciones del estado funcional y los cambios anatómicos de un organismo vivo, aparecen variaciones capaces de ser medidas, por lo general, como fenómenos eléctricos y electromagnéticos. No obstante, muchos también se niegan a aceptarlas, a pesar de que hasta la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) ha recomendado muchas de estas modalidades no-convencionales y tradicionales.

Algunos, a veces como modo de obviar los academicismos, prefieren llamarlas modalidades sanativas o de sanación, con lo que se amplía el espectro mucho más. No pocos hablan en la actualidad de energía vital y de disturbios energéticos en los trastornos de la salud. Una manera de clasificar estas modalidades es considerando las que fundamentan sus terapias en el diagnóstico médico occidental moderno y las que tienen un sistema de diagnóstico particular que sirve de base para la adopción de sus medidas terapéuticas. También se las puede clasificar en aquellas que no tienen una perspectiva holística del ser humano, la vida y la salud y las que lo tienen. De éstas, nos atenderemos solo a las segundas.

¿Qué connotación consideramos se debe dar al vocablo holístico, al menos dentro de los contextos relativos a la salud?

En ocasiones se oye mencionar la frase Medicina Holística como equivalente de la Medicina Alterna o Complementaria, pero no nos parece exacto. Con alguna frecuencia también se asocia con el empleo simultáneo de varias modalidades sanativas no convencionales. Tampoco consideramos que el término holístico deba aludir a eso exactamente.

La concepción holística del ser humano y su salud tampoco se refiere a considerarlo un agregado de mente y cuerpo, sino un todo único indivisible. Ambas perspectivas pudieran parecerse a primera vista, pero un examen más detenido las diferencias. Dentro de un criterio holístico lo espiritual, lo difícilmente tangible o perceptible y lo orgánico o francamente evidente, son un dos expresiones de un solo fenómeno en el que todas sus manifestaciones son causa y consecuencia simultáneamente unas de otras.

Cuando hacemos sinónimos mente-cuerpo y medicina holística permanecemos dentro del ideal cartesiano de la realidad, pues seguimos

operando con una dicotomía de pares excluyentes, solo que una manera mejor disimulada. Por consiguiente, una perspectiva holística implica una concepción del mundo –y no solo del ser humano- dinámica, compleja y sistémica en la que el todo se expresa y refleja en todas sus partes y las partes en el todo, a la vez que éstas lo hacen entre sí.

Dentro del grupo considerablemente más específico, esto es, dentro de las modalidades holísticas, que nos queda, se encuentra la Medicina China Tradicional.

¿Qué es la Medicina Oriental o Medicina China Tradicional? ¿De que se ocupa? ¿En qué se diferencia de la medicina que oficialmente se acepta y aplica en la mayoría de los centros de salud de occidente? ¿Qué circunstancias hicieron posible sus diferencias? ¿Qué pudo determinar que se adelantaran en ocasiones siglos a la medicina cultivada por la civilización occidental eurocéntrica? Esas y otras interrogantes trataremos de responder a lo largo de este modesto esfuerzo desde una perspectiva histórica.

¿Por qué histórica?

Alguien alguna vez afirmó que quienes no conocen la historia están condenados a repetirla, pero lo peor es que la repetirán por ignorancia. La historia es algo más que una sucesión de hechos. Entendida y ejercida como una simple compilación de datos cronológicamente ordenados deviene en “materia prima” para la investigación, en colección de curiosidades o en mero adorno de erudición. Pero cuando organizamos selectivamente la información a los efectos de comprender el origen, el desarrollo y la prospección de los fenómenos sociales y de la actividad y el pensamiento de los seres humanos, se transforma entonces en herramienta indispensable del conocimiento y el fundamento de la mejor experiencia.

Para facilitar la exposición y en aras de no ser excesivamente extensos, vamos a centrar nuestro esfuerzo en explicar la filosofía y la concepción del mundo que pautan la manera en que clasifican y describen los fenómenos, en exponer sus características fundamentales como medicina y en contribuir a hacer accesibles, al menos los elementos generales, de toda esa sabiduría y el sólido fundamento que le han permitido sobrevivir durante algo más de 25 siglos.

El proceso de desestimación y subestimación de las prácticas médicas ajenas a la M.O.M.

La Medicina podría definirse como el conjunto de conocimientos y procedimientos concebidos y organizados en función de contribuir constantemente a la elevación de la calidad de vida, de preservar la salud y de restaurarla en el caso de se encuentre quebrantada. El médico sería el profesional sobre el que descansa una de las responsabilidades mayores en el ejercicio de la Medicina, pues de él van a depender, al menos, la determinación del estado de la salud de la persona concreta y la determinación de las

medidas que se deben tomar en cada caso y en cada momento.

La Medicina es el cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos que debe dominar el médico, por lo que participa de sus expectativas, de sus criterios de verosimilitud, de las pautas organizativas de su trabajo científico y en sus formas concretas de ejecución. Por consiguiente, médico y medicina, constituyen un par inseparable al punto que se condicionan y determinan mutuamente. El médico hace a la medicina y la medicina, en buena medida, es el resultado de la acumulación de experiencias, habilidades y resultados prácticos del ejercicio profesional del médico. La medicina condiciona la conducta del médico y el médico condiciona el volumen de conocimientos y valores espirituales que se incluyen como valederos en la medicina.

Pero una vez incluida la medicina dentro del aparato administrativo, de dirección y de gobierno de una sociedad dada –tanto en los modos formalmente institucionalizados como en sus modalidades no tan formales–, y mezclada hasta lo irreconocible con las peculiaridades de su organización económica y social, adquiere una relativa independencia y somete, reduce a la obediencia, obliga al médico a actuar dentro de determinados márgenes que pautan el “correcto proceder”. Ese concepto de “proceder correcto” no ha sido inmutable, sino que se ha ido adaptando a los cambios que se han ido operando en cada sociedad, en cada país y en cada momento del desarrollo de la humanidad.

Esto último determina que en la medicina, la estructura y el contenido de sus presupuestos, los criterios generales de organización del conocimiento y de la práctica asistencial, sus objetivos particulares, los criterios de verosimilitud y los puntos de vista que favorecen la aceptación o rechazo de las sugerencias o decisiones, por lo menos, guarden un grado considerable de correspondencia y coherencia con las ideas políticas, la organización social, la organización y la estructura de la economía y la concepción del mundo prevaleciente en cada sociedad, a través de las diversas etapas que atraviesa a lo largo de todo su desarrollo. Esta correspondencia y coherencia parece infiltrar incluso el pensamiento de los científicos relacionados con ella –médicos y no médicos–, al punto que a veces parece superar su pretendida objetividad y, a través de ésta, los resultados alcanzados, aceptados o aplicados.

