

11248



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD
EN EL ÁREA DE EDUCACIÓN MÉDICA

**“TRADICIÓN Y CAMBIO CULTURAL EN LA
FORMACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO
RESIDENTE”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN EDUCACIÓN MÉDICA

PRESENTA:
GLORIA DEL CARMEN ESTRADA CORREA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. ALBERTO LIFSHITZ GUINZBERG

MÉXICO, D.F. OCTUBRE 2005

0349528



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

A MIS PADRES
QUIENES SIEMPRE ESTÁN CONMIGO.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: GUERLA DEL CARMEN ESTHEDA CORREA

FECHA: 10-8-05

FIRMA: 

A LA DRA. TERESA PACHECO MÉNDEZ
POR SU VALIOSO APOYO.

TRADICION Y CAMBIO CULTURAL
EN LA FORMACION PROFESIONAL DEL MEDICO RESIDENTE.

INDICE

Introducción	2
Capítulo 1. Dimensión sociocultural de la profesión médica.	7
1.1 La medicina como formación cultural.	10
1.1.1 Mecanismos de percepción de la realidad social	21
1.1.2 Incidencia y efecto de los valores en la medicina.	23
1.1.3 La interacción social como fundamento de la cultura médi	25
1.1.4 La ingerencia del poder y del "habitus" en la formación de la identidad del médico.	29
1.1.5 El espacio y el tiempo sociales en la medicina.	32
1.2 Las instituciones sociales como espacios de des-institucionalización de la identidad en torno a la medicina.	34
1.2.1 El cambio cultural y tecnológico, sus efectos en la práctica médica.	39
1.2.2 El lenguaje como medio de representación y de des-legitimación del mundo médico. Conocimiento e información.	48
1.2.2.1 El conocimiento.	50
1.2.2.2 La información.	55
1.2.3 Papel del aprendizaje en la conformación cultural de la medicina.	58
Capítulo 2. La profesión médica. Su objetivación socio-histórica.	63
2.1 La salud-enfermedad. Punto de partida del mundo objetivado.	65
2.2 La trayectoria histórico-social de la profesión médica. El médico, objeto y sujeto de la objetivación.	71
2.3 El hospital. Espacio social de legitimación del conocimiento y de la práctica médica objetivada.	80
2.4 Lo normal y lo patológico. Un re-posicionamiento del mundo médico objetivado.	83
2.5 Una réplica al mundo objetivado de la profesión médica desde la perspectiva del positivismo.	87
2.6 Perspectivas del mundo médico frente al desarrollo tecnológico y la mercadotecnia.	92

Capítulo 3. Objetivación y cambio cultural en la formación del médico residente. Un diagnóstico de su potencial crítico.	100
I. Sobre la dimensión del proceso Salud-Enfermedad.	107
II. Sobre la dimensión de la Práctica Médica.	110
III. Sobre la dimensión del Hospital.	114
IV. Sobre la dimensión del Aprendizaje	116
V. Sobre la dimensión de la Comunicación.	119
VI. Sobre la dimensión del Conocimiento e Información.	121
VII. Sobre la dimensión de la Identidad.	124
VIII. Sobre la dimensión de la Ética Médica.	125
IX. Sobre la dimensión de la Medicalización.	127
Conclusiones.	131
Bibliografía.	139
Anexo 1. Cuestionario.	143
Anexo 2. Gráficas para la interpretación.	154

"La posibilidad de un pensamiento crítico
está obturada por el positivismo tecnocrático,
que confirma la supuesta racionalidad
de una realidad que es irracional.
La filosofía, como el individuo, como la sociedad misma,
se ha vuelto unidimensional,
y calca de forma a-crítica el discurso de las ciencias
sin preguntarse sobre las implicaciones sociales
de tal discurso."

Herbert Marcuse
"El hombre Unidimensional"

TRADICIÓN Y CAMBIO CULTURAL EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL DEL MÉDICO RESIDENTE

INTRODUCCIÓN.-

El momento histórico que vivimos está definido por la caída de los "grandes mitos". Es ya un lugar común decir que estamos viviendo un período de transformaciones profundas, fundamentalmente culturales, por lo que se ha considerado como una etapa de gran ruptura. Vivimos un período complejo en el que se han generado tensiones importantes entre libertad individual y compromiso social, entre conservar un capital cultural heredado y el derecho a definir un estilo de vida propio, entre tradición y modernidad.

El paso de la tradición a la modernidad está definido por aspectos sociales, como el desarrollo tecnológico, y por la preponderancia de la ciencia sobre la religión. Hay quien piensa que esta transición se llevó a cabo de manera abrupta, no obstante, nosotros retomamos la propuesta de E. Durkheim para quien la tradición no fenece sino se entremezcla con la modernidad, por lo que la modernidad no acaba con la tradición, sino que se basa en ella para su desarrollo. La modernidad incluye a la tradición, y de ahí la importancia del estudio de la historia. (Montaño, 2003)

Los cambios culturales en la sociedad actual están íntimamente vinculados con las nuevas tecnologías de la información. Su llegada ha modificado conceptos básicos como los de *tiempo* y *espacio*, así como la noción misma de

realidad, ante la posibilidad de construcción de realidades "virtuales". Además de la incertidumbre, característica de la modernidad, se ha generado una gran preocupación por contender con la gran afluencia de información, sin embargo, se carece en muchas ocasiones de una visión crítica que permita seleccionar, analizar y evaluar dicho caudal informativo.

Si se piensa que se debe preparar al estudiante para la vida, no como es sino como podría ser, preocupándose ante todo por la potencialidad del sujeto, debiera estimularse entonces, un espíritu inquisitivo, crítico y creativo. Una capacidad de crítica que se fundamente en la disposición al descubrimiento, en "...la posibilidad de ver algo más de lo que está allí al término de los conocimientos acumulados." (Zemelman 1987:13)

La reflexión crítica supone no sólo el conocimiento de los propios valores y la comprensión de la propia práctica sino también, una confrontación constante de los mismos en un contexto social e histórico que, siendo cambiante, debe permitir su transformación. Para transformar la práctica médica se requiere identificar los elementos formativos del médico, definir los modelos médicos socialmente compartidos y reconocidos, su historia y desarrollo, y precisar la práctica que prevalece al interior del conjunto social que constituye al quehacer médico.

La medicina participa del conocimiento científico más como consumidora que como generadora del mismo y, de esta manera, puede considerarse como una disciplina técnico-científica pero con una importante carga social; cada vez más adopta un criterio de operatividad tecnológica, generando un discurso apoyado en un lenguaje que *medicaliza* la realidad. La medicina se caracteriza

por la poca reflexión puesta sobre los problemas sociales, siendo con frecuencia estos últimos, traducidos a problemas médicos bajo los cuales indefectiblemente se ocultan juicios de valor. En el fondo, en la práctica médica actual yace la aceptación implícita del paradigma biologicista que minimiza la importancia del origen social de la enfermedad.

El médico construye cotidianamente su identidad, haciendo suyos reglas, significados y valores que con frecuencia adopta a-críticamente y en función de los cuales realiza su práctica, desde su relación con el enfermo, la prescripción de medicamentos, hasta su relación con la tecnología. A ello se suma la influencia realmente eficaz de esta imagen sobre los estudiantes de medicina, imagen proyectada a través de los centros de enseñanza como espacios que garantizan la reproducción de una cultura médica poco interesada en problematizar los elementos que conforman histórica y socialmente su propio quehacer.

El médico debiera ser formado en la perspectiva de un pensamiento divergente que le permitiera introducir, dentro de su cultura técnico-científica, elementos de la cultura humanística¹, mediante los cuales sea capaz de generar y transmitir una cultura médica crítica y reflexiva. Para el análisis crítico de la práctica médica es necesario apartarse de los conceptos unívocos sobre los valores y las ideas concebidos como acabados e inmutables, externos al sujeto

¹ Cultura humanística en el sentido planteado por Edgar Morin , como aquella que comporta un “depósito finito y compartido de conocimientos que permite una gran posibilidad de reflexión” acerca del hombre, la naturaleza, el mundo, la sociedad. (Morin 1995:141) Por el contrario, la cultura científica ha tenido un crecimiento exponencial de la información que hace imposible la asimilación por el individuo, lo que ha condicionado una hiperespecialización que afecta a la reflexión sobre los grandes interrogantes que plantea la cultura humanística. “Hay una hegemonía del conocimiento mensurable y cuantificable; hegemonía, a su vez, ligada a la de un conocimiento que necesita la manipulación (experimental) y la producción (técnica).” (Morin, 1995:142)

considerado a-históricamente. De este modo, la educación médica debería centrarse no en la enfermedad sino en la salud, preocupándose por todas las influencias que sobre ella existen, es decir, tanto las individuales como las sociales.

En este contexto de la reflexión aquí esbozada, en la realización del presente trabajo nos interesó identificar algunos elementos de la formación académica y del referente cultural del médico residente, como son: la formación y preservación de valores sociales, los conceptos explícitos y subyacentes de salud y enfermedad, los principales rasgos de identidad en función de la formación cultural y del campo profesional, así como los modelos de aprendizaje predominantes, buscando establecer la presencia de una formación crítica en el médico residente. Partimos del principio que nuestros conceptos determinan nuestras acciones, así como también, que nuestras representaciones simbólicas conforman sistemas de referencia de interpretación de lo real, radicando su importancia precisamente en el impacto que éstas tienen en la acción social.

En el primer capítulo, analizamos la dimensión sociocultural de la profesión médica, concibiendo al análisis cultural como una de las categorías centrales, abordada desde la perspectiva de Peter Berger y Thomas Luckmann, con la finalidad de identificar los procesos de habituación, legitimación e institucionalización de las prácticas médicas cotidianas. En este marco, la medicina es definida como una formación cultural susceptible de ser estudiada en función de tres ejes de análisis: las relaciones sociales y las instituciones, la distribución de poder y por último, los recursos por los que se constituye como campo social diferenciado. Se analiza la profesión médica como una práctica

social institucionalizada, en la que los médicos en formación, ante un largo proceso de socialización, construyen sus identidades.

Desde la perspectiva socio-cultural adoptada, la práctica médica es visualizada como producto de una trayectoria histórica, determinada por las condiciones sociales e institucionales prevaecientes en un tiempo y espacio concretos. Esta perspectiva histórica, abordada en el segundo capítulo, constituye otra categoría central de análisis, en la medida que nos permite la búsqueda de particularidades de historias colectivas diferentes, es decir, identificar cuáles son los intereses que han privado históricamente sobre los diferentes aspectos de la práctica médica, como la salud y la enfermedad, y que determinan la práctica actual.

Como la finalidad del presente trabajo ha sido identificar los diferentes aspectos que permitan un replanteamiento de la profesión en el contexto de la formación del médico, en el tercer capítulo se sistematizan algunos de los elementos de representación socio-culturales más relevantes en el médico residente, y que tienen que ver con el conocimiento social compartido en torno a la medicina, su aprendizaje, su práctica y su transmisión. La intención ha sido explorar con detenimiento la cultura objetivada del médico en formación con la finalidad de encontrar los significados perdidos y valorar de manera crítica las prácticas establecidas, así como también las posibilidades de cambio.

CAPITULO 1

DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL DE LA PROFESIÓN MÉDICA

La enfermedad es una experiencia universal que en cada sociedad se vive de diferente manera. Para enfrentarse a la enfermedad las sociedades han creado instituciones, desde las más simples, como la profesión de médico, hasta las más complejas, como los centros hospitalarios más avanzados. En las modernas naciones industrializadas, la enfermedad y la dolencia suelen considerarse como un fenómeno natural y por lo tanto, sujeto a investigación y estudio por métodos científicos; no obstante, el tratamiento de la enfermedad incluye algo más que la mera aplicación del conocimiento médico instrumentado por las instituciones, incluye un conjunto de representaciones que históricamente han dado lugar a modelos culturales en la medicina. Los modelos médicos no surgen ni se establecen de manera aislada sino que se integran en una red compleja de creencias y valores, pasando a formar parte de la cultura de cualquier sociedad. (Rodney, 1984:14) De ahí que entre medicina y sociedad se establezca una interacción constante de doble dirección, la medicina no es algo que se sitúa fuera de la sociedad sino que se constituye como un subsistema de la misma.

En este capítulo, la profesión médica es considerada desde el ángulo cultural de su vínculo con la sociedad, de ahí que el análisis aquí efectuado esté organizado en función de los principales componentes culturales que permiten situar a sus actores en función de los procesos a los que históricamente se enfrentan a lo largo de su experiencia social e institucional. Para cumplir con tal propósito, revisaremos detenidamente cómo, a través del intercambio social, el individuo elabora sus propias representaciones de la realidad en función de las cuales, además de incorporar la cultura, construye su estructura semántica experiencial para analizar su contexto y decidir sus modos de intervención en él. En este sentido se revisa cómo no existe *una* realidad sino *múltiples* realidades, cómo conocemos el mundo de diferentes maneras y en qué medida cada una produce diferentes representaciones; en fin, analizaremos cómo el individuo se convierte así y de manera simultánea, en "creador de" y "creado por" la cultura. (Gimeno, 1996)

La perspectiva cultural abordada en este capítulo, explicará cómo nuestra manera de entender el mundo y la vida han repercutido en el desarrollo de la medicina, del mismo modo en que los conocimientos médicos han afectado tales visiones del mundo, ambos promoviendo estilos de pensamiento que han influido de manera significativa en las formas de expresión cultural de nuestras sociedades. Baste pensar en la utilización de la biología con fines racistas, la utilización ideológica de la genética o en las investigaciones manipuladas sobre los efectos nocivos de los productos farmacéuticos. (Hortal, 1987:35)

En la perspectiva cultural propuesta, los procesos de interacción son considerados el fundamento del mundo social y cultural donde toda práctica social institucionalizada, como lo es la práctica médica, requiere de un largo proceso de aprendizaje y socialización dentro de una determinada comunidad –la médica- con normas específicas y prácticas culturales propias que atañen a la constitución de los sujetos que ahí participan -en este caso, tanto al médico y al paciente. Analizaremos cómo la práctica de la profesión médica está sustentada en el funcionamiento de instituciones, mismas que le proporcionan estabilidad, recursos, organización, efectividad, operando como medios tanto para la asignación de *status* como también, para el reparto de cuotas de poder. La institución, como forma fundamental de organización social es definida como: *"...un conjunto estructurado de valores, de normas, de roles, de formas de conducta y de relación (la familia, la educación, la religión, las formas de alimentación son, por tanto, instituciones)."* (Marc, 1992) En este sentido los valores y las pautas de conducta son situados en el contexto de la interacción, considerada esta última como el fundamento de toda práctica social.

Como actividad social institucionalizada, la práctica médica no es ajena al fenómeno del poder; de hecho, la misma cultura se constituye como una estructura asimétrica en la que existen posiciones dominantes y posiciones dominadas, situación que también se hace evidente en la relación médico-paciente. Como espacio social la práctica médica es un campo de fuerzas al que se someten los individuos que en él participan, ya sea conservando o

transformando su estructura, estableciendo las pautas para la formación de su identidad. Es de este modo que a lo largo de las últimas décadas la realidad social de la medicina se ha transformado profundamente, sumándose a la creciente interrelación entre ciencia y tecnología, así como al interés político y económico que acompañan al desarrollo científico y técnico.

De la misma manera que la dimensión cultural de la práctica médica explica cómo en la vida cotidiana el individuo aprende reinterpretando los significados de la cultura, también en los procesos institucionalizados de formación se aprende gracias al proceso de reconstrucción del conocimiento; en este último caso, la finalidad es incorporar el conocimiento como la herramienta conceptual que permite al individuo transferirse a nuevas situaciones y a ser capaz de analizar una realidad plural en permanente cambio. En esta perspectiva, el aprendizaje en los procesos de formación del médico juega un papel importante en la reconstrucción crítica del conocimiento cotidiano, conocimiento objetivado y transmitido de manera a-crítica. Es precisamente sobre las posibilidades de impulsar un pensamiento y una conciencia crítica en lo que nos detendremos al final de este capítulo, a fin de valorar en qué medida los procesos institucionales de formación del médico representan un espacio de reflexión desde donde impulsar su desarrollo.

1.1. La medicina como formación cultural.

Un acercamiento a la realidad social de la que forman parte fundamental los individuos requiere de la noción de cultura como recurso explicativo, ya que es en función de esta última que la sociedad animal se separa de la humana. Una postura que permite distinguir entre el orden de lo natural y el de lo cultural es posiblemente la expuesta por Levi-Strauss cuando afirma que “...*todo lo que es universal en el hombre corresponde al orden de la naturaleza y se caracteriza por la espontaneidad, mientras que todo lo que está sujeto a una norma pertenece a la cultura y presenta los atributos de lo relativo y de lo particular*”. (Giménez, 1987: 23)

El estudio de la cultura nos permite aprender sobre la constitución histórica de la subjetividad, es decir, hacer explícito todo aquello que damos por sentado en nuestra vida diaria y que llega a convertirse en el principio generador de toda práctica social, prácticas que tienen que ver con las formas bajo las cuales establecemos nuestra relación con el entorno. La práctica médica es una práctica social formalizada e instituida en la sociedad y es en el plano de la subjetividad donde las relaciones sociales cobran sentido, de ahí que sea gracias al análisis de la dimensión cultural que podamos dilucidar el entramado social que la nutre.