Esto es consecuencia de un proceso más o menos gradual, lo que ha permitido que tenga lugar bajo una apariencia “lógica” y “natural”, y que aparente ser consecuencia directa del progreso científico y técnico, disimulándose sin dificultad una proporción nada despreciable de sus raíces verdaderas y la intervención notoria de intenciones interesadas.

Tratemos de esbozar algunos rasgos de este proceso.

El desarrollo del proceso.-

Al inicio, Medicina y religión, médico y sacerdote, eran uno solo. Las actividades estaban poco diferenciadas. Luego, con el tiempo se fueron diferenciando, hasta que llegaron a constituir dos actividades perfectamente

delimitadas. Sin embargo, en aquel momento, al médico se le consideraba como poseedor de cualidades excepcionales otorgadas por los dioses, esto es, que el arte del dominio y la capacidad de sanar eran una gracia divina. Pero estas dotes estaban relacionadas con las necesidades de la tribu, clan, o agrupación social a la que pertenecía el que sanaba. En tanto que portador de un regalo de los dioses para beneficio de los demás con que compartía su existencia, gozaba de una consideración tan especial que, en algunas sociedades o en algún momento del desarrollo de una sociedad dada, llegó a ser considerado como una especie de semidiós.

En determinado momento de su desarrollo, los poseedores de semejantes dotes, no se dedicaban exclusivamente a curar, sino que tenían además una ocupación para garantizar su sustento y el de sus allegados. ¿Por qué otro medio de sustento, por qué otro trabajo? Porque, en tanto que don, virtud, gracia por otorgamiento divino, no se consideraba permitido cobrar por ella, pues los dioses no la conferían para beneficio personal, sino de todos sin distinción de persona. Este pudiera ser el antecedente más remoto de lo que posteriormente se llamó honorario.

Ya en los primeros años del siglo XVIII, en la Europa imperial colonizadora que imponía cada vez más y mejor su ideología, sus formas de pensamiento y su cultura, el régimen feudal había iniciado su período involutivo definitivo. El criterio de “autoridad” se sustituía por el de “hecho positivo”. En la medida que la nueva organización económica y social se iba desarrollando, se iba diferenciando de su predecesora. La ley de la oferta y la demanda, y el principio del libre comercio se robustecían, a la par que su inseparable pragmatismo y el concepto de honorario comenzó a cambiar hasta lo irreconocible.

Al finalizar el siglo XIX, la industria químico-farmacéutica se encontraba dando sus pasos iniciales. Durante el siglo XX tiene lugar un desarrollo explosivo de ésta y otras industrias relacionadas, como la industria alimenticia, particularmente a partir de su quinta década. Este proceso dio origen a un nuevo tipo de mercancía con una muy alta y especialmente prioritaria demanda: el alivio, la supervivencia y la salud.

Las sustancias medicinales sintéticas y los materiales y reactivos para el diagnóstico se transformaron en mercancía altamente redituable; las sustancias de origen natural se subestimaron y desestimaron cada vez más, surgiendo así una rama productiva y un mercado de una insospechada capacidad para generar beneficios económicos que impetuosamente se deshacía de todo lo que pudiera enlentecer o entorpecer su desenvolvimiento.

El crecimiento, desarrollo y fortalecimiento vertiginoso de estas industrias propició el surgimiento de gigantescos y poderosos consorcios de diversa índole, abriendo paso al concepto de “Industria de la Salud”, la que ha jugado un papel cada vez más importante en el crecimiento del PIB de muchos países desarrollados, a la vez que propició, fomentó y alentó el descrédito de los medios y sustancias naturales. A su vez, este fenómeno económico facilitó la concepción, hasta convertirlo en criterio lógico y jurídico, que solo los productos

sintéticos o semi-sintéticos eran susceptibles de ser patentados.

Sin embargo, recientemente ha vuelto a la palestra el problema de las patentes, solo que ahora con un matiz diferente. Dado el supuesto alto costo de la obtención del material genético como herramienta terapéutica, se ha considerado cada vez más razonable que puedan patentarse. Ante diferentes requerimientos de la Industria de la Salud, el criterio de sustancia natural está variando: los genes obtenidos de humanos o animales, parecen no ser tan naturales como el resto de las sustancias similares.

Simultáneamente, como consecuencia de la orientación filosófica que pauta la organización del conocimiento y el método científico en la medicina, se fueron elaborando protocolos de trabajo. Estos contribuían a crear y consolidar criterios más universalmente aceptados de verosimilitud, y creaban las condiciones para definir mejor qué era una mala práctica y qué no lo era. Esto último resultaba de una importancia de particular consideración, especialmente en aquellos países en los que regía el derecho anglosajón.

En este contexto, y sin perder de vista el papel que juegan ciertos países en los criterios de verosimilitud dentro de la comunidad científica internacional, poco a poco y como subrepticamente, el médico fue perdiendo autoridad y autonomía. Los protocolos, que habían surgido bajo la pretensión de dar solución a problemas científicos prácticos, habían encontrado una especial acogida, junto a un notable impulso, entre numerosas compañías, prestas ahora a donar fondos para contribuir a financiar las investigaciones en medicina.

¿Por qué este especial interés en apoyar los protocolos para determinar el diagnóstico y el tratamiento correctos? Por supuesto que la respuesta inmediata sería, “para impulsar el desarrollo científico y mejorar los métodos de trabajo con el paciente”, pero la realidad iba un poco más allá. Las empresas aseguradoras y, a través de ellas, las empresas productoras, mediante el empleo de protocolos de diagnóstico y de tratamiento “objetivamente demostrados”, han restringido cada vez más el rango de discreción del médico, y han condicionado cada vez más el diagnóstico definitivo al empleo de tecnologías. El médico solo puede indicar lo que la aseguradora reconoce como válido –salvo que el paciente decida y pueda soportar el costo-, y se reconoce preferiblemente como válido lo que mejor satisface sus intereses o los de las empresas productoras agazapadas tras ellas. Cada vez menos el criterio médico, estricto y responsable, determina en las decisiones que se deben tomar ante cada paciente concreto.

A modo de ejemplos, citemos solo dos.

Ya los pacientes con úlcera péptica no requieren de una dieta ajustada a su disfunción digestiva, ni se les recomienda un estilo de vida diferente. ¿Es que acaso esto está contraindicado?

Los que padecen de tuberculosis pulmonar ya no requieren de un entorno sano, tranquilo, con aire puro y fresco. ¿Es que esto no beneficia al paciente? ¿Es que acaso perdió toda su importancia? No, lo fundamental sencillamente

es que encarecen el tratamiento, favorecen la disminución de la demanda por elevación de los costos en general y contribuyen a reducir las ganancias.

Cada vez más se ha ido exigiendo la verificación del diagnóstico clínico mediante estudios complementarios –cosa esta en nada censurable-, pero en esa misma medida los estudios y los protocolos derivados de éstos se fueron basando más y más en sus resultados “objetivos”, a la vez que minimizaban la importancia de los procedimientos clínicos. El desarrollo vertiginoso de las más diversas tecnologías aplicadas al diagnóstico médico pareciera ser la lógica consecuencia de un progreso tecnológico aplicado en beneficio de la medicina y del paciente, pero otra vez la realidad era un poco más abarcadora.

La Industria de la Salud requiere de una renovación constante de los equipos que en un lapso cada vez menor se hacen obsoletos, poco confiables o menos eficientes. Esto no es totalmente una necesidad real sino que, en buena medida, es también una falsa necesidad derivada del sobredimensionamiento del verdadero desarrollo tecnológico. Así se garantizan mejor los requerimientos monetario-mercantiles de la Industria.

El resultado no se hacía esperar. Al trabajo del médico relacionado con el examen del paciente se le iba restando importancia. Como era de esperar, se fue desarrollando una especie de fascinación por la tecnología y una suerte de compulsión por renovarla constantemente, en nada desvinculada de la necesidad de alcanzar niveles crecientes de competitividad. Paralelamente, el valor del trabajo y de la experticia del médico se fueron haciendo paulatinamente menores, y el diagnóstico clínico cada vez menos apreciado por “impreciso y subjetivo”.

La autoridad de los intereses económicos de la Industria de la Salud no sugiere, sino condiciona y determina una proporción considerable de lo aceptado y aplicado en medicina, con el visto bueno del conocimiento científico derivado del método que ellos mismos contribuyen a imponer. En éste se asume, de manera cautelosamente encubierta, como para no ser groseramente contradictorios, que el ser humano tiene un carácter estándar, por lo que a similares desórdenes de la salud, corresponderán tratamientos idénticos. A su vez, la entelequia “enfermedad” ha ido dejando de ser una herramienta para conocer y comprender lo que está teniendo lugar en el enfermo, para sustituirlo.

La M.Ch.T. desde una perspectiva histórica.-

En la actualidad la Medicina China Tradicional atraviesa un momento paradójico de su historia. Su difusión y práctica han alcanzado un pináculo sin precedentes. Prácticamente no existe un rincón en el mundo en que no se conozca o se practique. Pero este momento cumbre pudiera ser, al menos, tan perjudicial como beneficioso.

En un mundo regido por el mercado como nunca antes cada vez más las cosas se rigen por la trilogía precio-costo-ganancia; casi todo se va

transformando en mercancía. Para vender es necesario adaptarse a las necesidades y exigencias del mercado, y se deben generar productos que tengan la mayor demanda posible. Sin embargo, no siempre lo que el consumidor demanda es lo que realmente necesita o lo más conveniente o lo mejor para éste, pero la regla es darle lo que pida. Su demanda es ganancia sin la más remota posibilidad de reclamo o queja. Por consiguiente, se suelen demandar con frecuencia productos, en este caso, cursos que sean sencillos, fáciles de aprender, aplicables con la mayor inmediatez y que rindan ganancias a la mayor brevedad posible para el que invierte en el aprendizaje. Pero esto no es difícil, cuando no imposible, de lograr.

La M.Ch.T. parte de un pensamiento no-lineal que no está basado en el paradigma cartesiano. Se sustenta en un paradigma dinámico, complejo, sistémico y reflejo en el no existen dicotomías o policotomías excluyentes. En éste, los fenómenos pueden ser lo que son y, a la vez, algo diferente. El todo es un sistema en el que se reflejan en todas las partes, las partes se expresan en el todo y, simultáneamente, las partes se reflejan e influyen entre sí. Trata al individuo como singularidad sin desconocer las leyes generales que rigen los procesos, por lo que no opera con “enfermedades”.

Por su parte, el pensamiento médico occidental moderno parte de un pensamiento lineal a partir del paradigma cartesiano. Divide la realidad en partes que aún no ha logrado integrar para operar con la totalidad. Opera también con categorías excluyentes. En su manera de operar, un fenómeno no puede ser lo que es y, a la vez, algo diferente, y todavía no ha sido capaz de integrar el carácter reflejo de la realidad. Además, aunque declara que no hay enfermedades sino enfermos, opera con enfermedades en vez de con enfermos.

¿Cómo pueden hacerse ambos sistemas compatibles? Solo adulterando uno de ellos hasta lo irreconocible para hacerlo concordante.

¿Cuándo y cómo se desarrolló el pensamiento médico occidental moderno?

La llamada medicina occidental tuvo orígenes remotos que, por desgracia, quedaron tan ocultos como olvidados durante un período tan oscuro como extenso y desafortunado: la Santa Inquisición. En aras de propiciar el reconocimiento del papel del estudio de la historia en la Ciencia, vale la pena recordar algunos de los aportes al conocimiento científico de aquellos hombres de antaño.

Herófilo de Chalcedón, vivió en Alejandría hacia el siglo III a.n.e. Hizo importantes aportes a la anatomía, describiendo las funciones sensoriales y motoras de los nervios, las relaciones de los nervios con el cerebro y lo señaló como el responsable de la inteligencia. Por su parte, Erasistrato en la misma ciudad describió las circunvoluciones cerebrales y las relacionó con las diferencias de inteligencia entre el Hombre y los animales, y diferenció además el cerebelo del cerebro. Pero ese fantástico desarrollo, esa asombrosa

anticipación quedó trunca, desvinculada del desarrollo social e histórico de la civilización de los pueblos europeos.