Para Salvador Giner (1996:73) “*la cultura es el modo humano de satisfacer las exigencias biológicas.*” De hecho, la biología humana se encuentra culturalmente modificada, el hombre no nace con un desarrollo completo sino que continúa desarrollándose en su interrelación con el ambiente, no sólo con un ambiente natural determinado sino también, con un orden cultural y social

específico. A pesar de las limitaciones fisiológicas humanas que determinan su existencia, el organismo humano posee una enorme plasticidad en su reacción ante las fuerzas ambientales que operan sobre él. "Si bien es posible afirmar que el hombre posee una naturaleza, es más significativo decir que el hombre construye su propia naturaleza o, más sencillamente, que el hombre se produce a sí mismo." (Berger, Luckmann, 1995:69). El cuerpo humano le impone limitaciones al individuo desde su nacimiento e influye en él en su proceso de construcción del mundo, ejemplo de ello es cómo la percepción del mundo de una persona ciega de nacimiento es muy diferente a la de otra que sí ve; sin embargo, el mundo que el hombre crea actúa a la vez sobre su propio organismo imponiéndole limitaciones de acuerdo con lo que a éste le resulta biológicamente posible, es el caso de la longevidad, la cual ha sido históricamente menor entre la gente de menos recursos económicos. (Berger, Luckmann, 1995)

Sabemos de los cambios biológicos del hombre en su proceso de adaptación al medio ambiente, desde la concentración de melanina en la piel en respuesta al sol, hasta la percepción de diferentes tipos de color blanco en los esquimales. Reconocemos también que como género tenemos una diferente naturaleza (XX/XY) a la que hemos atribuido todas las diferencias entre hombre y mujer, tanto físicas como psicológicas, sin embargo, cada vez son más los estudios que nos demuestran que la plasticidad del organismo es de tal magnitud que podemos desarrollar ciertas áreas mediante su estimulación y también, que las áreas que no se usan se atrofian. Por lo tanto, es inútil preguntarnos si las diferencias observadas en la estructura cerebral del hombre y de la mujer son

causa o efecto de las diferencias de su comportamiento social ya que en realidad se debe a ambas. Si bien, la carga genética se tiene al nacimiento, no así el yo que se experimenta como identidad reconocible, subjetiva y objetivamente; el organismo, y más aún el yo, no pueden entenderse si se los separa del contexto social particular en que se formaron. Es imposible que el hombre se desarrolle como tal en el aislamiento, de la misma manera que es imposible que el hombre aislado produzca un ambiente humano. *"El homo sapiens es siempre, y en la misma medida, homo socius."* (Berger, Luckmann, 1995: 72) Las actividades culturales se insertan en contextos socio-históricos específicos, es decir, responden a tiempos y demandas específicos; sin embargo, ello no obsta para que se institucionalicen como formas simbólicas que se transmiten más allá de sus contextos de producción a través del tiempo y del espacio. (Thompson, 1991) La cultura, y la medicina como formación cultural, pueden entonces ser estudiadas a partir de la reconstrucción del contexto socio-histórico donde se desarrollan, examinando las relaciones sociales y las instituciones, la distribución del poder y los recursos gracias a los cuales este contexto se constituye como un campo social diferenciado. ⁽²⁾ (Thompson, 1991)

La cultura tiene, pues, un carácter ubicuo y total, es decir, se encuentra en todas las manifestaciones de la vida individual y colectiva ya que la dimensión simbólica está presente en todo momento y espacio como dimensión constitutiva de todas las prácticas sociales. Podría entonces definirse a la cultura como el conjunto de hechos simbólicos presentes en una sociedad que organizan,

² Tema que será ampliamente tratado en el capítulo 2.

modelan y confieren sentido a la totalidad de las prácticas sociales. Todo aquello que se defina como vehículo de significación es parte constitutiva de la cultura. (Giménez, 1987) Como dicen Peter Berger y Thomas Luckmann, la cultura es la totalidad de los productos del hombre. (Wuthnow, 1988). Desde este punto de vista, la representación de una danza ritual, los escritos de un libro, la creación de una pintura, la entrevista con un paciente, son actividades culturales: *“...son acciones significativas que producen objetos significativos y enunciados que requieren una interpretación.”* (Thompson, 1991:47)

Los sistemas simbólicos que respaldan a las prácticas son construcciones sociales y están permanentemente produciéndose, actualizándose y transformándose; son tanto “representaciones” (“modelos de”) como orientaciones para la acción (“modelos para”); es decir, la cultura no es sólo un “lenguaje” a ser descifrado sino también, *“un instrumento de intervención sobre el mundo y un dispositivo de poder.”* (Giménez, 1987:33) *“...La cultura no se presenta como algo exterior al poder, sino como una forma de poder que se define por su capacidad de imponer significados, valores y modos de comportamiento ‘legítimos’ por vía pedagógica o de violencia simbólica.”* (Idem:39)

En el sentido planteado por Giménez, Habermas también establece una distinción entre *“acción racional intencional”* por un lado y *“acción comunicativa”* por el otro. El objetivo de la primera es la manipulación del mundo material, por lo que la evaluación se realiza en términos de *eficiencia*. Es la acción que se conoce

comúnmente como “trabajo” (como medio que conduce a un fin y no un fin en sí mismo). El mapeo genético del “Proyecto Genoma Humano” es sólo un medio, es una acción racional intencional con un fin que puede verse en términos terapéuticos, económicos y políticos. Por su parte, la “acción comunicativa” depende no de la manipulación exitosa de los objetos, sino de que los individuos puedan o no expresar sus intenciones a los otros. Ésta última se encuentra gobernada por reglas implícitas, “cosmovisiones” o pautas de pensamiento y por los conceptos de los propios individuos o grupos. (Wuthnow, 1988) Así, los testigos de Jehová tienen una visión particular del cuerpo humano, que afecta su relación con la medicina, no aceptando, entre otras cosas, las transfusiones sanguíneas. De la misma manera, los pacientes con anorexia se perciben como obesos cuando no lo están.

La medicina que en sus inicios fue el prototipo de una actividad regida por la *acción comunicativa* ya que surgió como una necesidad, más que de curación, de dar consuelo al enfermo -sabemos el efecto placebo que ejerce la sola presencia del médico- se ha convertido, con el incremento de la profesionalización, en un trabajo cuyo fin básico es la remuneración económica, desplazando el interés del sujeto -enfermo- al objeto -enfermedad-; la *acción comunicativa* ha sido así reemplazada por la *acción racional intencional*. Uno de los objetivos de la medicina es la manipulación de la enfermedad, aunque ello tenga como consecuencia la manipulación del sujeto a niveles tan profundos como el molecular. De hecho, en este trabajo orientamos nuestra atención a evitar en lo posible concepciones reificadoras tanto de la cultura como de la

medicina como formación cultural ya que, su objetivación mediante la acción de las instituciones sociales (que han permitido la fijación y codificación de su sentido), puede llevarnos a aprehender la cultura y la práctica médica como estructuras externas con significados pre-construidos y legitimados mismos que, en buena medida, constituyen el marco de referencia de una sociedad. (Berger, Luckmann, 1995). Es a través de procesos complejos y variados que la cultura determina nuestra percepción de la realidad, objetivándose a través de las instituciones; el peso e importancia de la legitimación como justificación o explicación del orden social marcado por las instituciones, radica en el hecho de constituirse como una de las funciones más significativas de la cultura moderna.

Para distinguir los diferentes modos de objetivación de la cultura, Bourdieu nos propone al "capital cultural", que funciona como capital simbólico y que se presenta bajo tres formas: el incorporado, el objetivado y el institucionalizado. El *capital cultural incorporado* se refiere a la interiorización que se requiere del capital cultural acumulado, lo que supone un trabajo de inculcación y asimilación que lleva tiempo (la totalidad del tiempo de socialización). Es un trabajo que debe desarrollar el sujeto sobre sí mismo. De este capital incorporado, se desprende el *capital cultural objetivado* en escritos, monumentos, pinturas, etc. el cual es transmisible en su materialidad, lo que no implica su apropiación específica. Finalmente, el capital cultural que posee un determinado sujeto y que es reconocido socialmente mediante el otorgamiento de títulos y certificaciones - *capital cultural institucionalizado*-, le permite ser comparado y más aún, ser intercambiado por otros. (Bourdieu, 1997)

En un intento por analizar la complejidad de la cultura y de las formaciones culturales, Edward T. Hall se suma a la propuesta de Bourdieu, distinguiendo tres niveles de análisis en categorías polarizadas: la cultura patente vs. la encubierta; la explícita vs. la implícita; la especializada vs. la cotidiana. Propone además, el análisis de la cultura a partir de un nivel *informal*, un nivel *formal* y un nivel *técnico*. (Hall, 1990)

El nivel *informal* al que se refiere Hall, tiene que ver con referencias situacionales o imprecisas (lo que Berger y Luckmann denominan *habituación* o bien, el *estado incorporado* de Bourdieu). El nivel *formal* tiene su correspondencia con el nivel de *institucionalización* señalado por Berger y Luckmann, o el *estado objetivado* del capital cultural de Bourdieu, y es aquél que funciona en la vida diaria, todo el mundo lo conoce y por tanto se da como un hecho dado e incuestionable. Por último, el nivel *técnico* es el usado por los científicos, con una terminología extraña para los legos (*legitimación* para Berger y Luckmann o *estado institucionalizado* para Bourdieu). Los tres autores coinciden en el hecho de que el hombre aborda todas las actividades de la vida en alguno de estos tres niveles, es decir, es posible que existan tres tipos de comportamiento cultural; sin embargo, aún cuando los tres niveles se encuentran en cualquier situación, uno de ellos será el predominante.

Así, siendo la ciencia el prototipo del nivel técnico, ha elaborado en su interior un gran número de sistemas formales que nadie cuestiona, como la

metodología de la ciencia y su respectiva insistencia en la objetividad y la neutralidad. Al respecto la mayor parte de la práctica de la medicina puede ser catalogada como formal, es decir, con pautas definidas de antemano; así, surgen por ejemplo, las guías clínicas diagnóstico-terapéuticas para cada enfermedad avaladas por los “grupos de consenso”, y asumidas por el resto de la comunidad médica. También, a un nivel técnico, los procesos de certificación de hospitales son ya adoptados mundialmente.

Podría decirse que la cultura está constituida por unas pautas de comportamiento formal que constituyen el centro alrededor del cual se producen ciertas adaptaciones informales; no obstante, este centro está sostenido también por una serie de pilares técnicos, que legitiman el comportamiento. A veces los sistemas técnicos pasan rápidamente a ser formales, como el lenguaje médico cada vez más popular debido a su difusión en los medios de comunicación, aunque la comprensión del mismo sea parcial y haya sido causa de múltiples malentendidos.

En el estudio de los fenómenos humanos es importante encontrar los puntos estructurales en los que se agrupa el comportamiento social. Estos puntos estructurales invariantes a los que Hall denomina los “*aislados*”, corresponden a abstracciones de hechos que se agrupan en torno a una norma que los miembros de una cultura determinada reconocen como “*conjuntos*”. Tales conjuntos aunque pueden percibirse fuera de sus sistemas, derivan su significado del contexto en el que se producen (las “*pautas*”). Las pautas son esas reglas culturales implícitas

por las cuales los conjuntos adquieren significado; de ahí que la mejor forma para diferenciar unas pautas de otras sea el identificar los "aislados". (Hall,1990).

Bourdieu también se refiere a este mismo comportamiento cultural de los individuos cuando afirma que no es posible aprehender la lógica del mundo social, a menos que se capte la particularidad de una realidad empírica históricamente situada para de ahí, construirla como "caso particular de lo posible"; para el autor, esto sólo se logra cuando se intenta asir lo invariante, la estructura en cada una de las variantes observadas. Para recoger estas diferencias reales que escapan de la mirada, sugiere buscar en las particularidades de historias colectivas diferentes, dejando de lado las lecturas "sustancialistas", para efectuar una lectura "estructural o relacional". (Bourdieu,1997) Este procedimiento ha permitido en el caso de la medicina, generalizar y clasificar las enfermedades captando lo invariante de las mismas al margen de los sujetos, es decir, construirlas como "caso particular de lo posible"; no obstante, en el límite de esta categorización se ha olvidado el componente relacional, es decir, el enfermo quien a su vez le imprime a la enfermedad su particularidad.

El modo de pensar sustancialista, o de sentido común, trata las actividades de los grupos como propiedades inscritas de una vez por todas en una suerte de esencia, lo que lleva a errores en la comparación no sólo entre sociedades diferentes, sino entre períodos sucesivos de la misma sociedad. (Bourdieu, 1995) Esta postura estaría acorde con lo que Hall describe como *aislados, conjuntos y*

pautas formales, como aquello que se da por sentado, por lo que parecen naturales. De esta manera, pensamos en *la enfermedad* como algo dado y no como una construcción.

La cultura puede ser abstracta sin embargo, sus resultados son observables, perceptibles y delimitados en el tiempo y en el espacio, ya sea bajo la forma de creencias, conceptos, emociones, actitudes en el hombre, en los objetos materiales que lo rodean, o en el proceso de interacción social entre los individuos. La cultura es, pues, una forma de organizar la vida, de pensar y de concebir los supuestos fundamentales de nuestras acciones cotidianas. Hay culturas *agéricas* (de *agere*, actuar) y culturas no *agéricas*. (Hall, 1990, 164-66) La cultura "occidental" es predominantemente agérica, es decir, hay que trabajar para llegar a *ser alguien*; no se progresa automáticamente; sentarse y tratar de captar el sentido de uno mismo no se considera estar *haciendo algo*. Una traducción en la medicina es la constante distinción entre las fases "activas" e "inactivas" de las enfermedades; así, se habla de neurocisticercosis activa o inactiva, esclerosis múltiple activa o inactiva, lupus eritematoso activo o inactivo, siendo lo activo lo importante, no así lo inactivo. Por el contrario, en las culturas no agéricas, como las indígenas o las orientales, el estar sentado sin más, refleja *hacer algo*, más aún, en el proceso de llegar a *situarse* no hay diferencia entre hacer algo o no hacerlo. Llegar a ser alguien puede depender más del *karma* que se trae de otra vida que del trabajo actual. En la medicina china la enfermedad se origina por un desequilibrio de la circulación de los canales de energía, como un proceso constante y no "todo o nada".

Las formas de aprehensión del mundo por parte de los individuos, conllevan la ineludible aceptación de valores específicos de acuerdo con las condiciones y el contexto social e institucional donde se producen, así como del tipo de sociedad a la que ellos pertenezcan. Es precisamente en la coyuntura social y cultural donde la interacción, los valores y las formas de percibir el mundo cobran sentido en la práctica cotidiana de los individuos, por lo que será en función de estos elementos que realizaremos un acercamiento a la práctica médica.

1.1.1 Mecanismos de percepción de la realidad social.

Cada individuo tiene una percepción de la realidad social limitada por sus respectivos campos de observación; la dirección en que amplíe su campo dependerá de las elecciones que él mismo efectúe, de aquí que el observador se constituye a la vez en parte de su observación. La observación no es una operación pasiva de recolección o “descubrimiento” de datos sino activa, de producción de datos, es una *reconstrucción*. Reconocer que la realidad es una unidad compleja con diversas articulaciones, permite captarla desde una perspectiva de *totalidad* es decir, desde la perspectiva de su historicidad. Esta última tiene que ver con lo expuesto por Berger y Luckmann al señalar que entre el individuo y el mundo sociocultural se lleva a cabo un proceso dialéctico en tres momentos simultáneos: a) la externalización, que es la construcción de estructuras humanas que canalizan su pensamiento y hace de la sociedad un

producto humano (la medicina como producto del hombre); b) la objetivación, por la que el hombre ve al mundo como una facticidad que está fuera de él mismo convirtiendo a la sociedad en una realidad *sui generis* (la medicina como realidad objetiva) y, c) la internalización, donde el mundo objetivado es aprehendido por la conciencia y hace del hombre un producto de la sociedad (el médico como producto social). (Berger, Luckmann, 1995:83)

En las formas de percibir la realidad existe, como producto de la objetivación, una tendencia a atomizar la realidad social en segmentos inconexos, mecanismo que, para ser contrarrestado, requiere de una decidida y conciente actitud crítica. De acuerdo con Bachelard: se conoce destruyendo los conocimientos previos, rompiendo con las *prenociones*, con todo aquello que consideramos evidente; sin embargo, parece que en nuestro quehacer cotidiano preferimos confirmar lo que sabemos como "dado", más que aceptar aquello que lo contradice, preferimos las respuestas sobre las preguntas. (Bachelard, 1991) La realidad debe ser problematizada a través de una *lectura crítica* de lo dado y debemos preocuparnos más por transmitir formas de razonamiento que sistemas de pensamiento cerrados y acabados. La distinción se establece entre *pensar* (lo posible) y *teorizar* (lo dado). (Zemelman, 1992)

Si bien la interpretación subjetiva confiere un significado a la realidad que percibimos, esta interpretación no se reduce a una invención, ni se genera en el vacío, sino que es producto de las condiciones reales físicas, psicológicas y sociales que le dan sentido y contexto, condiciones que a su vez, determinan los

procesos de pensamiento y acción de los individuos. Sin duda, en este proceso la presencia y la referencia a los valores -a los que le son atribuidos contenidos específicos-, representan un instrumento privilegiado de análisis donde se sintetizan los rasgos socio-históricos que dan sentido y legitimidad a toda práctica social desempeñada por los individuos.

1.1.2 Incidencia y efecto de los valores en la medicina.

Todos los procesos culturales puestos en juego en los modos de percibir la realidad conllevan algún valor reconocido por el hombre, es él quien los produce y cultiva, a diferencia de los procesos naturales que están libres de valor; el valor no lo poseen los objetos en sí mismos sino que lo adquieren en su relación con el hombre como ser social. El valor de la salud no es igual para todas las personas; cuando a un proceso natural se le da un valor, éste adquiere alguna significación para la comunidad transformándolo en objeto cultural, por ejemplo, la entrada a la pubertad es en algunas culturas motivo de festividad, de la misma manera que la menopausia devalúa a la mujer. (Ribeiro, 1996)

La adhesión e identificación del individuo o de un grupo social a un valor cambia de acuerdo con las circunstancias histórico-sociales; nuestra conducta está en gran parte determinada por los valores con los que nos acercamos a la realidad, a los objetos y a los acontecimientos. No obstante, habrá cierto número de objetos que todos valoren “positiva” o “negativamente”; esto es, los valores

están enmarcados por normas de conducta que deben ser aceptadas por un número mínimo de la colectividad. Así, mientras que “la vida” se ha valorado positivamente en todas las épocas y lugares, la vejez, antes valorada positivamente -ya que representaba un triunfo sobre la enfermedad-, ahora en que muchos llegan a ella es considerada negativamente, como un “problema”.