Así, la M.O.M., aquella conocida como medicina científica, no comenzó a tener cierto carácter científico nuevamente sino hasta finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX. Cuando Juan Nicolás Corvisart (1755 a 1821) y René Laënnec (1781 a 1826) comprobaron en el cadáver las causas y las características de lo que respectivamente hallaban con la percusión y la auscultación mediata en los enfermos, estaban inaugurando el carácter científico de esta medicina.

Al decir del Dr. Laín Entralgo:

“el camino tan brillante iniciado por Bichat, Corvisart y Laënnec en Francia; Bright, Stokes y Addison en el Reino Unido; y Auenbrugger, Rokitansky y Skoda en Viena, va a ser proseguido sin descanso por una legión de médicos de todos los países. Su común empeño se cifrará en obtener signos físicos capaces de localizar precisamente la lesión fundamental, en describir entidades morbosas anatómicopatológicamente definidas y en estudiar con máxima minuciosidad los órganos afectados en cada proceso morbo.”

Ellos representan el inicio del proceso de organización del conocimiento científico médico desde la perspectiva de la configuración o composición de la sustancia en la parte. ¿Por qué denominarla así? Nos referimos a un período que abarca el siglo XVIII y los inicios del siglo XIX. ¿Qué pensadores pautaron las características del método y el pensamiento en las ciencias en esa etapa? René Descartes y Augusto Comte.

Descartes.-

¿Cuáles eran las características de la doctrina creada por Descartes? Descartes establece dos principios o tipos de sustancias independientes: el del universo material, del que el cuerpo forma parte, y el del alma, cuyo atributo principal es el pensamiento. Ambas estarían determinadas por una tercera sustancia: Dios.

Su enfoque del mundo material puede enmarcarse sin dificultad, en lo fundamental, dentro de una concepción materialista, pero reducía los conceptos de movimiento y extensión, en lo esencial, a los de la física mecánica y a las leyes matemáticas de esta última. Así inaugura la tendencia a dar a las matemáticas un desempeño principal en la determinación de lo real, más allá del pensamiento del científico que la emplea.

Profundamente convencido de la fuerza de la razón humana, pretendió crear un método nuevo, el método científico del conocimiento del mundo, y sustituir

la fe ciega y el dogma por la razón y la ciencia. Recurre a la duda como método de razonamiento, con la ayuda del cual puede librarse de toda idea preconcebida y establecer verdades irrefutables.

En un plano gnoseológico, estimaba que la percepción sensorial nos daba una representación confusa de los objetos y puede así inducirnos a error. La sólida confirmación de la realidad dentro de su concepción, no la dan la experiencia y la práctica, sino la nitidez de nuestras ideas. Pero su razonamiento era un razonamiento abstracto, que en buena medida menospreciaba lo concreto sensible y la experiencia, y que pretendía resolver las distorsiones humanas, apoyado en la pureza de las matemáticas.

Por ese camino, adopta una posición que pudiéramos definir como subjetivista, sirviendo de base, por esta vía también, a otras concepciones como las del positivismo. Esta última corriente filosófica es la que va a iniciar el desarrollo de las herramientas matemáticas para la validación de los resultados experimentales. Y esta cualidad que hemos dado en llamar "subjetivista" le viene dada desde su raíz. Por todas estas razones, a pesar de su materialismo, la perspectiva subjetivista distorsionadora del siglo XVII y anteriores, tuvo a Descartes como su representante en Francia.

El Racionalismo cartesiano representa la concepción opuesta del Empirismo y, a pesar de ello, tienen puntos de contacto. Al menospreciar el valor de lo concreto-sensible, resta importancia a la observación, lo que constituye un precedente indispensable de algunas características de las concepciones positivistas, así como al considerar a las matemáticas como la expresión más pura y suprema de la razón.

Comte.-

Augusto Comte (1798 a 1857), partiendo del racionalismo cartesiano, formula los conceptos fundamentales del positivismo en la primera mitad del siglo XIX. Al declararse partidario de los "conocimientos positivos", Comte calificó de metafísica a toda aspiración de penetrar en la esencia de los fenómenos. Así, el mismo se encargó de no abandonar el subjetivismo distorsionador cartesiano que pretendía dejar atrás por tres premisas fundamentales:

- a) estimar que la percepción no es capaz de darnos más que una representación confusa de los fenómenos y, por ese camino, inducirnos a error; que es la "razón" la que es capaz de reconocer la realidad
- b) que esa capacidad de reconocer lo real le viene dado por una intuición que le es propia
- c) que la exactitud de las apreciaciones se ve confirmada no por la práctica y la experiencia, sino por la nitidez de las ideas

Estas premisas lo llevan a asumir, inadvertidamente, una posición filosófica propia de las modalidades más subjetivas, por lo que se aleja de su pretendida objetividad suprema. Por ese camino, su doctrina no propiciaba el

reconocimiento de las leyes que rigen los fenómenos. La ciencia tiene, en su doctrina, el objeto de describir las sensaciones subjetivas del hombre, por lo que, en ese sentido, coincide con el empirismo de Bacon, Hobbes y Locke.

El positivismo ha desarrollado una función trascendental en la evolución del método experimental, del método científico en general, en la aplicación y desarrollo de instrumentos matemáticos auxiliares para contribuir a precisar la validez o significación de los datos recolectados, ha impulsado el desarrollo especializado de la Ciencia y la Tecnología y ha propiciado el ímpetu de la llamada “economía de mercado”, pero ha favorecido la creciente fragmentación del conocimiento y contribuido a entorpecer la integración de una perspectiva sistémica de la realidad.

¿Cuáles son, de manera esquemática, las características generales del positivismo?

- a) la pretensión de no apoyarse en “especulaciones abstractas”, por lo que atiende solo a “hechos positivos” (de ahí su nombre).
- b) pretende elevarse por encima de toda filosofía y basarse solo en los datos precisos que aporta la ciencia.
- c) considera que la función de la Ciencia se circunscribe a “describir” (no a explicar o a interpretar) los datos que obtiene de la realidad.
- d) como las leyes y otras generalizaciones son el resultado de la “especulación”, su tendencia es a no reconocerlas como parte de la realidad.
- e) al fraccionar el todo, aislar variables y tender a desconocer las leyes y las generalizaciones como parte de la realidad, se les dificulta la comprensión sistémica del “todo”.
- f) por ese camino, tienden a considerar como equivalencia o aproximación al “todo”, la suma de las partes.

Dada la evidencia de algunas limitaciones del positivismo, algunos de sus seguidores desarrollaron lo que se ha dado en llamar “neo-positivismo”, “positivismo lógico” o “empirismo lógico”. Éstos declararon haber eliminado todo rasgo metafísico del primer y segundo positivismo¹ a partir de su reformulación teórica con la finalidad de retocar el método general y de mejorar los procedimientos y modelos matemáticos, pero no modifican radicalmente el fundamento, por lo que su contribución puede considerarse más de forma que de contenido.

Al conservar intacto el fundamento de su concepción del mundo, resulta que han sido los propios neopositivistas² los que se han encargado de declarar públicamente la persistencia de cualidades metafísicas en su concepción del mundo y en los resultados que de ella se deriven.

Paradójicamente, la necesidad de contar con datos “positivos” o “absolutamente objetivos” ha tenido determinado peso y ha contribuido a la

¹ Hume y Mach desarrollaron las tendencias que después se denominaron por algunos como segundo positivismo, experiencia crítica o empiriocriticismo.

² Entre las figuras prominentes del neopositivismo se encuentran Franz von Liszt, Ludwig Wittgenstein, Bertrand Russell y George Edward Moore.

subestimación de todo lo que se pudiera tildar de subjetivo, como lo es la propia observación directa. Pero al hacer esto, el positivismo se aleja del conocimiento científico aunque lo pretendido sea acercarse más y mejor, en tanto la observación, definida por Einstein como la conexión entre el fenómeno y nuestra concepción del fenómeno, se ha debilitado cada vez más.

Para estas formas de pensamiento, un fenómeno existe o no existe, como tampoco puede ser lo que es y, al mismo tiempo, algo distinto. Lo positivo y lo negativo se excluyen, revisten la forma de una antítesis rígida. A primera vista este método discursivo pudiera parecer razonable para algunos, y pudiera resultar incluso de utilidad práctica como parte del proceso de determinadas zonas del pensamiento dependiendo de la naturaleza del objeto de su estudio, pero termina por tropezar con las cualidades de un método parcial, limitado que, absorbido por los fenómenos concretos, no alcanza a ver su concatenación; concentrado en su estatismo, no alcanza a ver su dinámica. Esa es quizá su limitación principal³.

Mientras no se reúne una cierta cantidad de información, no puede acometerse el examen crítico, la comparación y, congruentemente, la división en clases, órdenes y especies. Por eso los rudimentos de las ciencias naturales exactas no se desarrollaron, en la cultura occidental euro-céntrica, hasta llegar a los griegos del período alejandrino, y más tarde, en la Edad Media, por los árabes.

El análisis de la naturaleza en sus diferentes partes, la clasificación de los diversos procesos y objetos naturales en determinadas categorías, la investigación de los organismos vivos según su diversa estructura anatómica, fueron otras tantas de las condiciones fundamentales a que obedecieron los progresos gigantescos realizados durante los siglos siguientes en el conocimiento científico de la naturaleza. Pero ese método de investigación basado en la doctrina cartesiana y el positivismo les legó, a la par, dos rasgos que finalmente contribuirían a frenar el desarrollo de la ciencia:

- a) el de fragmentar el mundo hasta lo irreconocible
- b) el de enfocar las cosas y los procesos naturales de manera aislada, sustraídos de la concatenación con el gran todo y, por tanto, no nos ofrece una perspectiva desde su dinámica, sino estáticamente; no como sustancialmente variables, sino como consistencias fijas.

Debut del Positivismo en Medicina.-

Françoise Magendie (1783 – 1855), al declarar que “no concedía crédito más que a sus ojos y a sus oídos y desconfiaba de su cerebro”, estaba confiriéndole a la Medicina las cualidades de una reunión de hechos. Quedaba así clara su pretensión de que el experimento sustituyera al razonamiento en su totalidad. Claudio Bernard, destacado discípulo de Magendie, al declarar que “es la idea vinculada por el descubridor al hecho descubierto lo que en realidad constituye

³ Enrique José Varona afirmaba: “El positivismo incurre en error al aceptar los axiomas matemáticos, negando a la vez lo absoluto. Roberto Agramonte, “El Pensamiento Filosófico de Varona”, Publicaciones de la Revista de la Universidad de la Habana (Tomo IV), La Habana 1935, p. 10.

el descubrimiento”, discrepó de su maestro, pero sin alterar el fundamento que los identifica.

En medicina, el positivismo, penetra a través del método experimental con la obra de los franceses Magendie y Bernard. Se trataba de ese positivismo naturalista que había reducido al ser humano a la condición de objeto físico, en cuanto limitaba su doctrina a la descripción de los “hechos” y negaba por principio toda relación entre ellos que no fuera la determinación cuantitativa.

Vale la pena citar textualmente al Dr. Pedro Laín Entralgo cuando expresó con tanta claridad como anticipación:

“Nada tiene de extraño que, con la penetración del positivismo en el pensamiento médico, comenzase el patólogo a despegar la “causa morbosa” del “proceso morboso”, haciendo caso omiso tanto de la naturaleza específica y de la situación propias del cuerpo enfermo, como del sentido que tiene la enfermedad para el ser que la padece”.

Así, con el positivismo, se adentraba en medicina la capacidad de estudiar con minuciosidad la enfermedad, junto a la incapacidad de hacer nada siquiera parecido con el terreno en que este trastorno tiene lugar, esto es, la persona en la que se produjo el trastorno, persistente secuela metafísica de la que, aún hoy, no se ha podido librar.

¿Cuándo y cómo se desarrolló el pensamiento médico clásico chino?

A partir de la diferenciación de las actividades del médico y el chaman, se inicia el proceso de estructuración del pensamiento médico propiamente dicho. El proceso como tal tiene lugar, en lo fundamental, durante el transcurso de la Dinastía Zhuo (siglos XI al III a.n.e.), sin que con esto se pretenda insinuar que se detuvo al concluir ésta.

Durante este período, y con la filosofía de Lao Zi como uno de sus fundamentos más sólidos, se desarrolla una concepción del mundo portadora de una perspectiva dinámica, compleja, sistémica y refleja que sirve de fundamento a las formas más avanzadas del pensamiento clásico chino en función de los procesos de apreciación, clasificación, explicación, comprensión e intervención vinculados a los fenómenos de la realidad.

¿Por qué dinámica? Porque concibe la realidad como un conjunto de fenómenos en movimiento, esto es sujetos a un proceso permanente de transformación y por consiguiente, inacabada.