Cada grupo social tiene sus *valores públicos* y dado que el individuo puede pertenecer a varios grupos, el sistema de valores que escoja en un momento dado (sus *valores operativos*), dependerá del grupo de referencia donde se encuentre operando. En medicina, estos valores, explicitados hace más de dos mil años en el Código de Hammurabi y, posteriormente en el Juramento Hipocrático, han conformado en este siglo una nueva disciplina, la bioética, la cual tiende a considerarse como *neutral y externa* al individuo, como no cargada de valores -a pesar de que trata de los mismos-, pretendiendo ser *una* y universal, olvidando que el contexto donde se aplica es *relacional*. De hecho, la ética médica es diferente si el grupo de referencia es religioso o secular, de aquí que la eutanasia pueda no ser aceptada en el primero, pero sí en el segundo.

Los valores pueden surgir también sobre bases informales como la del valor posicional tan demandado hoy en día, en función del cual se despliega una importante competencia por conseguir siempre el primer puesto. Otros valores actuales, parte de la modernidad, son los que se relacionan con la idea de progreso, fundada esta última en una concepción lineal de la historia, de la perfectibilidad del hombre y de su manipulación sobre la naturaleza; todos ellos

principios que en buena medida se materializan en la interacción social mediada por las instituciones.

1.1.3 La interacción social como fundamento de la cultura médica.

La interacción sugiere la idea de una acción mutua, de reciprocidad. "Todo lo que hace el hombre implica interacción con algo. Ésta se encuentra en el centro del universo de la cultura y todo surge de ella." (Hall, 1990:52) Es en la interacción donde las conciencias individuales accionan unas sobre otras, donde se reproducen las relaciones sociales y donde pueden suscitarse los cambios. La interacción se desarrolla fundamentalmente en un campo social como lo es la práctica médica, es decir, en el marco de un conjunto de sistemas simbólicos, estructuras y prácticas que hacen posible el intercambio.

La interacción es un proceso de comunicación anclado a un contexto cultural portador de sus propios códigos y rituales sociales; se trata de un proceso que implica percepciones mutuas y mecanismos de interpretación compartidos, ya que son múltiples las formas en que el hombre interpreta el significado de lo que hacen otros hombres. (Hall,1990) Es un proceso intersubjetivo en el que no sólo interviene la palabra y en este sentido, la enseñanza y el aprendizaje son formas especializadas de interacción.

La interacción no se da en el vacío sino en un contexto en el cual está inmersa la institución. Dado que la forma de interacción institucional actualmente se encuentra en profunda transformación, es comprensible que exista también un cambio de la relación en la medicina. En su inicio la interacción sujeto (médico)-sujeto (paciente) permitió aquella relación que se ha mitificado, del médico como consejero, confesor y amigo. En el proceso de mercantilización la relación se ha vuelto contractual y cada vez más impersonal, con menor involucramiento emocional por parte tanto del médico como del paciente. En un futuro se promoverá la interacción no cara a cara, sino mediada por computadoras o robots, como lo es en la actualidad la cirugía teledirigida o las consultas por internet.

En el inicio de todo proceso de institucionalización existe una habituación a la que está sujeta la actividad humana, lo que ofrece al individuo cierta estabilidad permitiéndole desenvolverse diariamente con un margen mínimo de opciones; las instituciones pautan la conducta humana en rutinas estables y predecibles, quitando al individuo la necesidad de tomar decisiones constantemente, lo que le ofrece seguridad y continuidad a su experiencia. De este modo se establecen pautas definidas que guían el comportamiento del sujeto en determinado sentido, lo que de alguna manera significa que las instituciones controlan el comportamiento humano (este carácter controlador es inherente a la institución en cuanto tal). (Berger,Luckmann,1995) Un ejemplo en medicina lo constituyen los *manuales de procedimientos*, instrumentos que especifican paso a paso las

actividades del médico y los protocolos de estudio de cada enfermedad (que no del enfermo).

Un proceso interactivo por excelencia es sin duda la comunicación, caracterizada por el papel que juegan los interlocutores; son ellos quienes alternativamente ocupan la posición tanto de emisor como de receptor. La respuesta del receptor al mensaje del emisor puede ser directa verbal o bien, indirecta mediante una acción. El lenguaje corporal aparece entonces como una dimensión fundamental de la interacción; todo comportamiento puede tener un valor comunicativo en una situación de interacción, incluso el silencio. De ahí la necesidad de aprender a comprender los aspectos no concientes de la comunicación: el médico es receptor cuando el paciente (emisor) le comunica sus dolencias o padeceres, y es emisor cuando trata de aliviarlo.

En la interacción, la mirada del otro tiende a percibirme como cuerpo y por lo tanto, a objetivizarme; mi reacción de defensa frente a esta objetivización es, a su vez, transformar al otro en objeto; se trata de un proceso intersubjetivo y relacional. Así, en el curso de la interacción social -en la confrontación de identidades- se conforma la identidad propia: *"El individuo se reconoce a sí mismo sólo reconociéndose en el otro."* (Giménez,1992:188) El médico se reconoce a sí mismo como tal sólo delante del paciente.

Se distinguen tres niveles de interacción social:

- a) El marco donde se desenvuelve la interacción que no es un entorno neutro sino determinado por la cultura. En este nivel se sitúa la relación de interacción en el espacio y en el tiempo.
- b) el contexto institucional que determina el *rol* y el *status* de los interactuantes, así como las relaciones y normas establecidas entre ellos.
- c) los rituales propios de cada cultura mediante los cuales se rigen las interacciones sociales. (Marc, 1992)

Así, en el campo social de la medicina, la interacción en su nivel básico entre médico y paciente, está mediada por un espacio "aséptico" ya sea el consultorio o el hospital, que han desplazado a la tradicional visita domiciliaria - terreno del paciente. En el contexto institucional el médico tiene el rol de médico propiamente dicho delante del paciente, a la vez que juega el rol de profesor delante de su estudiante. Una serie de rituales como lo son: una bata blanca, una distancia disimulada por un escritorio, una mirada inquisidora del médico y una desnudez física y emocional del enfermo -que lo coloca en una situación de indefensión-, son los elementos que determinan las relaciones previamente establecidas -asimétricas-, la jerarquía y la autoridad. Por supuesto, las "reglas" son diferentes para la medicina pública y para la privada, ya que a mayor *status* del paciente -y, por lo tanto, mayor poder- la relación se invierte; en este último caso, el paciente demanda que se le administre tal o cual medicamento, o que se le realice un determinado procedimiento, injustificados desde el punto de vista médico, a pesar de lo cual el médico accede. El poder se plantea entonces como un mecanismo definitorio en el curso de toda práctica social como lo es el caso

de la práctica médica, pero de manera específica influye de manera decisiva en el proceso de conformación de la identidad del médico.

1.1.4 La ingerencia del poder y del “*habitus*” en la formación de la identidad del médico.

En toda interacción entre sujetos sociales está implícita una relación de poder como elemento tanto condicionante como condicionado. Hablamos del poder en movimiento continuo, no como “esencia” que se posee de modo permanente sino en términos de Foucault: de *estrategias de poder*, del “poder positivo” que forma saber, produce discursos y no sólo aquél que reprime. (Perrés, 1995)

Para Foucault son los individuos los que circulan en las redes del poder, por lo tanto, nadie puede estar fuera del mismo. Así, tanto maestros como alumnos, médicos y pacientes están atrapados en la misma red, en esa maquinaria que produce efectos de poder y dominación a partir de tácticas y estrategias específicas, ya sea vinculadas al saber o a la posición ocupada. En la relación médico-paciente, el médico es el que sabe y por ello adquiere una autoridad; sin embargo, el paciente es el que paga y, en una relación mercantil “médico-cliente” -como se le llama en la actualidad-, éste último defiende sus derechos no tanto porque sea su cuerpo y su enfermedad sino por la relación comercial involucrada; no obstante, en otras ocasiones el paciente puede tomar

una posición de víctima. En el hospital, como institución profesional y formativa, el médico-maestro es revestido como el poseedor del *saber* y por lo tanto del *poder*, identificándose el estudiante con su pensamiento, idealizando alcanzar ese lugar que es a la vez deseado y temido.

Sin embargo, cuando se habla de relación de poder no se habla de sujetos individuales o colectivos sino de lugares o posiciones objetivas dentro de la estructura social o la institución (del Presidente del Consejo de Cardiología, del Secretario de la Sociedad de Medicina Interna, etc.). Es decir, el sujeto se inserta en un espacio social que es a la vez estructurado y estructurante del *habitus*.³ Cuando el *habitus* entra en relación con el mundo social del cual es producto, el mundo le parece *autoevidente*; es esta conformación del *habitus* la que dota de sentido e interés al campo donde habita, convirtiéndolo en un mundo significativo. En este sentido, el campo conduce al sujeto a *hacer lo que debe* sin plantearse lo concientemente, apareciendo *lo que debe hacer* o *lo que debe decir* como la "única opción". (Bourdieu, 1995) Así, el médico ubicado en su *campo institucional*, construye su propio lenguaje científico, separando el significante del significado, el síntoma de la enfermedad y es a la vez, construido por su propio discurso, sin una reflexión acerca de su práctica diaria.

³ El *habitus* es adquirido mediante la práctica y está orientado a la misma; selecciona y construye en cierta forma la historia de la cual él mismo está construido. Las prácticas sociales no son acciones mecánicas carentes de sujeto, como tampoco son realizaciones deliberadas de una intención conciente. "Hablar de *habitus* es plantear que lo individual, e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, a saber, colectivo. El *habitus* es una subjetividad socializada." (Bourdieu, 1995:87)

El *habitus* como “lo social incorporado” es producto de la historia, por lo tanto, no es inmutable. Aunque la mayoría de las personas tiende a buscar circunstancias similares a las que moldearon su *habitus*, a vivir experiencias que refuerzan sus disposiciones, el *habitus* es un sistema abierto enfrentado continuamente a experiencias nuevas, que puede dar lugar a prácticas diferentes e incluso opuestas, permitiendo abrirse al cambio. Cabría mencionar aquí la distinción que hace Hugo Zemelman (1996:40) entre la *conciencia teórica* y la *conciencia histórica*, la primera como contenido acumulado, como información y la segunda, como la incógnita que plantea el movimiento de la realidad.

Los individuos reaccionamos no sólo a la realidad objetiva sino a la representación que de ella nos formamos en el curso del proceso de interacción social. De esta manera es el paciente quien, con la percepción que tiene del médico, lo legitima más por factores tales como su simpatía, su apariencia física, su género, su edad, su lugar de trabajo, que por el conocimiento que el médico pueda tener, conocimiento que, a final de cuentas, no le es fácil evaluar.

La interacción social sería impensable sin el elemento vital de la vida social que es la identidad. El concepto de identidad es inseparable del concepto de cultura; tiene que ver con la representación que tenemos de nosotros mismos en relación con los demás. En la interacción unos sujetos clasifican a los otros, lo que corresponde a una “identidad atribuida”, en tanto que el sujeto se clasifica a sí mismo, por la afirmación de su diferencia con respecto a los otros, lo que constituye su “auto-identidad”. Así, la identidad puede definirse como “*un proceso*

subjetivo (y frecuentemente auto-reflexivo) por el que los sujetos definen su diferencia de otros sujetos (y de su entorno social) mediante la asignación de un repertorio de atributos culturales frecuentemente valorizados y relativamente estables en el tiempo". (Giménez, 2004:85) De esta manera, una cosa es ocupar una posición en el espacio social (como profesor, como médico, como mujer, etc.), y otra es la forma en que esta posición es asumida y atribuida por el sujeto. El espacio social, entonces, no es algo dado sino el marco conceptual mediante el cual se analiza lo social.

1.1.5 El espacio y tiempo sociales en la medicina.

El espacio social hace referencia a un conjunto de posiciones distintas y coexistentes, definidas unas con relación a otras, es decir, el espacio social es *relacional*. Es un espacio de diferencias que dirige las representaciones que los agentes tienen sobre la realidad; en este universo simbólico los diferentes agentes se distribuyen de acuerdo a dos principios básicos de diferenciación: el capital cultural –del que ya hemos hablado- y el capital económico. (Bourdieu, 1997) Las enfermedades no están exentas de estas diferencias; están las que son percibidas como enfermedades de "status alto", como las inmunológicas, y otras de "status bajo", como las infecciosas.

Al espacio se suma el tiempo, constituyéndose como una dimensión esencial de la interacción social que determina los ritmos cotidianos del hombre y

su concepción de la vida. Ambos, espacio y tiempo, determinan el alcance del pensamiento y la acción del individuo. Se tiende a pensar en el tiempo como algo fijo por naturaleza y lo tratamos como si fuera algo *natural*: lo ganamos, lo gastamos, lo ahorramos o bien, lo perdemos. Esto lleva implícita una valoración (“el tiempo es valioso”) y una cierta tangibilidad al considerarlo como una mercancía (“el tiempo es oro”); pensamos en el tiempo como un modelo intelectual que refleja el orden del universo que ha sido “descubierto” por el hombre; esto sería en relación al *tiempo formal*. (Hall, 1990) Pero existe también un *tiempo informal*, como cuando hablamos de “una eternidad” o un “ahorita”, cuando consideramos que el tiempo transcurre lentamente en la niñez y rápidamente en la vejez o bien, en el sentido de que cuanto más urgente es una necesidad más lento se hace el tiempo. Por ejemplo, el padre que tiene a su hijo enfermo requiere atención médica “urgente” sin embargo, la “urgencia” es percibida de manera diferente por el médico y por el paciente. A todo ello, se suma el hecho de que en las sociedades modernas se presenta una rígida fragmentación del tiempo social debido en gran parte a las instituciones. El tiempo de trabajo se convierte en el tiempo dominante alrededor del cual se estructuran los demás tiempos, adquiriendo el “tiempo libre” un valor fuertemente codiciado, sobre todo en el médico residente quien debe pasar amplias jornadas en el hospital. El sentido del tiempo se pierde en los hospitales, y es percibido de manera diferente por el paciente, para quien transcurre más lentamente debido a la falta de variedad de acontecimientos externos, a la uniformidad incluso de la luz, al grado de inactividad, y para el médico, para quien transcurre rápidamente, ante la diversidad de tareas que debe realizar, y la tensión que muchas de ellas le

generan. Así, el tiempo es manipulado de manera menos conciente que el lenguaje. (Hall,1990) .

1.2 Las instituciones sociales como espacios de des-institucionalización de la identidad en torno a la medicina.

Las instituciones implican historicidad por lo tanto, para comprender una institución es necesario conocer la historia de la cual es producto. Una vez cristalizada, la institución se percibe como si fuera externa al individuo, con una realidad propia, como algo dado que nos dice cómo deben ser las cosas y, por lo tanto, difícil de cambiar. No se percibe como una construcción humana y así, “...el producto vuelve a actuar sobre el productor”. (Berger, Luckmann,1995:83)

Los ciclos de la vida se perciben como naturales, pasando por alto que la niñez, adolescencia y la vejez, son también construcciones sociales. En la Edad Media no existía la niñez, ya que todos trabajaban como adultos -lo mismo que ocurre con los “niños de la calle” en la época actual. De esta manera, *la medicina*, al igual que *la enfermedad*, no se perciben como productos históricos sino como “entes” que existen por sí mismos, como “objetos” cuya realidad se “descubre” terminando por identificar al sujeto con el objeto. Es frecuente escuchar a un médico decir: “te envié un *lupus*” cuando se trata de un paciente con dicha patología que ha sido referido a otro médico; de igual forma es frecuente que, al dar un diagnóstico al paciente, éste no sea más él mismo sino “un enfermo de...”, como si la enfermedad, antes externa a él, lo hubiera poseído o caído encima

como una espada de Damocles. Así, aunque el hombre es el constructor de la medicina, ésta última termina construyendo al primero, diciéndole qué comer, qué hacer y qué no hacer, determinando en gran parte su vida sin percibir el constructor la génesis de su propia construcción.

Al analizar las instituciones profesional-académico-educativas, como son los hospitales donde los médicos desarrollan parte de su formación profesional, se observa que el tipo de producción de prácticas que realizan los médicos en su proceso de formación sigue los lineamientos trazados por el maestro, quien dicta en cada momento, qué es “lo pensable” y “lo investigable”, dando lugar a una homogeneidad en el discurso aprendido. La conformación de “discipulos” que siguen fielmente las enseñanzas del “maestro” que ha sido tradicional en la medicina, así como el establecimiento de “escuelas de pensamiento” -que por lo demás es considerado de alto prestigio-, hace pasar por alto la medida en que esta tendencia impone límites y obstáculos a la creatividad y a la originalidad de quienes ahí participan, dejando en un segundo plano de importancia toda reflexión crítica e independiente. Bajo estas condiciones es indispensable analizar con detenimiento las redes institucionales que establecen límites al potencial de la reflexión creadora, así como los mecanismos que determinan las formas en que se manifiestan los procesos de producción de la acción profesional, científica y educativa en la institución hospitalaria; es aquí donde yace el fundamento de la denominada identidad profesional del médico. (Perrés, 1995),

La identidad representa el punto de vista subjetivo de los actores sociales sobre sí mismos. Como dice Cirese: *"la identidad es un reconocerse en... algo que tal vez sólo en parte coincide con lo que efectivamente uno es... No es lo que uno realmente es, sino la imagen que cada quien se da de sí mismo."* (citado por Giménez,1992:187) La identidad es mantenida y modificada por los procesos sociales, es un producto social que no puede comprenderse fuera del contexto social en que se ha conformado, formulándose e interpretándose en función de las particularidades culturales de cada grupo social.

La identidad del sujeto se va formando desde el nacimiento sin llegar nunca a completarse, siempre será susceptible de transformación debido a su continua interacción con el medio: *"Lo que una persona es, y su identificación, se basan en el conjunto de creencias, valores y normas de su entorno social, todo lo cual le permite comprender e interpretar el mundo, y moldea sus necesidades y deseos, y la constituye como ser social."* (Olivé 1996:139) De este modo, mi identidad no sólo se conforma como mujer, mexicana, médica, sino, dentro de ese grupo, como neuróloga, del sector público y, todo esto, inserto en una actitud ante la medicina determinada por un conjunto de valores y creencias que están en movimiento en el proceso continuo de conformación de dicha identidad.

La labor simbólica de constitución de la identidad necesaria para crear un grupo unido (siglas, signos, símbolos, rituales) tiene más posibilidades de ser exitosa cuando los agentes sociales son más propensos a reconocerse mutuamente y a reconocerse en un mismo proyecto. A partir del báculo que

simboliza a la medicina, surgen símbolos propios para cada especialidad, cada hospital, cada institución pero, fundamentalmente, está el intento de *reconocerse en y distinguirse de*. De la misma manera, los pacientes se constituyen en grupos que se reconocen a sí mismos como *portadores* de una misma enfermedad, son los casos de las Asociaciones de Esclerosis Múltiple, de Epilepsia, de Alzheimer, etc., condición que, además, los distingue de otros. Esta distinción es, a la vez, una protección inconsciente ante la estigmatización que constituye la enfermedad y conforma una nueva identidad.

Lo que permite al sujeto percibirse como un ser *completo*, con “una” identidad es la presencia de *puntos nodales* o con mayor peso, que sobre-determinan a los demás dándole estabilidad. La identidad profesional puede ser ese polo sobre-determinador, algo muy evidente en el médico, para quien el calificativo de “doctor” antecede cualquier otra característica. Se es lo que se hace y, en el límite, este *rol* puede reificarse en las mentes de las personas identificándose los individuos a sí mismos y a los demás, con las identidades asignadas social e institucionalmente. De la misma manera, el polo sobre-determinador en un sujeto enfermo puede ser su enfermedad; es, ahora, “el tuberculoso” o “el sidoso”; se ven a sí mismos como la encarnación de estas tipificaciones y será sólo mediante un acto de reflexión que el individuo pueda establecer un sentido de distancia con respecto a los *roles* que desempeña. (Berger, Luckmann, 1995:95-104)

Vivimos en un profundo proceso de transformación social que ha roto las bases de las identidades tradicionales, caracterizándose las nuevas por la ausencia de puntos fijos de referencia. En el médico esto ha sido evidente, pasando de ser el médico carismático por el médico burocrático; como sujeto individual el médico nunca había tenido menos "poder" social, político y moral. En épocas de transformación todo el acervo social se cuestiona. *"Así, ser joven, adulto, viejo o niño va tomando nuevas significaciones que son atravesadas por disputas políticas, presentes tanto en la producción y distribución de bienes económicos como en la apropiación de saberes y conocimientos."* (Frazao, 1996:173)

Se habla de la "Sociedad de la información", de la "sociedad post-moderna" y de la "sociedad digital". Sin embargo, los portadores de estos nuevos discursos no son líderes políticos que representen a los pobres o a los excluidos, sino personas familiarizadas con las tecnologías de punta y vinculadas a los sectores más modernos de la economía. Tal vez, uno de los pocos consensos sea reconocer que el conocimiento constituye la variable más importante en la explicación de las nuevas formas de organización social y económica. (Tedesco, 1996:75) De ahí que surja la necesidad de definir los conocimientos y capacidades que exige la formación académica e institucional del médico en esta nueva sociedad, evitando caer en una dependencia irreflexiva de los aparatos técnicos.

1.2.1 El cambio cultural y tecnológico, sus efectos en la práctica médica.

Toda sociedad se define por el cambio. El cambio es un evento normal e ineludible en todos los aspectos de la vida; es un proceso en constante movimiento al que deben adaptarse los individuos para no desaparecer; de ahí que su estudio no obedezca a un mero interés académico sino que se trata del estudio de la supervivencia. (Hall,1990)

Salvador Giner define el cambio social como “la diferencia observada entre el estado anterior y el posterior en una zona de la realidad social.” (Giner,1996:237) El cambio puede llevarse a cabo mediante una *transformación*, es decir, un proceso de adaptación gradual que no afecta la estructura de un sistema o bien, mediante una *mutación* que es el paso de una estructura a otra, lo que supone una alteración cualitativa del sistema. (Giménez,1992) En otras palabras, hay cambios sociales que pueden amenazar la identidad colectiva, en tanto que otros pueden ser incorporados sin que la identidad se vea amenazada. No obstante, de una manera u otra, el cambio es por lo regular percibido como una amenaza. Tanto los individuos como las sociedades tienen necesidad de una estabilidad y esta necesidad es cubierta por los sistemas formales.

Los mecanismos de adaptación en el hombre dependen más del aprendizaje que del instinto; es así como la cultura formal se percibe como si fuera algo “natural”, y el cambio puede ser tan lento que sea imperceptible y

resistente a ser activado desde el exterior. Esto hace que los sistemas formales de otros sean vistos como caducos, "subdesarrollados", inmorales o innecesarios. De ahí que en los "países desarrollados" se piense que lo deseable es que los "subdesarrollados" cambien sus sistemas para que tengan sentido como los de ellos. Cuando se origina un conflicto en un cruce de culturas, o entre dos pautas dentro del mismo contexto cultural, se rompe la expectativa informal por la cual esperamos que la gente reaccione de una manera determinada ante una acción determinada bajo reglas indeterminadas. (Hall,1990) Es el caso de los médicos alópatas que se enfrentan en las culturas indígenas con la medicina tradicional, queriendo imponer su concepción de salud y de enfermedad, sin lograr obtener respuesta en la mayor parte de los casos.

Ciertos tipos de cambios, como los que resultan de las innovaciones tecnológicas, pueden ser incorporados siempre y cuando esos no alteren en lo fundamental los marcos conceptuales que constituyen a las personas en dicha sociedad; de lo contrario, esta última perderá su identidad y se convertirá en otra diferente. (Olivé,1996) Se trata de no quebrantar las normas formales de tal manera que la vida discurra suavemente. Los cambios pueden introducirse en aquellas partes de la vida que las personas tratan técnicamente, o bien, ofrecerse como sistemas completamente nuevos; es decir, puede aplicarse una tecnología "quemadora de etapas", introduciendo costosos antibióticos contra la diarrea antes de introducir cambios higiénicos. Los cambios técnicos son siempre específicos, se advierten enseguida, se habla de ellos y se transmiten a otras personas; muchas veces se ignoran las normas formales y sus efectos llegan

muy lejos. En conjunto, los cambios técnicos constituyen la base de un sistema formal nuevo una vez que son aceptados y consolidados (Hall,1990) Ejemplo de ello es considerar que la medicina preventiva implica hacerse un *check-up* completo, oneroso, sin pensar, en su lugar, en un cambio del estilo de vida con actitudes sanas como el ejercicio y con una alimentación equilibrada.

La sociedad moderna está viviendo una transformación importante, consecuencia de un impacto combinado en el que intervienen varios elementos: la *revolución tecnológica* (la "tercera" revolución), el proceso de globalización –o mundialización- económica y el proceso de cambio cultural motivado por la transformación del papel de la mujer en la sociedad. (Castells,1994) Asistimos en la actualidad a un proceso de reinterpretación y recomposición profundo de los referentes simbólicos tradicionales que, en su momento, conformaron las identidades individuales y colectivas; el fenómeno cultural reciente que contribuye a esta mutación de las identidades es producto del dominio de las interpretaciones de la realidad formuladas por las nuevas tecnologías comunicativas. (Alvarado, 1992)

Para Manuel Castells, las consecuencias sociales del desarrollo tecnológico dan lugar a una tensión creciente entre las influencias globalizantes y la individualización, enfrentando un serio peligro de ruptura de los patrones de comunicación social y de interacción. (Castells,1994:29)

Una característica que se advierte en el cambio cultural es que determinadas ideas o prácticas se mantienen de un modo muy persistente, resistiendo todos los esfuerzos por cambiarlas. Es difícil aceptar que alguien logre realmente cambiar la cultura, en el sentido en que normalmente se utiliza este término; a lo que se da lugar es a pequeñas adaptaciones informales de forma continua en el proceso cotidiano de vivir y con el tiempo, las mejoras van acumulándose imperceptiblemente hasta que, de repente, se las aclama como "rupturas". Si una persona quiere realmente introducir un cambio en la cultura, debe descubrir lo que ocurre en el nivel informal y determinar con precisión qué adaptaciones informales parecen tener más éxito en el funcionamiento diario; posteriormente, habrá que trasladarlas al nivel de conciencia. No siempre los cambios constituyen "mejoras". En medicina la práctica de la atención de un parto era lo "normal", y las cesáreas constituían la excepción; poco a poco se ha introducido la práctica de la cesárea como algo habitual, por lo que la mujer embarazada la acepta como "normal", sin cuestionar al obstetra que se la propone, y los riesgos que conlleva, e incluso solicitándola ella misma.

Las instituciones modernas se caracterizan por su dinamismo y por el desgaste de los hábitos y costumbres tradicionales, donde los medios de comunicación juegan un papel muy importante por el impacto global que representan. La modernidad ha alterado la naturaleza de la vida cotidiana con un profundo proceso de reorganización del tiempo y del espacio (un tiempo acelerado y un espacio acortado), lo que ha repercutido significativamente en los procesos de constitución de la identidad. Este proceso de des-institucionalización

hace que el pensamiento y las creencias estructuradas pierdan su credibilidad subjetiva, quedando libres los individuos para reflexionar sobre las acciones posibles que antes permanecían sin ser cuestionadas. Lo cierto es que esta desinstitucionalización está institucionalizando el principio de la duda radical abriendo el paso a múltiples opciones frente a la incertidumbre. Un ejemplo de ello es el cuestionamiento que la sociedad formula en relación a la determinación del sexo (masculino/femenino) como algo inmutable. Hoy se ha cambiado el lenguaje y lo ha transformado en *género* y puede cambiarse (hasta cierto límite) por elección propia. De la misma forma se cuestiona la maternidad, ante la fecundación in vitro, la clonación y las "madres sustitutas". Paradójicamente, hoy, cuando prevalece una tendencia geneticista dominante, el principio de duda radical cuestiona el propio determinismo genético. Hablamos de una realidad donde, si ya no se puede hablar de inmutabilidad ante lo que resultaba tan evidente como nacer hombre (XY) o mujer (XX), difícilmente podrá hacerse en otro campo.

La modernidad es definida por Berger y Luckmann (1995:120-165) como un período de la historia de una sociedad y a la vez como un mundo cultural diferenciado por las configuraciones institucionales y simbólicas de un crecimiento económico inducido tecnológicamente; sus rasgos institucionales dominantes son la tecnología, la burocracia y el pluralismo. El conjunto de estos tres nos permite hablar de la *conciencia moderna* o del universo simbólico de la modernidad. Algunos elementos de la cosmovisión de la modernidad derivan de la producción tecnológica tal como la tendencia a dividir la realidad en

componentes y secuencias, de la misma manera que se divide al cuerpo humano en órganos que son estudiados cada uno de manera aislada, apartándolos del “todo”. De la misma manera, la burocracia de la sociedad contemporánea hace que se perciba la sociedad como organizable y manejable como sistema, donde los diversos elementos de la experiencia pueden ordenarse en una estructura taxonómica, como si los asuntos de la vida cotidiana fueran regulares y predecibles. (Wuthnow,1988) Se clasifican así las enfermedades en una taxonomía que corresponde con diversos niveles de atención médica ordenados burocráticamente, percibiendo la enfermedad como algo más o menos importante según el nivel burocrático que le sea asignado (hospitales de atención primaria, segundo nivel y de alta especialidad). De la misma manera, se clasifica a cada enfermo según la complejidad de su padecimiento y los costos que éste genere (GRD o “Grupos Relacionados al Diagnóstico”), lo cual tiene implicaciones para las compañías de seguros de gastos médicos.

En resumen, el cambio es un proceso circular complejo, que va de lo formal a lo informal y de ahí a lo técnico, pasando de nuevo a lo formal. En una sociedad marcada por la pluralidad de culturas e identidades es más probable que surja una experiencia en la cual se adquiera una nueva perspectiva de la sociedad y una nueva identidad, es decir, el *cambio*. Hasta ahora, los individuos habían experimentado el mundo de la vida cotidiana como algo más o menos unificado; sin embargo, en la situación moderna, hay sectores de nuestra vida cotidiana que nos enfrentan con mundos de significado y experiencia diferentes y a veces discrepantes. Los individuos tienen conciencia de aquello que sustenta

valores y creencias diferentes a los propios y es esta conciencia la que tiende a romper el *status* de lo "dado por sentado" en las creencias y valores de uno mismo. Esto hace que la modernidad se caracterice por una creciente des-institucionalización que debilita la trama de la vida cotidiana. La modernidad se caracteriza también por una secularización cada vez mayor, con lo que la ciencia surge como una perspectiva del mundo autónoma y naturalista. (Wuthnow, 1988) Esta secularización ha llevado cada vez más a una desmitificación del médico y a una mayor responsabilidad del paciente sobre su propia vida y sobre su propia enfermedad; no es ya sólo la enfermedad que "le ataca" como un castigo, sino que el paciente es co-responsable de la misma. De la misma forma, la curación no depende sólo del médico y los medicamentos, sino del propio paciente quien debe tomar una actitud activa y no pasiva como en el pasado.

El surgimiento de este peculiar pluralismo ha llevado, entre otras cosas, a una "desmonopolización" en la medicina, y a una situación de mercado en la cual, las diversas tradiciones e instituciones médicas tienen que competir entre sí. Si antes "la" medicina (en referencia a la alopática) se imponía de modo autoritario, ahora tiene que ser "vendida" a una clientela que ya no está obligada a "comprar". La competencia en el mercado se racionaliza reduciéndose sólo mediante la fusión, y así como la industria farmacéutica se ha fusionado, cada vez son más frecuentes los grupos médicos que se unen alrededor de un hospital compartiendo gastos, "optimizando" los recursos. El paciente ya no busca, entonces a un determinado médico, sino que acude a determinada institución

“prestigiada”; cada vez más son los pacientes que acuden, por ejemplo, al Hospital Metodista en EUA, sin saber siquiera quién los atenderá.

La cultura moderna es un fenómeno históricamente único, los individuos y sus cosmovisiones enfrentan una situación de crisis particularmente intensa para el individuo en su experiencia de sí mismo. A lo largo de la historia las identidades de las personas han estado directamente ligadas a lo que hacen; el trabajo ha sido, durante mucho tiempo, no sólo una fuente de subsistencia sino también de auto-identificación. En muchos casos, incluso, la identidad se transfería de una generación a otra y esto no significa que la gente fuera feliz de esta manera, pero sí contaba con una identidad firme y estable que daba por sentada gracias a “la naturaleza de las cosas”. (Wuthnow,1988)

Las identidades estables sólo pudieron surgir en contextos sociales estables. El individuo moderno, en un mundo plural e inestable, con muchos aspectos en vías de des-institucionalización, no puede tener más que una identidad inestable y abierta, lo que significa que además de poder planificar una identidad, puede cambiar un cierto número de identidades en el curso de la vida. La identidad es por naturaleza reflexiva ya que, al no darse por sentados los supuestos de la vida cotidiana, el individuo tiene que volcarse hacia lo subjetivo para considerar las nuevas opciones y reflexionar sobre ellas. (Wuthnow,1988)

Hasta hace poco tiempo, el nacer hombre o mujer, blanco o negro, conformaba una identidad para toda la vida; actualmente, esto ya no es una realidad, tanto así, que de dos géneros (masculino, femenino), ahora se ha construido un

tercero, el transgénero. De la misma manera, existía una edad límite para la maternidad, lo cual ahora se ha revertido con el uso de hormonas y la implantación de óvulos fecundados, existiendo actualmente mujeres que se convierten en madres a los 65 años de edad o más.

En el campo de la formación se habla de las *vocaciones sucesivas*, de tal manera que, no obstante la tendencia a la hiper-especialización, encontramos la tendencia -con la transdisciplinariedad- a la apertura de los campos laterales, a la diversificación y al encuentro con *lo diferente*. Así como la bioética no es un campo único de la medicina, sino también lo es de la filosofía, de la sociología, de la psicología y de las leyes, lo mismo podría decirse de gran parte de los "asuntos" médicos, por lo que el individuo no puede ya aislarse en su reducido campo de conocimiento especializado si es que quiere comprender y potenciar el alcance de su práctica cotidiana.

En la legitimación de cada una de las disciplinas, el instrumento fundamental es el lenguaje, que transforma en instituciones las convenciones. El lenguaje es el factor más importante de la socialización y un coto importante de poder, de aquí que los lenguajes crípticos (como el médico) sean siempre para unos cuantos "iniciados".