¿Por qué compleja? Porque no opera con el ideal de simplicidad propio del pensamiento surgido en la cultura eurocéntrica y porque considera que la realidad está integrada por una complicada imbricación de fenómenos donde la

unicausalidad no es posible.

¿Por qué sistémica? Porque concibe la realidad como un todo, en donde cualquier evento va a repercutir en el resto de alguna manera y en alguna medida, donde lo espiritual, lo difícilmente tangible o perceptible y lo orgánico o francamente evidente, son un dos expresiones de un solo fenómeno en el que todas sus manifestaciones son causa y consecuencia simultáneamente unas de otras.

¿Por qué refleja? Porque parte del principio universal de que el todo se expresa y refleja en todas sus partes y las partes en el todo, a la vez que éstas, las partes, lo hacen entre sí.

Durante el último tercio de la Dinastía Zhou, especialmente en los siglos IV y III, se terminan de estructurar y consolidan las teorías Wu Xing o de los Cinco Movimientos y Yin-Yang. Éstas permitieron concretar procedimientos específicos de operar con el paradigma propuesto. ¿Cómo y por qué pueden jugar este papel en el pensamiento científico clásico chino?

Una teoría es una herramienta del intelecto humano que se emplea en la interpretación y en la previsión de los hechos, de alguna manera y en alguna medida, perceptibles, así como de los procesos que los provocan. Por consiguiente, sirve para ordenar la realidad, y para suponer y luego encontrar evidencias verificadoras de los mecanismos que provocan los fenómenos que tienen lugar en esa suerte de “caja negra” que constituyen lo desconocido o el “misterio”, como le llamara Lao Zi en su Dao De Jing.

Por consiguiente, rigieron y pautaron el ordenamiento y la estructuración de conceptos y categorías, y modularon la estructura y la dinámica del pensamiento con las que se debían operar y con el que se las debía perfeccionar, desarrollar y renovar todo el conocimiento, esto es, todo el contenido creado por ese mismo pensamiento.

Así, cuando durante los siglos II y I se redactan los textos conocidos hoy como el Su Wen y, posteriormente, el Ling Shu, la mayoría, si no todos los textos compilados, se habían concebido y redactado bajo la influencia rectora de las teorías Wu Xing y Yin-Yang o del proceso que las consolidó como expresiones concretas de los rasgos fundamentales de la concepción del mundo que ya habían desarrollado.

Para comprender y aplicar consecuentemente la M.Ch.T. es indispensable aprender a pensar de una manera diferente, a procesar la información con otro procedimiento. No es un problema solo de contenido del pensamiento sino de su forma, esto es, de su estructura dinámica.

¿Sobre qué bases apoyamos esta convicción? Veamos.

Papel del pensamiento y el lenguaje en el proceso.-

El pensamiento es un fenómeno específico de la Actividad Nerviosa Superior. En el ser humano, pudiera decirse que es el proceso psíquico que refleja las relaciones externas e internas, así como entre las manifestaciones formales y las cualidades esenciales de los fenómenos. En él pueden considerarse, entre otros, un orden, esto es, una organización interna, y un contenido. Dicho de otra manera, un modo de procesar de la información y un volumen de datos expresados en un código que hemos dado en llamar, con un sentido abarcador, lenguaje.

El lenguaje es una herramienta fundamental del pensamiento. Sin lenguaje no hay pensamiento y viceversa. Así, en el lenguaje se expresarán los modos de procesar del pensamiento y el pensamiento se organizará sobre la base del código de símbolos mediante el que se representan los conceptos sin los que aquél no se puede formular. Por consiguiente, pensamiento y lenguaje constituyen un par inseparable que se condicionan mutuamente a pesar de ser diferentes.

Estas características nos explican, por ejemplo, por qué es tan difícil hacer una traducción literal que se ajuste con una precisión aceptable al texto original y por qué el grado de imprecisión no es el mismo entre todos los idiomas. No es porque los fonemas entre uno y otro sean diferentes, sino porque los conceptos tienen implicaciones que no permiten una coincidencia exacta y porque el modo de procesarlos tampoco es idéntico en las diversas culturas. Estas disimilitudes se pueden reconocer también en las diferencias que pueden apreciarse entre los distintos grupos humanos y sus respectivas culturas.

¿Cómo es posible que en inglés, por ejemplo, no exista diferencia entre “ser” y “estar”, y que esto no tenga ninguna trascendencia en la expresión oral y escrita, mientras que en español pueda constituir un disparate desconocer esa diferencia?

Tomemos la oración “Yo amo a María.”

¿De cuántas maneras podemos expresar la misma idea en español? Podríamos decir, además:

Amo a María.

A María la amo.

A María la amo yo.

A María yo la amo.

Sin embargo, en inglés, solo puedo expresar esa idea diciendo “I love Mary”.

¿Cuál es la causa de que en unos idiomas el orden de los vocablos sea tan importante mientras que en otros, como en el caso del español, no lo sea tanto?

Tomemos, como ejemplo, una evidencia incuestionable. En neuropsicología, no se pueden emplear exactamente los mismos ejercicios o problemas en Latinoamérica que en Estados Unidos o Inglaterra para explorar muchos procesos, tanto fisiológicos como patológicos, del pensamiento? ¿Por qué es necesario adecuarlos para obtener resultados comparables?

Pero hay algo más. El chino es un idioma en el que la mayoría de sus vocablos son monosilábicos y es un idioma tonal. Un mismo fonema con dos entonaciones diferentes, tiene diversos significados que siquiera tienen que estar relacionados. Esto significa que, para poder comprender y hablar este tipo de idioma, hay que emplear ambos hemisferios cerebrales, mientras que en el nuestro o en inglés, por ejemplos, es necesario emplear solo el hemisferio izquierdo.

Semejante diversidad solo puede comprenderse, a juicio nuestro, si se la estudia desde la perspectiva de las diferencias en contenido y forma de dos fenómenos indisolublemente ligados y sujetos a un mutuo condicionamiento: pensamiento y lenguaje.

Dicho sea todo esto para anticipar y contribuir a fundamentar que las diferencias entre el pensamiento médico clásico chino y el pensamiento científico médico moderno, no son solo las derivadas de dos contenidos de información diferentes, elaborados bajo condiciones muy desiguales y como expresión de dos momentos de la evolución en dos procesos con raíces históricas distintas, sino que son también el resultado de dos maneras diferentes de trabajar la información, de dos procesos organizados con estructuras y con modos de tratamiento diferentes de los símbolos que expresan una realidad comprendida desde dos concepciones del mundo también diferentes.