1.2.2 El lenguaje como medio de representación y de des-legitimación del mundo médico. Conocimiento e información.

El lenguaje es el sistema de signos más importante de la sociedad humana a través del cual se acumulan las significaciones y las experiencias, preservándose a través del tiempo y transmitiéndose a las nuevas generaciones, pudiendo objetivar “aquí y ahora” aquello que se encuentra ausente en el tiempo y en el espacio. Es a través del lenguaje que la totalidad del mundo se encuentra al alcance de la reflexión; el lenguaje produce formas particulares de “ver” el mundo y a su vez, es usado para crear y legitimar diferentes lecturas del mismo; en síntesis, construimos el sentido de la realidad social a través del lenguaje. El lenguaje se refiere primordialmente a la vida cotidiana, surge en ella y la trasciende. (Berger, Luckmann, 1995)

El hombre produce el lenguaje y a su vez es producido por éste. El paciente que es afectado por una enfermedad, deja de ser él, para convertirse en “el enfermo”, palabra vinculada con una forma de vida y con una percepción del mundo. El sentido de nuestras experiencias y la acción social con la que nos comprometemos está determinada por la naturaleza del lenguaje que usamos (Giroux, 1989); el habla es un proceso muy selectivo. Ninguna cultura ha concebido una manera de hablar en la que no se destaquen unas cosas a expensas de otras; así, un vocabulario técnico muy desarrollado, refleja una cultura técnica. (Hall, 1990) En esta medida se explica cómo el lenguaje científico

está permeando el lenguaje popular, siendo de uso común palabras como genético, cardiovascular, termonuclear y probablemente por eso, el lenguaje médico para mantenerse críptico se llena de siglas sólo comprensibles por el médico -Tb, CRI, EPOC, EVC-. Implícitamente se encuentra que el lenguaje médico, en tanto que científico, debe ser inaccesible para el enfermo, hablando de la enfermedad cuando el paciente lo que espera es que se hable de él. El lenguaje médico cobra así sentido -el reconocimiento y la perpetuación del mito científico y del mito del progreso técnico- en su sin sentido. Por lo tanto, no se trata de un medio de comunicación sino de un discurso cerrado sólo compartido por los pares, ya que su *status* científico lo excluye de la comprensión general. (Achard,1989) Por otra parte, estamos viviendo la "era digital" y el lenguaje computacional está conformando seres computacionales, cada vez más tecnologizados que confían más en la tecnología que en el saber del médico. Es difícil convencer a un paciente de un diagnóstico clínico que no esté "avalado" por un estudio de laboratorio o gabinete; paradójicamente, el hombre que en su oportunidad creó la tecnología es ahora legitimado por ella.

Giroux (1990:149) hace un llamado para atender a la naturaleza social del lenguaje a partir de sus relaciones con el poder y el conocimiento, señalando que: *"El lenguaje se entrecruza con el poder en el sentido de que una forma lingüística particular es utilizada en las escuelas para legitimar y estructurar las ideologías y los modos de vida de grupos específicos."* Así, no sólo la relación cambia al lenguaje, sino a su vez el cambio de lenguaje puede dar lugar a una nueva relación. Es así como la relación "médico-paciente" conlleva un significado (una

ideología y relación de poder) diferente a la relación "proveedor de servicio-cliente" (lenguaje importado de la economía), aunque se pretenda que sea lo mismo.

1.2.2.1 El conocimiento.

De acuerdo, entre otros, con Giroux, el conocimiento es una construcción social, es decir, es producido a través de la interacción social y es altamente dependiente de la cultura, del contexto, de las costumbres y de la especificidad histórica. (Giroux,1990). Por su parte, para Berger y Luckmann (1995) el conocimiento representa un conjunto de significados compartidos acerca de la realidad, es el fundamento de la vida cotidiana, tal como se define objetivamente y como se percibe subjetivamente. El conocimiento permite que los individuos integren el orden institucional y se ubiquen a sí mismos dentro de él, es decir, se inserten en su espacio social.

El conocimiento está organizado en términos de lo que es importante en general y de lo que es importante para grupos específicos. El "conocimiento común" o "pre-teórico", organizado en mitos, creencias, valores, costumbres, le permite a los individuos comprender la realidad, en tanto que el "conocimiento teórico" constituye una pequeña parte del depósito social de conocimiento de una sociedad, es decir, la división del conocimiento en la sociedad se corresponde con la división del trabajo. Esto es importante ya que el alcance de la

institucionalización depende de la distribución general del conocimiento; así, si el sistema de valores y significados es compartido por la mayoría, la institucionalización será de gran alcance. (Berger, Luckmann, 1995) En la medicina esto cobra sentido al crearse Consejos y Asociaciones para legitimar el conocimiento específico de cada especialidad; se instaura así un lenguaje médico exclusivo para cardiólogos, nefrólogos, neurólogos, ginecólogos, etc.; con ello se institucionaliza el tipo de conocimiento que cada uno *debe tener*. De la misma manera, esta legitimación permite que en esta división del trabajo se limite el número de individuos que, al cumplir con los requisitos estipulados, puede pertenecer a dicho grupo; se elimina así la competencia que abarata la mano de obra. Esto lo ha realizado de manera eficiente la *American Medical Association*. Una situación distinta es la que enfrentan los países en vías de desarrollo donde la política social de apertura de las universidades permitió que se certificara un gran número de médicos, medida que a su vez, devaluó dicha certificación. Esta política se ha revertido y se ha disminuido la matriculación en la Facultad de Medicina. Se han puesto nuevas reglas de certificación y re-certificación como formas de control y de poder, normas que en su mayoría son resultado de los más recientes acuerdos multilaterales (TLC, BMI, FMI).

Los individuos poseen entre sí el conocimiento de manera diferenciada y en grado diferente según sea su capital cultural, su contexto y coyuntura histórica. A su vez, el conocimiento produce, mantiene y refuerza las desigualdades sociales; el conocimiento es poder y da poder. Desafortunadamente el que adquiere el poder no es el saber más cierto sino el saber operacional (mágico o

técnico); no obstante, también es el conocimiento el que puede subvertir el orden establecido. (Morin, 1992) El poder del médico se basa en que es él quien sabe, y es esto lo que mantiene la relación asimétrica, de la misma manera que la autoridad del profesor es consecuencia de su "saber". La desigualdad social en medicina se hace aún más patente con el acceso restringido a la tecnología compleja, onerosa y elitista.

El conocimiento también impulsa ciertas prácticas que le dan una dirección a la realidad (Zemelman,1992); un ejemplo es cómo en la actualidad prevalece la hegemonía del conocimiento medible y cuantificable, ligada a la de un conocimiento que requiere de la manipulación (experimental) y de la producción (técnica). (Morin,1995) En este mismo sentido, según Habermas, *"el interés fundamental que orienta la ciencia empírico-analítica consiste en el control y la posibilidad de explotación técnica del saber"*, en tanto que *"las ciencias histórico-hermenéuticas incrementan el saber en un marco metodológico diferente...Las teorías no se construyen deductivamente y la experiencia no se organiza en relación con el éxito de las operaciones. El acceso a los hechos se consigue mediante la comprensión del significado, no por observación."* (citado por Grundy 1991:29,31) Ello se traduce en medicina en uno de los ideales de la manipulación técnica: el proyecto "Genoma Humano" que, con una inversión cuantiosa, pretende la manipulación genética con fines comerciales escudados en el supuesto de la "curación" de las enfermedades -coincidentalmente casi todas genéticas al momento actual-. Son las ciencias hermenéuticas las que han

iniciado una profunda reflexión en relación a las implicaciones sociales de estos proyectos médicos.

Zemelman se suma a esta perspectiva puntualizando que el conocimiento no puede separarse de la acción; señala que lo que caracteriza al pensamiento crítico es captar la multi-dimensionalidad de la realidad y transformarla en contenidos de prácticas. El conocimiento -agrega- debe ser pensado, discutido, reflexionado para ser incorporado a la experiencia de la vida; es la aprehensión de la información lo que la transforma en conocimiento. (Zemelman, 1992) *“Aprender a aprender, percibir, interpretar, razonar, investigar e intervenir en la realidad, son capacidades operativas que sólo se aprenden actuando, haciendo, interviniendo activamente y mediando entre las situaciones externas y las conductas.”* (Gimeno Sacristán, 1996:85)

Un uso crítico de la teoría supondría en medicina cuestionarse con respecto a los “progresos” médicos: los nuevos medicamentos, las nuevas intervenciones, los nuevos métodos de diagnóstico, el riesgo-beneficio, el costo-beneficio, así como evaluar aquello que se aceptará o rechazará en esta “industria de la salud”. No menos importante es el reflexionar en la educación médica, aún plagada de conferencias magistrales y clases tradicionales en el aula, sin lograr una óptima correspondencia teórico-práctica.

Se dice que la ciencia se mueve por la convicción de que *la* verdad es posible de ser alcanzada; sin embargo, no se toma en cuenta que el criterio de

verdad está en función de determinados parámetros de cognoscibilidad que no son inmutables. La forma de razonamiento de la ciencia está conformada de acuerdo a los paradigmas vigentes; por ejemplo, la visión de la medicina es diferente si en vez de observarse desde el paradigma biológico se hace desde la perspectiva de una preocupación gnoseológica centrada en la sociedad. De esta manera, el envejecimiento considerado desde el punto de vista biológico se ve como un proceso inevitable de declinación y enfermedad, por lo tanto, es un "problema" médico que requiere soluciones médicas -mayor consumo de servicios médicos y tecnología de alto costo. Sin embargo, desde una perspectiva social del envejecimiento tendrían que analizarse, entre otros muchos factores sociales, las causas de la marginación del anciano en una sociedad que lo ha estigmatizado y le ha atribuido un valor vital negativo por su escasa productividad. Lo mismo podría decirse de las enfermedades laborales que, desde el punto de vista biológico, son vistas como un fenómeno neutro: una máquina que cercena "por accidente" la mano de un trabajador; un tóxico que inhala "por accidente" el trabajador; sin embargo, desde el punto de vista social están implicados juicios de valor, donde están a discusión factores como el ahorro, la productividad, la negligencia, la explotación, el desgaste físico y la menor expectativa de vida.

La necesidad de priorizar la lógica de la construcción -lógica de apertura y no de determinación-, sobre la lógica de la explicación -basada en los contenidos- requiere de antemano trascender en el razonamiento los límites de una relación de causa-efecto unidireccional y lineal. (Zemelman, 1992) Para quienes piensan,

en medicina, con la lógica de la explicación unicausal, el *micobacterium tuberculosis* es la "causa" de la tuberculosis; pero para quienes trascienden este límite, este germen patógeno es sólo *una* de las causas *necesarias* para que se produzca la enfermedad, pero no es causa *suficiente* ya que se requiere que coexistan otros factores socialmente determinados. Así, hablaríamos de factores *desencadenantes* más que de factores *etiológicos*.

1.2.2.2 La información.

El conocimiento opera mediante la selección de datos significativos y el rechazo de los no significativos: separa y une, jerarquiza y centraliza. Sin embargo, nos encontramos ante una mutación en el conocimiento, ya que cada vez está menos hecho para reflexionar sobre sí mismo y más para ser engranado en las memorias informacionales. De acuerdo con Morin, la información debería verse como una teoría, como un concepto punto de partida y no como un concepto terminal, como ocurre con la "ideología informacional" que reifica la información. El concepto "información" surge en el campo de la telecomunicación y posteriormente, fue adoptado por la cibernética; con la influencia de ésta última, fue extrapolado en el campo biológico a la genética y a las ciencias sociales. De hecho, se habla de que vivimos en una "sociedad informacional". (Morin, 1996:47-50)

Actualmente, parte de la formación del médico la constituyen los debates y consultas entre pares por internet, así como las videoconferencias en educación continua. La “sociedad informacional” ha dado origen a la “medicina basada en evidencias” sin embargo, cada vez se hace más urgente cambiar el concepto de información –entendida como “fin”- prevaleciente entre los médicos, lo que se entiende como: leer e ir a cursos, seminarios y congresos para “estar actualizado”. Tomar el concepto de información como punto de partida de la formación del médico, requiere fomentar una reflexión conciente acerca de lo que supone ponerla en práctica, una reflexión que debería darse en el contexto de un círculo abierto al escepticismo crítico. Es necesario acercarse a la información con una actitud activa y no pasiva: seleccionarla, decantarla, analizarla, problematizarla y ponerla en acción, es decir, evitar su consumo a-crítico.

En la actualidad, el procesamiento de la información se está convirtiendo en el factor determinante de nuestra vida social. Los saberes priorizados por las nuevas formas de vida han acentuado la desigualdad social llevando a lo que Habermas llama “darwinismo social”. Esta desigualdad se refleja en la división de la población en sectores de acuerdo con su capital cultural institucionalizado; en el sector más elevado están aquellos que poseen un alto dominio de los saberes tecnológicos, que son los priorizados, son ellos quienes tienen el poder simbólico de decidir cuál es la cultura que tiene valor en ese marco social. Los otros sectores son los que, debido a su menor preparación y acceso a la “cultura de la información”, serán consumidores pasivos sin participación en la toma de decisiones. (Flecha, 1994)

En este contexto surge la perspectiva comunicativa que defiende la necesidad de generar actitudes críticas y transformadoras que promuevan el desarrollo de teorías y prácticas comunicativas -a través del diálogo y el consenso- para superar las desigualdades agravadas en la "sociedad informacional". (Flecha, 1994) Este es el caso de Habermas, para quien la ciencia y la tecnología, si bien promueven el crecimiento económico mediante la manipulación del ambiente físico y social, no prestan ninguna atención a la reflexión conciente sobre los valores; reemplazan las normas de solidaridad por reglas de manipulación y conocimiento sin contexto, ponen énfasis en las habilidades técnicas en detrimento de los valores que definen las obligaciones morales. De aquí surge precisamente, que el "valor" de un médico está determinado por su *currículum* y éste se encuentra en relación directa con el número de trabajos publicados, sin importar la calidad de los mismos ni la calidad de su actividad asistencial con el paciente.

Así, ha surgido una "nueva clase", la clase del saber o del conocimiento, la élite cognitiva surgida como un rasgo de la sociedad post-industrial; sus miembros obtienen su subsistencia en la industria del conocimiento es decir, en la producción, distribución y administración de conocimiento o de símbolos. Es una clase que no está constituida sólo por intelectuales sino también, por la comunidad educacional global, todos ellos asociados con los medios de comunicación social, con los servicios del sector público y con los grupos de interés público; se trata de una clase que ejerce un control sobre el aparato

educacional de la sociedad, sobre las habilidades técnicas y sobre los medios de comunicación social. (Wuthnow,1988)

1.2.3 Papel del aprendizaje en la conformación cultural de la medicina.

En un mundo en constante cambio se requiere una preparación para enfrentarse a las nuevas situaciones. El aprendizaje es el proceso por el cual se adquieren las nuevas metodologías, destrezas, actitudes y valores indispensables para el funcionamiento de la sociedad, así como también para la transformación de la misma. El aprendizaje es pues, una de las actividades básicas de la vida, tiene un papel vital como agente de la cultura y ocupa un lugar estratégico en el mecanismo de supervivencia.

Podríamos decir que a lo largo de nuestra existencia nos enfrentamos a dos tipos fundamentales de aprendizaje: por un lado, el *aprendizaje de mantenimiento* que nos permite hacer frente a situaciones conocidas y recurrentes, a la resolución de problemas en planes restringidos y procedimientos convenidos y, por otro, el *aprendizaje innovador* que permite el cambio, la reestructuración y reformulación de los problemas. El primero sería de *adaptación*, en tanto que el segundo sería de *anticipación*; la línea de demarcación que separa ambos tipos de aprendizaje está dada por el énfasis conciente del lugar que ocupan los valores. Tradicionalmente la medicina se ha enfocado hacia la curación, dejando de lado la prevención, el cambio de

orientación de una medicina curativa a una medicina preventiva representaría el cambio de la *adaptación* a la *anticipación*.

El *aprendizaje innovador* está dispuesto a cuestionar en todo momento los valores, fines y objetivos básicos de cualquier sistema con el fin de identificar y superar aquellos valores que obstaculizan el cambio social; en tanto que el *aprendizaje de mantenimiento* da por supuestos los valores inherentes a las estructuras que trata de preservar. (Botkin,1992) Retomando a Berger y Luckmann, podríamos pensar en el *aprendizaje innovador* como aquél que cuestiona lo habitualizado, institucionalizado y legitimado, en tanto que el *aprendizaje de mantenimiento* simplemente lo acepta. En la práctica diaria, una vez que se aprenden los "rituales" médicos, difícilmente se cuestionan, simplemente se transmiten y con frecuencia, ni siquiera nos preguntamos acerca del por qué los realizamos. De la misma manera, la reformulación de los valores ante problemas médico-sociales como el aborto, la eugenesia, la eutanasia, la prolongación de la vida o la calidad de vida, sólo es posible mediante el cuestionamiento de lo que se ha dado por sentado.

La cultura refleja la manera en que uno aprende, puesto que la cultura es el comportamiento aprendido y compartido. A la persona educada en una cultura le parece inconcebible que algo tan básico se pueda hacer de forma diferente a como le enseñaron a ella. (Hall,1990) La mente humana, socialmente estructurada, permanece dentro de los límites del sistema de categorías

heredadas de su formación. (Bourdieu, 1995) Una vez que la gente ha aprendido a aprender de un modo, le es extremadamente difícil aprender de otra forma.

La comprensión es el primer requisito del aprendizaje innovador. La comprensión del significado es lo que nos permite comprender un problema y su importancia para estar en condiciones de esbozar soluciones, así como evitar la adquisición a-crítica de información, determinando criterios de selección de la misma. En algunos campos, como el médico, se ha considerado como fin último del aprendizaje la resolución de problemas, sin embargo, ésta es una visión restrictiva ya que antes debe existir un proceso de percepción, definición y planteamiento de los mismos. Si el problema no se detecta y se comprende en toda su amplitud y complejidad, difícilmente podrá ser resuelto. Si no se comprende que los problemas médicos no sólo son médicos, sino que están inmersos en un contexto social, que no son a-históricos sino procesos históricos, entonces las posibilidades de resolverlo son nulas.

Otro rasgo fundamental del aprendizaje innovador es la participación, definida como una actitud caracterizada por la cooperación, el diálogo y la empatía, rasgo que ha sido relegado a segundo plano de importancia en una sociedad que ante todo promueve el principio de la competitividad. (Botkin, 1992) Esto es evidente en profesiones como la médica, sobresaturada, donde la competencia se inicia en los exámenes para lograr una plaza para realizar una especialidad, situación que continúa durante todo el ejercicio del médico, "compitiendo" por el paciente.

Habermas plantea que el aprendizaje se produce en una serie de etapas de desarrollo irreversibles, crecientemente complejas; cada etapa le proporciona al individuo las pautas de racionalidad necesarias para avanzar al siguiente estadio. La transición entre cada etapa va asociada a *crisis*, es decir, no se produce suavemente; las pautas aprendidas en una etapa se derrumban sólo en parte, por lo cual aparece algún grado de regresión antes de que se llegue a la etapa siguiente. Conforme se alcanzan los estadios de desarrollo superiores, el individuo es cada vez más autónomo y capaz de asumir perspectivas diferentes con respecto al mundo externo, volviéndose más competente como actor social. (Wuthnow, 1988) La carrera médica es buen ejemplo de ello, dado el largo período de escolarización que ésta supone. La primera etapa surge al final de la carrera, cuando el médico general consigue con su título el “permiso” para continuar su preparación. La entrada a la especialización médica constituye una “crisis”, que se repite cada año hasta el término de la misma. La responsabilidad creciente adquirida ocasiona una tensión generadora de trastornos psicosomáticos, que han sido objeto de estudios tanto científicos como literarios.

Podríamos entonces resumir que: *“El aprendizaje es un proceso fundamental de la vida humana, que implica acciones y pensamiento tanto como emociones, percepciones, símbolos, categorías culturales, estrategias y representaciones sociales. Aunque descrito frecuentemente como un proceso individual el aprendizaje es también una experiencia social...”* (Perret y Schuabauer, citado por Gimeno Sacristán, 1996:75) Así considerado, los

obstáculos y las oportunidades para el aprendizaje no derivan de la tecnología y, por lo tanto, no se resuelven con la reestructuración de las instituciones con soluciones sólo tecnológicas (más computadoras). El camino para desarrollar el aprendizaje se inicia con la elaboración del mismo, como un proceso que trasciende al mundo escolarizado, que constituye a los sujetos en su interacción y, que en su aspecto más positivo, promueve el desarrollo integral del individuo y su cultura.

Lo hasta aquí expuesto tiene el propósito de subrayar el hecho de que en la era tecnológica que vivimos, no pueden ser obviados los cambios estructurales experimentados por la práctica social de la medicina a lo largo de las últimas décadas. La medicina no es un fenómeno supra-cultural sino está inmersa en coordenadas históricas y culturales concretas y determinadas; de ahí que para generar el *cambio cultural*, habrá que desentrañar los significados contenidos en los diversos contextos que le han dado sentido y significación; sólo reconstruyéndolos, éstos podrán ser comprendidos en su perspectiva de potencialidad y de cambio. En esta dirección, el análisis que pretendemos realizar sobre la práctica médica como fenómeno social, debe iniciarse con el estudio del proceso histórico que lo antecedió, tema que será objeto del siguiente capítulo.

CAPITULO 2

LA PROFESIÓN MÉDICA. SU OBJETIVACIÓN SOCIO-HISTÓRICA.

La profesión médica está determinada por la forma como la sociedad percibe al cuerpo humano, la salud y la enfermedad en un momento dado. Salud y enfermedad son pues, conceptos dinámicos e históricos, productos de la cultura; toda sociedad humana es una empresa de construcción del mundo. Lo que en algún momento histórico particular se nos aparece como naturaleza humana es en sí mismo un producto de la actividad del hombre constructor del mundo. (Berger, 1999).

El proceso dialéctico de la sociedad tiene tres momentos: la exteriorización, que es ese manifestarse del hombre en el mundo, a través de sus actividades físicas o mentales; la objetivación, que es el logro de una realidad que el mismo hombre produjo, como si fuera un hecho que le es exterior; y la interiorización, que es la reapropiación por el hombre de esta misma realidad quien la transforma en una estructura de la conciencia subjetiva. (Berger,1999). Así pues, vivimos en un mundo de significaciones, es decir, de producción y percepción -física y simbólica- de signos que hacen objetiva la realidad; a pesar de ser compartidas en el proceso de socialización, estas significaciones son constantemente modificadas por los sujetos a lo largo de la historia. Los fenómenos humanos no se suscitan sólo en el plano de la conciencia, sino que

son una realidad social objetivada, histórica y provisional donde, a pesar de la tendencia de los hombres a mantener un orden legitimado, ello no supone un orden dado de una vez y para siempre sino más bien, un conjunto de procesos cuyo estado de equilibrio puede ser roto, modificado o transformado.

Para llevar a cabo cualquier intervención sobre la realidad se hace necesario entonces, conocer los grados de objetivación del fenómeno a estudiar, en nuestro caso, de los componentes del mundo objetivado en la profesión médica, así como las variaciones que han sufrido tales objetivaciones a lo largo de la historia. Conocer el origen y la decadencia de los dogmas científicos nos permitirá neutralizar el dogmatismo que yace en el terreno de la medicina, así como valorar las consecuencias derivadas del mismo en el terreno de lo social y lo científico. (Engel, 1977)

El hombre, a lo largo de su existencia, ha buscado siempre explicación de los fenómenos que observa; los hombres primitivos se explicaban los fenómenos naturales como intervención de los dioses. Así como los fenómenos sociales se han presentado a los individuos como naturales, obviando la participación del hombre en la construcción de los mismos, la medicina también se ha visto sujeta a esta percepción.

Lo que es significativo para nosotros, aquello a lo que estamos habituados o que ya ha sufrido un proceso de legitimación, forma parte en la medicina de la seguridad profesional. Las actitudes estereotipadas han impedido

sistemáticamente reconocer la falsedad de algunos conceptos, ya que para hacerlo se requeriría abandonar por un momento, el propio punto de vista y adoptar uno diferente. El no dudar de nuestros conceptos nos condena a la rigidez, nos lleva a caer en lo que Stolzenberg denomina “una trampa del razonamiento” (1994); son precisamente los conceptos alrededor de la práctica médica (salud, enfermedad, medicina, curación), los que se han visto encerrados en esta trampa, y deben ser sometidos a revisión. (Quintanar,1997). Este es, planteado de manera concisa, el propósito central del presente capítulo.

2.1 La salud-enfermedad. Punto de partida del mundo objetivado.

Los procesos de institucionalización y legitimación han actuado como los principales obstáculos para el cambio en el mundo social; el poder de los intereses sociales, políticos y económicos creados, impiden cualquier ataque al dogmatismo y en este caso, al representado por el modelo biomédico. La profesionalización de la medicina constituye también otra barrera importante para el cambio; según Holman, el dominio profesional “*ha perpetuado las prácticas prevalecientes, desviado las críticas, y aislado la profesión de los puntos de vista alternativos y relaciones sociales que iluminarían y mejorarían el cuidado de la salud...El sistema médico no está comprometido primariamente en la persecución desinteresada del conocimiento y la traslación de ese conocimiento en práctica médica; más bien en una parte significativa está comprometido en la*

defensa de intereses especiales, persiguiendo y preservando el poder social."

(Engel 1977:135)

La historia de la medicina ha sido la historia de grandes científicos y descubridores, la historia de "los primeros" en efectuar algún tratamiento o procedimiento. Bajo esta premisa se ha promovido un pensamiento lineal de relación causa-efecto en cuanto a la incidencia de las enfermedades; tendríamos que considerar que, aún cuando estamos acostumbrados a pensar en relación a dos categorías de la realidad como un espacio cruzado por el tiempo a manera de una secuencia, la Teoría de la Relatividad, la física cuántica y el principio de incertidumbre, han cuestionado, ya en el siglo XX, este pensamiento. (Bagú, 1994)

Aunque para fines analíticos puedan diferenciarse varios periodos espacio-temporales en la historia de la medicina es necesario precisar que el pensamiento médico no ha evolucionado de manera lineal ya que en todas las épocas han coexistido diferentes conceptos en relación con la medicina, la salud y la enfermedad. Aún cuando la visión de la medicina haya sido siempre la de curar la enfermedad y eventualmente prevenirla, no hay una medicina única y universal ya que a lo largo de los diferentes periodos de la historia y en las diferentes culturas, la concepción de salud y enfermedad -objeto del trabajo médico- ha sido diversa, de ahí la exigencia de una práctica adaptada a ella.

Los hombres que han pensado sobre la medicina, han percibido selectivamente la realidad social y aplicado sus limitaciones al campo observable, es decir, han visto unas cosas y otras no. Esto ocurre indefectiblemente ya que, como lo señala Bagú, no sólo el ortodoxo es parcial en su percepción sino también, el heterodoxo que subordina su visión a su marco conceptual. (Bagú, 1994) Para juzgar la importancia global de las diversas concepciones sobre la medicina surgidas a lo largo de la historia, habrá que considerar como datos valiosos, tanto lo observado como lo excluido por éstas. Con frecuencia consideramos como conocimiento médico "verdadero", a la "verdadera medicina" -aquella observada y registrada-, en tanto que lo excluido lo dejamos a otras ramas del conocimiento como son: la filosofía, la ética, el esoterismo, la brujería, la charlatanería, las medicinas alternativas, etc. No obstante, lo excluido del campo observable debe analizarse, ya que *"...lo que se ve y lo que no se ve forman una unidad que debe ser explicada como tal"* (Bagú, 1994:48); lo excluido nos da razón de la naturaleza de la sociedad global, del *status* del grupo intelectual que tiene a su cargo la observación y la situación histórica concreta en que se produce el hecho.

Para Hernán de San Martín (1984), *"La salud es una noción relativa, que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica y social, fuera de la cual toda circunstancia es percibida por el individuo y por su grupo como la manifestación de un estado mórbido."* (Quintanar, 1997:42). De acuerdo al Diccionario de la Lengua Española de 1997,

la "Enfermedad" se define como una "Alteración más o menos grave de la salud" y la "Salud", como un "Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado." Estas definiciones que consideran sólo la dimensión somática -excluyendo la psicológica y la social-, son congruentes con el modelo biomédico vigente a la fecha y consideran a la enfermedad como un fenómeno natural.

La biología molecular es la disciplina básica que sustenta al actual modelo biomédico dominante donde además de considerar a la enfermedad como una desviación de "lo normal", de las variables físicas mensurables, explica también las perturbaciones conductuales -cuando éstas son consideradas, como una alteración de los procesos bioquímicos o neurofisiológicos. Esta postura encierra un reduccionismo fisicalista, es decir, asume que los fenómenos biológicos complejos son causados por un principio único, en este caso, derivado del lenguaje de la química y la física. Aún cuando un modelo no es más que un sistema de creencias utilizado para explicar fenómenos naturales y dar sentido a lo que nos parece desconcertante, el modelo biomédico fue construido *ex profeso* para el estudio de la enfermedad y como tal, es un modelo que involucra una serie de presunciones y reglas basadas en el método científico. (Engel, 1977)

El modelo médico de la enfermedad abarca un proceso que va del reconocimiento de los síntomas a la caracterización de una enfermedad específica presentándose además, una tendencia a caracterizar la enfermedad

específica en términos del componente aislable más pequeño que contenga una implicación *causal*, como lo puede ser el bioquímico, el genético o el microbiológico. En este contexto, el criterio diagnóstico “específico” consiste en la documentación de laboratorio o estudios de gabinete, dándose la paradoja de “transformar” a alguien en enfermo aún sin sentirse como tal, en el caso de obtener a través de dicho diagnóstico, un resultado “anormal”; está también el caso contrario donde, en ausencia de alteraciones bioquímicas o estructurales, no se considera como *real* la enfermedad, a pesar de los síntomas del paciente, documentándose muertes en personas que se consideraron “conversivas”.

De acuerdo con Ludwig, el modelo médico establece “...*que una desviación suficiente de lo normal representa enfermedad, que la enfermedad es debida a causas naturales conocidas o desconocidas, y que la eliminación de estas causas resultará en la curación o mejoría del paciente individual*”. (Engel 1977:129) “Natural” es definido como una “*disfunción cerebral biológica, ya sea de naturaleza bioquímica o neurofisiológica*”, sin precisar cuánto es “suficiente” y qué es “normal”. De este modo, los límites entre la salud y la enfermedad nunca serán claros ya que se encuentran impregnados por consideraciones culturales, psicológicas y sociales. Cabe aquí destacar la pertinencia del aporte de Michel Foucault con respecto a la enfermedad, ya que el autor toma en consideración la perspectiva histórica afirmado que: “*La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra -práctica o teóricamente- medicalizado.*” (Foucault, 1990:26)

La medicina como institución y como disciplina, y el médico como profesional, confluyen para dar respuesta a las necesidades sociales. En casi todas las sociedades la enfermedad es algo que se percibe o experimenta como desagradable, dañino, amenazante, desviado o indeseable, de ahí que la sociedad designe individuos y genere instituciones sociales que evalúen, interpreten y proporcionen las medidas correctivas. (Engel, 1977) Sin embargo, en la medida que los sistemas de atención a la salud se organizan de acuerdo con una determinada definición de la misma, caracterizándola a la vez en función del sistema que la atiende, ello tiende a formar un sistema cerrado que hace difícil su transformación. (Quintanar, 1997).

Pero ¿a qué nos referimos cuando decimos que una persona está enferma? Por lo general, queremos decir que alguien –ya sea la persona misma o un doctor- piensa, cree o pretende que algo anda mal en el cuerpo del sufriente. Pero también hacemos referencia a que la persona que posee esta condición anormal busca o desea ayuda médica para su sufrimiento y su enfermedad. En otras palabras, el sufriente desea y está dispuesto a ser un paciente. La gente supone que las personas que están enfermas van al médico y las personas que van al médico están enfermas. Esto es falso. Estar enfermo y ser un paciente son dos variables independientes; se puede estar enfermo y no desear ser tratado médicamente –por lo tanto no ser un paciente- o bien, por el contrario se puede ser un paciente permanente que aqueja múltiples síntomas físicos y no estar físicamente enfermo, como en la hipocondriasis o en el síndrome de Munchausen.

La problemática hasta aquí planteada conlleva dos premisas básicas que subyacen a la práctica médica. Primero, que la persona bajo tratamiento está enferma; en este caso los médicos con ética, supuestamente no deben tratar a personas sanas, tampoco deben convencer a gente saludable de que están enfermos para después tratarlos por enfermedades ficticias, como las que “emergen” en los chequeos. Segundo, que los médicos sólo tratan pacientes que lo sean voluntariamente, esto es, aquellas personas que desean ser tratadas; en este caso, no fuerzan o imponen un supuesto tratamiento a personas que no lo desean (premisa frecuentemente olvidada en los hospitales psiquiátricos).

2.2 La trayectoria histórico-social de la profesión médica. El médico, objeto y sujeto de la objetivación.

Para los griegos, para quienes fue tan importante el equilibrio en todos los aspectos de la vida, la salud –entendida como la armonía entre cuerpo y alma– constituyó uno de los valores más importantes. La enfermedad sacaba al hombre de su condición de perfección y por tanto, era considerada como una manifestación de inferioridad. La medicina era el arte del pronóstico, de ahí que la legitimidad del médico se la otorgaba su reputación en relación a lo certero de sus pronósticos; de hecho, se consideraba poco ético atender casos donde la ayuda del médico no fuera de utilidad (reflexión que debería considerarse en el debate actual sobre la eutanasia). El mundo griego era un mundo de *salud*, por lo

que la medicina estaba dirigida a la salud (no a la enfermedad como en la actualidad), de aquí que la tarea del médico fuera mantenerla y restaurarla.

La llegada del cristianismo cambió radicalmente la posición del médico y el enfermo en la sociedad, considerando a la medicina como la religión de la curación tanto física como espiritual. La enfermedad ya no era signo de inferioridad sino de purificación. Las nuevas enseñanzas no se dirigían a los sanos sino a los enfermos, débiles, pecadores e inválidos quienes adquirieron una posición preferencial. Dañarse a sí mismo (evitar el tratamiento o recurrir al suicidio) era -y lo sigue siendo en la actualidad- un pecado. Los médicos debían -y deben- tratar todos los casos, incluso aquellos considerados “sin esperanza” (lo que se manifiesta en el hoy llamado “ensañamiento terapéutico”). La Iglesia dirigió desde entonces los estándares éticos y aún, hasta la fecha, prevalece una bioética religiosa -que condena el aborto o la eutanasia- sobre una bioética secular.

En el siglo VI los conventos y monasterios se ocuparon del cuidado de los enfermos y menesterosos. Al inicio de la Edad Media la mayoría de los médicos eran monjes y los libros médicos eran compilados y traducidos en los claustros, no siempre de manera objetiva e imparcial. La profesión era entendida como una misión divina y la formación médica se efectuaba en los monasterios; las epidemias eran consideradas como castigos inflingidos por Dios a los hombres. Se trababa de un modelo de tipo religioso en el que para “purificar” al medio urbano se desterraba al enfermo del espacio común, formándose los lazaretos

destinados a los leprosos; en suma, era un modelo caracterizado por una "medicina de exclusión".

Durante el siglo XII floreció la primera Escuela de Medicina en la Universidad de Salerno contando con legos además de los religiosos, y por primera vez en Europa se establece una regulación estricta de la práctica médica. Ya para el siglo XVI (en pleno Renacimiento) la enfermedad fue considerada como la forma bajo la cual actuaba el demonio, el cuestionamiento médico se centraba en las formas en como éste se manifestaba sin poner en duda la existencia misma del demonio, circunstancias que justificaron la "quema de brujas". No obstante su arraigo histórico, el modelo religioso de destierro, fue sustituido por el modelo militar de registro permanente basado en la vigilancia de cada uno de los enfermos, alimentado un registro completo de los fenómenos ocurridos. Este modelo fue el establecido contra la peste. (Foucault,1990), aunque en la actualidad existe una mezcla de ambos modelos es decir, aún existen lazaretos y más recientemente, han surgido los "sidarios"; la medicina es predominantemente de vigilancia, es una "policía médica".

La medicina medieval y hasta el siglo XVII fue profundamente individualista. Al médico se le reconocía como tal después de una iniciación legitimada por el propio gremio médico que comprendía un conocimiento de los textos y la expedición de recetas, esto era lo que en realidad lo autorizaba como médico y no las experiencias que hubiera adquirido; la experiencia hospitalaria no estaba contemplada en la formación ritual del médico. El mercantilismo

característico del siglo XVI con especial énfasis en los aspectos económicos, llevó al sector de la salud a preocuparse por calcular la fuerza activa de la población surgiendo entonces las estadísticas de natalidad y mortalidad. Esta preocupación se limitaba a efectuar recuentos, sin preocuparse realmente por elevar el nivel de salud. Fue hasta finales del siglo XVII cuando la medicina se liberó del estancamiento científico y terapéutico en que se encontraba; se empezaron a considerar otros campos distintos de los enfermos, dejando de ser una medicina clínica para ser social. De este modo, la autoridad médica ya no era sólo la autoridad del saber, sino una autoridad social que podía decidir en relación con una institución o incluso, con una ciudad.