Estas diferencias permitieron que, junto a las circunstancias con que la historia las rodeó, llegaran a formas elevadas de un pensamiento complejo, capaz de no aferrarse al ideal de simplicidad que matiza con fuerza las formas de pensamiento occidental de origen eurocéntrico, de apreciar la realidad como una diversidad de movimientos en similares y disímiles modalidades de concreción material, a reconocer la materialidad del espíritu y la espiritualidad de lo orgánico, y mantener una coherencia y consistencia en todo un criterio de aproximación a la realidad y de organización del conocimiento, bajo una concepción sistemática y sistémica del universo.

Es nuestro criterio que una y otra modalidad de pensamiento, esto es, el de la M.O.M. y el de la M.Ch.T., como Yin y Yang, se niegan a la vez que se complementan, al menos hasta el momento actual. Sin embargo, a diferencia de Yin y Yang, la primera, esto es, la modalidad que corresponde a la M.O.M., debe terminar por ser un caso, una particularidad de la segunda, paradójicamente la que aporta la perspectiva más antigua, pues no pudiendo integrar a cabalidad la parte en el todo, dependería de aquella para poder completar su cometido cognitivo supremo.

Solo un método desarrollado a partir de una concepción del mundo y una perspectiva de la realidad que tome como fundamento los conceptos y principios que sostienen las expresiones más avanzadas y desarrolladas de la M.Ch.T. pueden permitir, desde una concepción holística del universo, del ser humano y de la vida, estudiar la parte e integrarla en el todo, a la vez que estudiar el todo sin menoscabar la parte ni la comprensión de lo que en ella tiene lugar. Esto solo es posible cuando se opera con una concepción

dinámica, compleja, sistémica y refleja de la realidad como la del pensamiento médico clásico chino.

Una reflexión antes de concluir.-

Para comprender y aplicar consecuentemente la M.Ch.T. es indispensable aprender a pensar de una manera diferente, a procesar la información con otro procedimiento. No es un problema solo de contenido del pensamiento sino de su forma, esto es, de su estructura dinámica. ¿Cómo estructurar un sistema de preparación que sea sencillo, fácil y rápido que me permita aplicar adecuada y consecuentemente la M.Ch.T.? Parece como si viniera al caso recordar aquella frase que dice:

“El camino más corto, rápido y fácil suele ser el más largo, difícil y lento, porque no conduce a ninguna parte.”

¿Qué es lo que sucede con lamentable frecuencia? Son diversos los métodos que se suelen emplear y, en ocasiones, se combinan varios de éstos. Son cinco los que nos parecen los más frecuentes:

- a) Se ofertan cursos relativamente breves en los que se enseña a emplear un cierto número de recetas para tratar trastornos de la salud en pacientes según el diagnóstico occidental.
- b) Se transforma el diagnóstico médico chino, con frecuencia el que clasifica las repercusiones en el Zang-fu, y se ofrecen fórmulas o recetas para mejorarlas.
- c) Se da condición de medicamento a los puntos de la acupuntura y se inculca su empleo en esas alteraciones específicas.
- d) Se sustituye la semiología tradicional china por la de la medicina moderna y se opera con esta última.
- e) Se subdivide la M.Ch.T. según las especialidades de la medicina moderna y se opera con ésta dentro de esta restricción.

Tratando de resumir algo que necesariamente es mucho más extenso, trataremos de subrayar las inconsecuencias fundamentales de cada método. ¿Da algún resultado? Si da resultado, ¿qué importancia puede tener que se sigan estos métodos? Veamos.

Sobre el inciso “a”:

Toda ciencia –y la Medicina no es una excepción-, lo primero que hace, desde un punto de vista histórico, es describir. Luego, el segundo paso es clasificar. La clasificación condiciona, influye sobre el contenido de la información descriptiva, en tanto la organiza de diversas maneras, y las nuevas descripciones determinan modificaciones en los criterios de clasificación, por lo que ambas condicionarán las nuevas concepciones relacionadas con la organización y procesamiento de la información.

Las formas de clasificación, junto con la información acumulada desde las diferentes perspectivas de la descripción de los fenómenos, determina las

regularidades, las leyes, las generalidades que en cada momento la ciencia es capaz de reconocer, pero simultáneamente, las regularidades descubiertas determinan la necesidad de enriquecer y modificar las formas de clasificación y el contenido de las descripciones⁴.

En el caso de las ciencias aplicadas, basadas en toda esta información, conciben métodos y técnicas para influir sobre el fenómeno y para modificarlo en razón de las necesidades de la sociedad, de las ciencias mismas o ambas. El resultado obtenido con la aplicación de estos métodos y técnicas sobre el fenómeno, ratificará o pondrá en tela de juicio las premisas sobre las que fueron concebidos y viceversa, cerrándose el ciclo de relaciones entre teoría y práctica.

¿Qué relación histórica, filosófica, conceptual o metodológica tiene el diagnóstico médico occidental moderno con la M.Ch.T.? Este procedimiento es arbitrario por cuanto niega la ciencia, el método científico y aspectos metodológicos indispensable de cualquier procedimiento científico-práctico.

Podrá alguien adelantarse en decir que no estamos hablando de ciencia. Si alguien considera que no estamos hablando de ciencia, no podrá negar que estamos tratando problemas de la cognoscibilidad de la realidad, ya que el paciente, sus problemas, y la comprensión y solución de sus manifestaciones son indudablemente parte de ésta. En ese caso, ese es el ámbito de la ciencia, aunque no siempre haya sabido ser consecuente con éste.

Por otra parte, el médico será incapaz de tomar decisiones independientes o de encontrar una solución a nuevos problemas, pues se habrá formado como un mero reproductor. Esto lo hace además, dependiente de su “proveedor” de conocimientos, lo que indudablemente será un beneficio de aquél en perjuicio del médico.

Inciso “b”;

Cuando diagnosticamos en M.O.M., ¿qué estamos haciendo? Un diagnóstico no es otra cosa que un método de clasificación. En este caso, un diagnóstico en M.O.M. está basado en la identificación de un agente causal y una estructura que, desde un sitio específico, es capaz de identificar una enfermedad en tanto que conjunto de manifestaciones objetivas y subjetivas. Por consiguiente, el diagnóstico en M.O.M. es un sistema de clasificación de los desórdenes de la salud de las personas, basado en las modificaciones de la composición o la configuración de la sustancia en una parte de la totalidad del organismo que se la identifica como la responsable principal de los cambios operados en el enfermo⁵.