En el siglo XVIII el aire, el agua, las construcciones, todo se convirtió en objeto de la medicina, extendiéndose considerablemente la red de medicalización, desde el ambiente hasta la conducta. Aún en la actualidad, el paciente o la familia le pregunta al médico si se puede casar, si puede tener hijos, qué puede comer, etc. Es durante el siglo XVIII que surge el hospital como aparato de medicalización colectiva, dando continuidad al modelo militar y garantizando además, un mejor registro de datos, de establecimiento de estadísticas, etc. (Foucault, 1990).

El fenómeno de la medicalización se dio de manera progresiva desde la Edad Media hasta nuestros días; a la categoría salud/enfermedad visualizada como purificación/castigo se ha agregado la de normal/patológico. Los excluidos y condenados como los brujos o poseídos del siglo XVI, pronto se convirtieron en

objeto de la práctica médica, misma que les conferiría un *status* diferente -el de enfermo- insertándolos en otro mundo también de exclusión. La postura ha seguido siendo dicotómica y maniqueísta, la diferencia estriba en lo que es aceptado o rechazado en un momento dado. La diferencia entre orar y ser esquizofrénico estriba en la relación entre Dios y el sujeto; como bien apunta Szasz: “*Si uno va a la Iglesia y habla con Dios, a eso se le llama rezar. Si sale uno de la Iglesia y dice que Dios ha hablado con uno, eso es esquizofrenia*”.

(Szasz, 1995:85)

A partir del siglo XVIII el modelo para la comprensión de las enfermedades fue el botánico. Hay que recordar en este caso, la gran influencia de Linneo (1707-1778) con su “Filosofía Botánica” donde afirmaba que era posible crear un sistema *natural* de clasificación, a partir de la creación divina, original e inmutable, de todas las especies. Las enfermedades eran entendidas como un fenómeno natural y exterior en las que, como en el caso de las plantas, hay especies, características observables y cursos de evolución. Este trabajo de definición y de clasificación científica tiene como propósito producir un hecho real, una entidad: *la enfermedad*. La ciencia se transforma en una instancia objetivadora, productora de lo real; es por ella que existe la enfermedad y que evoluciona según leyes naturales dentro de los límites de su definición, excluyendo lo que no se ajuste a la misma. (Chauvenet, 1989). Desde entonces, la biología se convirtió en la ciencia más reconocida, de ahí que disciplinas como la medicina, la economía y la psicología, hayan recurrido a ella en busca de su propia legitimación. La “biologización” construyó un discurso universal sobre lo viviente

dando una explicación de lo social; la biología se convirtió en referencia indiscutible de un orden que deja de parecer sociopolítico en tanto que es avalado como "natural". (Achard, 1989)

Al concebir la enfermedad como un fenómeno natural que obedece a leyes naturales, la medicina no se encaminó ya a la enfermedad propiamente dicha como la medicina de la "crisis", sino al medio que la rodea: al aire, el agua, la alimentación, etc., un poco al margen de la enfermedad y del organismo. El biologismo ha alcanzado su máxima expresión en la medicina explicando los problemas básicamente en términos de identificación de agentes causales: es el caso de los virus y bacterias en la época de apogeo de la infectología, y de la identificación de los genes en la época actual.

Entre 1750 y 1770 en Alemania, el interés por el mejoramiento de la salud de la población desembocó en la formación de la "policía médica de Estado", que comprendía la organización estatal de un saber médico, la normalización de la profesión médica y la subordinación de los médicos a una organización médica estatal. La policía médica consistía en:

-Un sistema de observación de la morbilidad más completo que aquél que se encontraba en las simples tablas de natalidad y mortalidad.

-Una normalización de la enseñanza médica dejando en manos de la universidad y de la propia corporación médica, la decisión sobre la formación médica y la concesión de los títulos.

-Una organización administrativa a la que estaba subordinada la práctica médica; se controlaba la actividad de los médicos desde la transmisión de información hasta la verificación de los tratamientos.

-Los funcionarios médicos nombrados por el gobierno, asumían la responsabilidad de una región, apareciendo el médico como administrador de salud.

Dentro del concepto de "policía médica", no interesaba el cuerpo *del* individuo sino el cuerpo *de los* individuos que en su conjunto, constituían el Estado. Una de las funciones del Estado era garantizar la salud *física* de los ciudadanos ya que esto significaba garantizar la capacidad de trabajo y de producción, así como la capacidad de defensa militar. Se trataba del concepto del individuo en buena salud *para* el Estado en una medicina con fines nacionalistas. (Chauvenet.1989)

Para la sociedad capitalista lo importante ha sido lo biológico, lo físico. Lo que se exige a la medicina es el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, capaces de trabajar; la medicina es un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad. La enfermedad constituye una amenaza para el orden social ya que lesiona la visión optimista de una evolución con mayor bienestar gracias a la productividad. Al igual que la muerte, la enfermedad introduce una finitud a la vida del individuo revelando lo absurdo de un sistema que posterga siempre los beneficios del trabajo. (Chauvenet, 1989) Cabría reflexionar, sobre este punto, el problema

mundial que en la actualidad representan el aumento de la expectativa de vida a 80 años de edad en muchos países⁽⁴⁾ -que ha desencadenado el debate del problema económico que plantean las jubilaciones y pensiones-, así como el aumento del desempleo.

La medicina es una actividad social, de ahí que la atención para la salud refleje la estructura de la sociedad; la posición social tiene sus privilegios tanto en la salud como en la enfermedad. (Rosen, 1985). La sociedad capitalista se ve confrontada ante más de mil millones de personas en el mundo en pobreza extrema (una quinta parte de la humanidad), y a una desigualdad en la que el 80% de los gastos en salud se hacen a favor del 40% de la población que puede pagarlos. El acceso a prestaciones es distribuido también en forma desigual en detrimento de la gente más pobre; las prestaciones más atractivas no les son accesibles a la población de menores recursos y las incapacidades por enfermedad le son restringidas. Paradójicamente, el enfermo más expuesto al riesgo es un enfermo sospechoso, deslegitimándose su enfermedad y catalogándose como "ausentista". (Chauvenet, 1989)

La libre competencia y la libre iniciativa permitieron ejercer la práctica de la medicina a aquéllos que no habían estudiado medicina (como en la medicina alternativa); el médico entró así a un mundo competitivo donde la profesión ya no es más una "misión divina" sino un medio de ganarse la vida. Con el mercantilismo del siglo XVIII el precio del hombre productivo aumentó cada vez

⁴ No obstante, en África la esperanza de vida se ha reducido a 33 años de edad.

más; la formación del individuo, su capacidad y sus actitudes, empiezan a tener un precio para la sociedad. Con el aumento cada vez mayor de la técnica, las acciones del hombre se vuelven más costosas y requieren de mayor adiestramiento, por lo que el "precio" del individuo adiestrado es mayor que el del sujeto común. (Foucault,1990) En el caso opuesto, el precio del hombre no productivo (jubilado o pensionado) disminuye paulatinamente hasta llegar a cero, en lo que constituye una muerte social.

En el siglo XVIII también se perfeccionó la disciplina como una nueva técnica de gestión del hombre para controlar sus múltiples capacidades; la disciplina fue ante todo un análisis del espacio, la colocación de los individuos en un lugar donde su eficacia fuera la máxima, un lugar que permitiera la clasificación (ejemplos de ello los tenemos en la escuela y en el hospital). El examen se constituyó como el instrumento fundamental de la disciplina, como técnica de poder que encierra una vigilancia constante de los individuos sometidos a una pirámide de vigilantes, y como todo mecanismo de control, existe el supervisor y el supervisor del supervisor. El examen es la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y utilizarlos al máximo. (Foucault, 1990) La forma de medir y evaluar no es objetiva e imparcial sino que sigue la lógica del sistema en el que está inmersa. En este contexto, el examen médico clasifica a los sujetos y al etiquetarlos, los estigmatiza; el médico, al catalogar a una persona como "sidoso" o "epiléptico" altera su realidad, no se trata de un individuo *con* SIDA o *con* epilepsia sino de un "sidoso" o un "epiléptico", calificativos que dan la impresión

de que la enfermedad neutralizara el resto de las características del sujeto; son etiquetas que no son neutrales sino que implican una evaluación, instaurándose en un ámbito de consideraciones morales y sociales, y no puramente físicas como intentan aparecer.

2.3 El hospital. Espacio social de legitimación del conocimiento y de la práctica médica objetivada.

El hospital -del latín *hospitalis*= afable y caritativo con los huéspedes- fue en su inicio una institución de asistencia a los pobres, así como una institución de aislamiento y exclusión sin funcionar como un medio de tratamiento; esto dio lugar a que en el hospital se mezclaran enfermos, pobres y prostitutas. La noción de hospital no figuraba en la práctica médica sino que era una instancia separada; se aislaba al enfermo no para curarlo sino para proteger a los demás del peligro que éste representaba.

La transformación sufrida por la práctica de la medicina con la introducción de la disciplina en el hospital, permitió el desarrollo de la medicalización hospitalaria. Los enfermos eran individualizados y distribuidos en un espacio donde pudieran ser vigilados y registrar lo que ocurriera con ellos; se modificaba el aire que respiraban, lo que comían, el agua que bebían, de tal manera que la disciplina imponía “un ambiente hospitalario con función terapéutica”.

Con el hospital como instancia médica se abre la posibilidad a la “gran medicina hospitalaria”, permitiendo el auge de la anatomía patológica con la que surge la medicina moderna. Con la medicina moderna, la enfermedad ya cuenta con un espacio -cada enfermedad con su localización respectiva- que se legitima desconociendo otras medicinas con una espacialización diferente (por ejemplo, la acupuntura). Desde el momento en que el hospital se concibe como un instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria, se establecen reglamentos que especifican por ejemplo, cómo y cuándo realizar las visitas médicas: una por la mañana, y otra por la noche para los enfermos graves; cada visita debía durar dos horas, y en el hospital debía residir un médico al cual acudir en caso necesario. Esto es lo que en la actualidad se describe en los *manuales de procedimientos* de cada servicio; es también el caso de las *guardias* realizadas por los médicos en formación. El ritual de la “visita” establecida en el siglo XVIII, un desfile casi religioso encabezado por el médico adscrito, con los residentes, los estudiantes y las enfermeras ante la cama del enfermo reflejaba, desde entonces, el poder que se adjudicaba al médico en el hospital. (Foucault, 1990)

La reglamentación hospitalaria estableció desde entonces un sistema de registro permanente, iniciándose con la identificación del enfermo con una etiqueta en la muñeca, una ficha con el nombre y la afección del enfermo en la cabecera o al pie de la cama; registros de ingreso y alta, morbilidad y mortalidad que en muchas ocasiones, sirven más para las estadísticas hospitalarias que para mejorar la salud de la población. Se implanta la obligación de que los

médicos confronten sus experiencias y registros -por lo menos una vez al mes en el Hotel-Dieu de París, en 1785- para averiguar los diferentes tratamientos utilizados, los que tuvieran resultados más satisfactorios, los atendidos por los médicos más "exitosos", etc. Actualmente, estos registros (expedientes) tienen más "poder" legal que académico, más que para aprender del enfermo y su enfermedad, los registros sirven para la defensa en el caso de posibles demandas.

El hospital se convirtió no sólo en un instrumento terapéutico sino también, de registros y de adquisición de conocimientos. El hospital -aquello que se registra cotidianamente- reemplazó a los textos como fuente del saber médico para constituirse en el sitio más importante de formación médica hasta nuestros días. Se organizó como un lugar de capacitación y transmisión del saber donde la dimensión esencial fue la clínica. El lecho del enfermo se convirtió en un campo de investigación y de discurso científico, naciendo de este modo, "la experiencia clínica" y "la investigación clínica"; la figura del médico de hospital es pues, una construcción del siglo XVIII. (Foucault, 1989)

La actividad clínica opera sobre una reorganización no sólo del discurso médico sino sobre la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad; la medicina clasificadora supone una cierta configuración de la enfermedad, organizándola jerárquicamente en familias, géneros, especies, legitimando a su vez, la percepción como fundamento de la verdad. Lo importante ya no es la medida sino la percepción de lo visible, la "evidencia". (Foucault,1989) Esto ha

retomado gran fuerza en la actualidad, en la denominada "medicina basada en evidencias".

El hospital ha ampliado sus funciones; ya no sólo se apropia de los eventos fundamentales que le ocurren al ser humano, como lo son su nacimiento y su muerte sino que está propiciando el acudir al hospital por casi cualquier motivo: una convulsión o una crisis de migraña pueden ser suficientes. Se ha "vendido" la imagen de un sujeto sin dolor, de tal manera que cualquier dolor es motivo para acudir al médico; el médico, quien ya no hace visitas domiciliarias, tiene su consultorio en el "complejo hospitalario" y de hecho, ya no se acude con un médico determinado, sino a una Institución hospitalaria "de prestigio".

2.4. Lo normal y lo patológico. Un re-posicionamiento del mundo médico objetivado.

Los conceptos de salud y de enfermedad no giraron siempre en torno a las categorías de *normal* y *patológico* a las que en la actualidad estamos habituados. En la medicina primitiva la explicación de la enfermedad se fundaba en lo mágico o religioso de tal manera que el médico era a la vez médico, sacerdote y mago, es decir, un chamán; por su parte, el enfermo era visto como una víctima de las fuerzas demoníacas. Es a principios del siglo XIX que el pensamiento moderno establece una dicotomía entre lo normal y lo patológico como delimitación de lo irregular, lo desviado, lo ilícito, ajustándose la educación médica a esta concepción. Desde entonces, gran parte de los programas médicos toman como punto de partida la descripción acerca de lo normal, luego de lo patológico y

finalmente, el tratamiento, planteando la enseñanza de la salud y la enfermedad como un proceso individual, biológico y *natural*, fragmentable de manera lineal.

Foucault describe para la práctica penal, una “física del poder” que puede aplicarse a la medicina en tanto que ciencia de la normalidad de los cuerpos. Esta física comprende:

-un *panoptismo*, es decir un órgano de vigilancia generalizada y constante; todo debe ser observado y registrado en un sistema de archivos.

-una nueva *mecánica*, con aislamiento, reagrupamiento y localización de los individuos, con una utilización óptima de sus fuerzas, es decir, una nueva *disciplina* de la vida.

-una nueva *fisiología*, con definición de normas, rechazo de los comportamientos no adaptados e intervenciones correctoras que fluctúan entre un carácter terapéutico y un carácter punitivo. (Foucault, 1990)

Haciendo una analogía con la caracterización de la prisión propuesta por Foucault, podríamos decir que la institución médica con el hospital en el centro, fabrica una categoría de individuos que juntos, constituyen un círculo: el hospital no cura pero atrae incesantemente a los individuos, dando gradualmente lugar a una población marginada que es utilizada para presionar sobre las anormalidades que no se deben tolerar. El hospital es un instrumento de control y de presión sobre las *anormalidades*, una pieza en el ejercicio del poder sobre los cuerpos,

aunque de la misma manera el "anormal", el enfermo, adquiere un *status* que aprovecha.

En la actualidad, la "humanización" de los hospitales está dirigida en su mayor parte hacia lo visible, la decoración exterior y en general, la mercadotecnia. El discurso científico separa al médico del paciente; la "neutralidad" científica y la práctica "desinteresada" de la medicina, aseguran el poder del médico, aunque es por medio del hospital que se ejerce una expropiación total de los cuerpos: el enfermo se convierte en un objeto de investigación y sujeto pasivo de consumo. (Chauvenet, 1989). Ya el médico no es más la pieza central porque su poder ha sido transferido al "hospital", ahora es "el hospital" el que pone las condiciones, ya que son los empresarios, dueños de los hospitales, quienes marcan las pautas.

Ya desde el siglo XIX, las normas de "lo patológico" fueron establecidas para lo que en todos los lugares y todos los tiempos debiera considerarse como enfermedad: el discurso de una *medicina universal*. Surge en ese momento el sujeto psicológico como objeto de un posible conocimiento susceptible de aprendizaje, de formación y de corrección, originándose en este contexto el psicoanálisis, el conductismo y el método científico. Se inicia entonces el internamiento sistemático de los enfermos mentales como individuos desviados de la conducta "normal"; el hospital psiquiátrico se convierte en un lugar de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales, y se convierte en un

campo institucional donde lo que se maneja es el poder y la sumisión. (Foucault, 1990).

La reclusión de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos se justificó bajo argumentos tales como: dar seguridad al enfermo y a sus familiares; protegerlos de las influencias exteriores; someterlos a un tratamiento médico, e inculcarles nuevos hábitos intelectuales y morales. (Foucault,1990). Para Foucault queda claro que se trata de un asunto de poder: controlar al "enfermo mental" imponiéndole un tratamiento médico y una forma de vida acorde con lo que el médico considera deseable; es decir, hay un derecho de la normalidad que se impone sobre la desviación. Esta última se construye como *enfermedad* y el sujeto queda clasificado como "loco" y por lo tanto es descalificado, convertido en un ciudadano sin derechos, incluso del derecho de saber lo relativo a su enfermedad. Bajo estas circunstancias, el conocimiento médico legitimó sus derechos sobre las bases de ese poder y no fue sino hasta finales del siglo XIX - cuando dio inicio la crisis de la psiquiatría con el surgimiento de la anti-psiquiatría - , que se hacen evidentes estas relaciones de dominación donde el paciente está sujeto a la arbitrariedad del médico y donde este último, puede hacer con él prácticamente lo que quiera (electrochoques, lobotomía) poniendo tales relaciones de poder en el centro del debate.