Para poder diagnosticar, esto es, clasificar el trastorno que presenta el enfermo, el sistema no se apoya en todas las manifestaciones que este último presenta. Con arreglo a un criterio consensuado previamente, selecciona algunos de los cambios operados y, con arreglo a éstos procede a clasificarlo.

⁴ Rosental, M., y Iudin, P., “Diccionario Filosófico Abreviado”, Ed. Pueblos Unidos, Montevideo, 1961. p. 66.

⁵ Díaz Mastellari, M., “Medicina Tradicional China y Medicina Occidental Moderna”, Rev. Mexicana de Medicina Tradicional China, Año 2, No. 7, Vol. 2, pag. 33 – 35, Agosto, 2000.

Pero estudia el trastorno y lo identifica o trata de identificarlo hasta el detalle y con la máxima precisión, pero no puede hacer nada siquiera parecido con el terreno en que ese trastorno tiene lugar, esto es, la persona en la que se produjo la alteración de la salud.

En el caso de la M.Ch.T., el diagnóstico, en última instancia, una descripción del desarrollo histórico de la salud del paciente a partir del tipo de persona concreta.

Al transformar el diagnóstico del Zang-fu en el objetivo de la terapia, abandonamos al enfermo y nos enfocamos en una enfermedad. Una enfermedad con otro nombre, pero enfermedad al fin, por lo que estamos transformando en alopática a la medicina china. Estamos negando su esencia y destrozando su paradigma.

Sobre el inciso “c”:

Pinchar un cuerpo no necesariamente es hacer acupuntura. De la misma manera que no necesariamente cortar o desgarrar tejidos constituye un proceder quirúrgico, introducir un objeto punzante en un organismo tampoco es acupuntura. Introducirlo en zonas precisas, de extensión bien limitada, tampoco lo es, pues muchos pueblos han hecho cosas parecidas como parte de su práctica sanativa y, por mucho que se pueda parecer, no se puede afirmar que eso sea acupuntura.

La acupuntura corporal o mejor, Zhen Jiu o aguja metálica-calentamiento⁶, pudiera definirse como la punción o cauterización de zonas específicas, situadas sobre trayectos que las relacionan, bajo reglas y principios, pautados por un contexto teórico y tecnológico específico. Si no cumple esos requisitos no es acupuntura.

En la acupuntura no opera el pensamiento lineal de la medicina moderna, lo que se manifiesta en los siguientes fenómenos:

- El orden de los factores altera con frecuencia el producto, pues con frecuencia el orden con que se estimulen los puntos conduce a efectos diversos.
- En un mismo paciente se pueden estimular diversos puntos para obtener el mismo resultado y, en diferentes pacientes o en diferentes momentos en un mismo paciente, la estimulación del un mismo punto puede conducir a efectos distintos.
- Dependiendo con qué otros se combine un punto específico, sus efectos pueden variar.

Sobre el inciso “d”:

Se trata de otra manera de transformar en alopático el carácter holístico de la M.Ch.T. Es también otra manera de limitar y distorsionar la perspectiva del que aprende.

Sobre el inciso “e”:

⁶ Traducción e interpretación del término original chino.

La M.Ch.T. es una medicina holística. Por consiguiente, inevitable e invariablemente un carácter general, integral, sistémico. En ésta se mencionaban las afecciones del niño y de la mujer, de dos aspectos fundamentales:

1. Que un niño no es un adulto comprimido, sino que tiene peculiaridades orgánicas y funcionales específicas, especialmente entro de los primero 7 u 8 años de vida.
2. De las particularidades de la mujer relacionadas con la menstruación, el embarazo, el parto y la lactancia, en lo fundamental.

En la medida que el niño se aproxima a la pubertad, cada vez más se asemeja al adulto joven. La mujer, fuera del embarazo, el parto y la lactancia, aunque puede tener síntomas y signos diferentes del varón, no se diagnostica ni se trata de una manera diferente.

Por otra parte, es un contrasentido hablar de una modalidad holística circunscrita a una especialidad de la medicina moderna. No solo es un contrasentido, sino que es además absurdo.

Se podrá argumentar que da resultados en muchos casos, pero no por dar resultados lo fenómenos sociales son verdaderos, adecuados, constructivos o correctos. ¿Qué se ha tratado; qué se ha hecho? ¿Sabemos que hemos resuelto el problema de salud o simplemente lo hemos silenciado, disimulado tras una atenuación más o menos intensa de sus manifestaciones más evidentes un fenómeno que sigue avanzando, ahora sin que seamos capaces de reconocerlo? Quien sana debe saber qué sana, cómo lo sana y cuánto lo sana y, además, debe ser capaz de prever, que en materia de salud quiere decir emitir un pronóstico responsable.

Apartarse del pensamiento médico clásico chino para sustituirlo por el positivismo de la medicina occidental moderno no es avanzar sino retroceder. Es asumir lo que el modo de operar que cada vez más pensadores se convencen de que hay que abandonar.

Por ese camino, se está contribuyendo a la desaparición de la real M.Ch.T.⁷ Ésta se seguirá distorsionando hasta lo irreconocible, se irá distanciando cada vez más de una práctica médica sensata, irá perdiendo posibilidades de solucionar problemas de salud necesariamente cambiantes, diversos o nuevos, perderá su capacidad de continuar desarrollándose y evolucionar hacia formas superiores, y habrá renunciado finalmente a su contribución más importante al conocimiento universal y a la universalidad del conocimiento: su perspectiva sistémica, refleja, dinámica y compleja de la realidad, esto es, de la vida, la salud y el enfermo.

Y, volviendo a un momento anterior, cuando nos referimos al momento paradójico que atraviesa la M.Ch.T., nos preguntamos:

⁷ Frauhauf, Heiner, "Chinese Medicine in Crisis: Science, Politics and the Making Of TCM", The journal of ChineseMedicine, October, 1999,

¿Cómo estructurar entonces un sistema de preparación que sea sencillo, fácil y rápido que permita comprender y aplicar cabal, adecuada y consecuentemente la M.Ch.T? Solo si se conciben como una secuencia, como un conjunto, como un proceso de gradual aproximación a un objetivo necesariamente mucho más complejo que extenso.