2.5. Una réplica al mundo objetivado de la profesión médica desde la perspectiva del positivismo.

Desde el punto de vista histórico, ha surgido una nueva dimensión de las posibilidades médicas que Foucault denomina *la cuestión de la biohistoria*. El médico y el biólogo ya no trabajan sólo a nivel del individuo y su descendencia sino a nivel de la propia vida y sus acontecimientos fundamentales. El propósito es encontrar la fuente de la eterna juventud, se pretende, a partir de la biología, liberar al hombre de todo dolor y sufrimiento; la biología se propone así, responder a cualquier pregunta que el hombre se formule, por lo que su actuación se extiende no sólo en el curso de las enfermedades sino en el destino celular de la especie. (Achard, 1989)

La biología ha influido de manera determinante en la ideología médica en especial, en las representaciones actuales y dominantes de enfermedad y muerte. Esta no sólo aporta su punto de vista sobre la enfermedad y los tratamientos posibles sino que pretende reducir la enfermedad a un fenómeno biológico en sus causas tanto inmediatas como mediatas, su desarrollo, tratamiento y resultado, concluyendo que todo aquello designado como "*enfermedad*", está siempre ligado a desórdenes bioquímicos fundamentales. Se plantea *la enfermedad* como una realidad sustantivada, una entidad biológica sin interferencia del sujeto, que obedece a las leyes de la naturaleza. La enfermedad ya no es una fatalidad, maldición o pecado, es un accidente o un azar programados; por un lado, el azar constituye un principio de causalidad exterior al

sujeto que altera el órgano o la función, por otra, el lenguaje revela este azar: "se cae" enfermo. (Chauvenet, 1989)

En el discurso biológico actual subsiste un positivismo cuyo fundamento está en el evolucionismo: la concepción de una evolución de las ideas y de la historia conforme a la marcha de los seres vivos. La biología ha incorporado la teoría de la información e intenta la explicación de las funciones del organismo extrapolándola de la tecnología derivada de ella (Achard, 1989); el dualismo mente-cuerpo promovió la idea del cuerpo como máquina, de la enfermedad como consecuencia de la descompostura de la máquina y por último, de la función del médico como "reparador" de la máquina. (Engel, 1977) Desde este punto de vista, no sorprende que la medicina considere que al sustituir un riñón, un corazón, una rodilla o una cadera en el *robot* humano, lo está verdaderamente "curando", cerrándose a una visión puramente mecánica y dejando fuera de la mirada médica, el contexto subjetivo y social del enfermo. La nueva curación está planteada mediante la clonación: ya no se necesitará un riñón ajeno, sino un riñón clonado. ¿Cuáles serán los límites y las consecuencias?

Los diagnósticos realizados anteriormente con base a la actividad *clínica* son ahora realizados cada vez más por la *tecnología*, dando la impresión que puede llevarlos a cabo por sí misma. Un ejemplo es el uso reiterado del "chequeo" o *check-up*, donde mediante exámenes paraclínicos se pretende ofrecer a las personas una detección de necesidades terapéuticas ocultas y donde el médico es sustituido por una computadora. En realidad, para poder

establecer una relación entre los procesos bioquímicos y los datos clínicos de la enfermedad se requiere un acercamiento a los datos conductuales y psicosociales, ya que es en estos términos que los pacientes reportan la mayoría de los fenómenos clínicos. El médico requiere contar no sólo con métodos confiables de colección de datos clínicos y habilidades de entrevista sino también, tener un entendimiento básico de los determinantes psicológicos, sociales y culturales de cómo los pacientes comunican los síntomas de su enfermedad. Los factores psico-sociales son cruciales para determinar cómo el enfermo se ve a sí mismo y cómo es visto por otros; en este sentido, el *tratamiento racional* dirigido a corregir la anormalidad bioquímica no restaura necesariamente la salud del paciente. (Engel, 1977)

En la actualidad, el peligro de la medicina radica no en su ignorancia sino en su saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas para el individuo y su grupo sino para la propia historia; ésta constituye una de las características fundamentales de la crisis actual. (Foucault, 1990). El biologismo está presente cada vez más en la medicina al destinarse cuantiosos recursos para investigar los genes y concluir que el infarto, el alcoholismo, la obesidad, la homosexualidad o el cáncer están determinados genéticamente (en el exceso, se habla del "gen del poder", del "gen de la felicidad", y del "gen de la fe"); sin embargo, muy pocos son los recursos dirigidos para actuar sobre causas condicionantes perfectamente identificadas, tales como son: la pobreza, la insalubridad en el trabajo, la contaminación ambiental, la mala alimentación y la deficiente educación. El discurso científico se materializa en la definición de

prioridades para la investigación y en la práctica médica que se realiza cotidianamente; este discurso tiene como prioridad el impulso de tecnologías “de punta”, que han encarecido enormemente los costos en salud, al punto que la medicina de EUA -considerada como una de las más avanzadas- es una de las más caras e ineficientes. EUA, con el 5% de la población mundial, gasta el 42% de lo que se eroga mundialmente en salud y ocupa el lugar 25 en expectativa de vida. (Starfield, 2000) Hay un dispendio en el tratamiento de los enfermos en el rubro de la atención médica a costa de los servicios de salud pública, desestimándose la importancia del estilo de vida y de los factores ambientales como los principales determinantes de la salud.

En esta tecnología de punta se encuentra la terapia génica. ¿Cuál será la consecuencia de la terapia génica, y quién podrá acceder a ella? El proyecto genoma humano podrá determinar quién tiene el gen de la enfermedad de Alzheimer muchos años antes de que se pueda padecer la enfermedad. Entonces, ¿se considerará un individuo enfermo desde que nace aunque no tenga aún los síntomas? El que tenga el gen del infarto o del alcoholismo, ¿deberán *tratarse* ya como “infartado” o “alcohólico”?; ¿nacemos ya con las “etiquetas”, los estigmas?; ¿cuáles serán los beneficios de saberlo y las consecuencias individuales y sociales de ello?

Esta visión de la medicina que hasta aquí hemos reseñado, ha llevado a que el currículum médico que permite determinar quien califica como médico y quien no, dependa más de las publicaciones realizadas que de la evolución de

los pacientes tratados: una dominación del médico erudito sobre el médico humano, evocándose la primacía de las ciencias exactas sobre las humanidades. De igual forma, el *status* más elevado en medicina está ligado a una práctica erudita, orientada ante todo hacia la investigación en áreas en las que la técnica tiene preeminencia sobre la “especulación clínica”; la especialización, por su parte, garantiza el carácter científico y el *status* social (⁵). La posición científica excluye la interferencia del sujeto enfermo, el médico se interesa en la enfermedad, no en el enfermo; al querer reivindicar un *status* científico el médico se desentiende de lo humano, rechazando cualquier irracionalidad de su práctica.

Las actitudes y sistemas de creencias de los médicos son concebidos por el modelo biomédico mucho antes de que se inicie la educación profesional del mismo, proceso que está inmerso en la cultura difundida por los “líderes de opinión” en los medios de comunicación. La educación médica sólo refuerza el modelo, sin evidenciar cómo su uso para la vida social contrasta con su uso para la investigación científica, es decir, ha adquirido un *status* de “dogma”. Como en todo dogma los datos discrepantes son forzados a entrar en el modelo o bien a ser excluidos. El *dogma biomédico* requiere que todas las enfermedades sean conceptualizadas en términos de trastornos de los mecanismos físicos subyacentes, situación que plantea sólo dos alternativas: el *reduccionismo*, en el que toda enfermedad, incluyendo la “mental”, debe ser reducida a principios fisicoquímicos; y el *exclusionismo*, en el que todo aquello que no pueda

⁵ Dentro de la escala de valores médicos, la medicina general ocupa el peldaño inferior, los especialistas más “técnicos” tienen el *status* más alto.

explicarse de esta manera no entra en la categoría de "enfermedad".
(Engel,1977)

2.6. Perspectivas del mundo médico frente al desarrollo tecnológico y la mercadotecnia.

El cientificismo y la medicalización indefinida de la medicina son en parte causa de su crisis actual sin embargo, en el fondo de esta crisis persiste su adherencia a un modelo de enfermedad que ya no es el adecuado para las tareas científicas ni para las responsabilidades sociales de la medicina.

La gestión social de la medicina se ha convertido en una gestión administrativa de relaciones costo-beneficio semejante a la de cualquier consumo comercial, conservando e incluso acentuando la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. De hecho, ya no se habla de "pacientes" sino de "clientes" sujetos a una lucha en el "mercado" por su captación (oligopolios privados, aseguradoras). Esto coincide con lo que Foucault denomina la "economía política de la medicina", concepto no considerado abiertamente cuando se habla de la práctica médica, práctica tradicionalmente no lucrativa pero que se ha convertido a lo largo de los últimos años en la gran "Industria de la Salud". Una industria donde la gran inversión en tecnología diagnóstica y terapéutica favorece los enfoques de los estudios clínicos, cuidado del paciente con prácticas que ponen énfasis en lo mecánico e impersonal.

El uso y abuso de la tecnología, de prácticas indeseables como hospitalización innecesaria, el uso inapropiado de pruebas diagnósticas y el excesivo uso de medicamentos ⁶ y de cirugías se escudan en el “saber” médico, sin considerar o cuestionar la manipulación económica que existe en ellas. La asistencia médica se comercializa cada vez más en un contexto de organizaciones altamente industrializadas; los enfermos *consumen* productos médicos, tecnología y medicamentos. En los grupos de investigación “de punta” los programas se definen a partir de objetivos de desarrollo de tecnología médica; la ciencia va por detrás de la técnica, que ha pasado a ser, más que un medio, el instrumento de dominación por excelencia. (Chauvenet, 1989) En este contexto, la ética va por detrás de la técnica y de la ciencia, sin alcanzarlas.

Sin duda es cierto que la influencia que la tecnología médica ejerce sobre la salud del individuo también es positiva, no sólo por los diagnósticos que pueden realizarse mediante ella y que facilitan el quehacer del médico cuando ésta se utiliza adecuadamente, sino también por la confianza que el enfermo deposita en ella. De hecho, la empatía tan indispensable en la relación médico-paciente y la “fe” que deposita el paciente en el médico, han sido proyectadas a la tecnología médica; una inyección de penicilina para la gripa o de complejo B para la fatiga, o una tomografía de cráneo para el dolor de cabeza, pueden restaurar mágicamente la salud, es decir, funcionan como muy caros y potentes placebos.

⁶ Sobre todo medicamentos de “última generación”, y por lo tanto, mayor costo.

Así pues, no se necesitan médicos para *medicalizar* los tratamientos de una sociedad, actualmente la más interesada en la medicalización es la industria farmacéutica; la mayoría de los remedios se destina a los sanos (que se convierten en "pacientes" cautivos para no enfermar, dependiendo de la asistencia médica en aras de su salud futura) y a los enfermos crónicos que requieren de la medicación. Sin embargo, los remedios para tratamientos agudos y de corta duración, como los antibióticos se están viendo desplazados en el interés de las compañías farmacéuticas por no ser tan redituables.

Como mercancías, los medicamentos recetados se comportan en forma diferente a otros artículos: son productos que el consumidor directo rara vez selecciona para sí mismo. Los esfuerzos comerciales del productor se dirigen al "consumidor instrumental" que es el médico que receta el producto pero no lo paga; es el caso de Roche, empresa que para promover el Valium gastó 200 millones de dólares en diez años y comisionó a cerca de 200 médicos por año para que escribieran artículos científicos acerca de las propiedades del producto. (Illich,1978) Así, los medicamentos son cada vez más abundantes, más poderosos, más peligrosos y más caros, y se venden incluso por televisión; el Prozac, "la píldora de la felicidad", triplicó sus ventas en los últimos 3 años en Inglaterra, fenómeno similar al observado con el Viagra. De igual forma, el criterio de clasificación de los servicios hospitalarios está determinado por su rentabilidad, por el máximo aprovechamiento de sus camas: a mayor especialización de los servicios corresponde una menor permanencia del paciente. Se organiza así, una selección de los enfermos en función de la

naturaleza de la enfermedad: aguda o crónica, jerarquizando así los cuidados, los enfermos y las enfermedades.

Cada vez, de manera más evidente, el campo de intervención de la medicina no se limita sólo a la enfermedad o a la demanda del enfermo sino que se impone (no de manera explícita) al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad; de este modo, incluso para solicitar un empleo es necesario someterse a un examen médico aún cuando no sea requerido por la persona misma. Existe también, una política obligatoria de *detección*, de localización de enfermedades en la población que no responden a ninguna demanda del individuo, sometiendo a los individuos a procedimientos costosos y a tratamientos no siempre inocuos. El tratamiento médico de enfermedades inexistentes está produciendo *no-enfermedades* incapacitantes cada vez con más frecuencia. (Illich, 1978)

Con la tecnología también se “crean” enfermos. Un individuo considerado previamente sano puede convertirse en enfermo por “acción” de una densitometría, una mastografía, una simple radiografía o un examen de laboratorio. Con el rigor de “lo normal” y sin considerar las diferencias individuales, ahora tendrá que someterse a tratamiento médico para corregir “la desviación”, todo tiene que estar dentro de la “curva”; en el siglo XX, los médicos han inventado la sociedad de la norma donde existe una continua distinción entre lo normal y lo anormal, con la eterna encomienda de restituir “la normalidad”. De esta manera, la asistencia a la salud se ha transformado en una empresa productora de enfermedades, la práctica de la medicina fomenta las dolencias

reforzando una sociedad enferma que anima a sus miembros a convertirse en consumidores de medicina preventiva, curativa, industrial y ambiental. En este proceso se robustece la creencia de la gente a considerarse máquinas, cuya duración depende de visitas al taller de mantenimiento. La salud se convierte en una mercancía por la que uno paga, en vez de considerarla algo que uno hace; a esta sobre-medicación de la salud Illich (1978) la denomina como: "iatrogénesis social".

Se ha pasado de una medicina que clasifica a una medicina que programa en un contexto donde han adquirido gran relevancia: la teoría de la información, las ciencias cognitivas apoyadas en ella, la apropiación de la computadora como *modelo* para estudiar el cerebro (cuando originalmente fue el cerebro el modelo para realizar la computadora) y la sociedad producto de la revolución informática. Cada estructura de poder genera un biologismo a su medida. La clonación, ahora una realidad, es expresión de esta medicina *programadora*; se trata de la técnica como pauta de vida. La medicina que anteriormente se contentaba con aliviar los sufrimientos del individuo en su lucha contra el destino, pretende ahora dominar al destino; la mitología médica inventa una medicina omnipotente, capaz de curarlo todo, hasta la vejez, dictar la causa de la muerte y determinar la hora de su llegada. (Chauvenet, 1989)

Así como la enfermedad aparece reducida a una existencia biológica en sí, cosificada, la muerte es naturalizada en un mundo médico y hospitalario. La muerte es un hecho concreto, natural, simplemente un fenómeno biológico

medido en función de una definición legal y científica. La muerte no es más que el grado cero del trabajo de la naturaleza; el moribundo carece entonces de *status* porque carece de valor social. El rechazo a la muerte se manifiesta en el deseo de ocultarla apartando al enfermo en un lugar especial para morir: el hospital. Hasta un hecho tan "real" como la muerte ha cambiado su definición; impulsada por la nueva tecnología de los trasplantes, la medida de la muerte, antes considerada como el paro de la actividad cardiaca, ahora está dada por la ausencia de la actividad cerebral -determinada por medios técnicos: EEG, angiografía, potenciales evocados. Vemos nuevamente a la "biopolítica" en acción. Lo mismo pasará con la aprobación de la eutanasia ante el número creciente de ancianos y la imposibilidad de cuidarlos por el costo que ello implica. La ética cambiará, siempre a la zaga de la ciencia y la tecnología.

En las concepciones actuales, el principio y el fin de la naturaleza son exteriores al individuo y lo dominan, la finalidad y el sentido que en una época pertenecieron al individuo, ahora son decisión de la ciencia a cuyas leyes él se encuentra sometido. La medicina institucionalizada ha llegado incluso a ser una grave amenaza para la salud; la iatrogenia (*iatros*=médico, *génesis*=origen), debida a la propia intervención médica, plantea ahora el mayor problema. Anteriormente los efectos nocivos de la medicina se adjudicaban a la ignorancia del médico o de la propia medicina pero en la actualidad, sabemos que no hay progreso médico que no haya pagado su precio con consecuencias negativas. (Foucault, 1990).

Presenciamos una nueva dimensión de riesgo médico, una relación estrecha entre los efectos positivos y negativos de la medicina. En EUA se ha estimado que el efecto combinado de errores y efectos adversos que ocurren por daño iatrogénico incluye: 12 mil muertes/año por cirugías innecesarias; 7 mil muertes/año por errores de tratamiento médico en hospitales; 20 mil muertes/año por otros errores en hospitales; 80 mil muertes/año por infecciones intra-hospitalarias y 106 mil muertes/año por efectos adversos de los medicamentos. Esto hace un total de 225 mil muertes/año por causas iatrogénicas, lo que la convierte en la tercera causa de muerte en EUA, después de muertes por enfermedades cardíacas y cáncer y muy por arriba de la siguiente causa de muerte que es la enfermedad vascular cerebral. (Starfield, 2000)

Nos encontramos ante una crisis de la medicina que apostó por el modelo biomédico; aunque el nivel molecular es real, también éste es insuficiente ya que la percepción no puede reducirse a una sola escala de observación. La función del médico se ha vuelto confusa y pareciera que la regla de la decisión médica lo obliga a buscar seguridad diagnosticando enfermedad antes que salud. La actual confrontación de los paradigmas vigentes, exige que sea en el nivel de la "concepción" y no en el de la "aplicación" donde deban efectuarse el cambio y la investigación en el campo de la profesión medica (Vicens, 1995)

Cada cultura ha definido sus propias desviaciones y ha creado su propia respuesta a la enfermedad; *"La categoría de enfermo del siglo XX se ha vuelto inadecuada para describir lo que ocurre en un sistema médico que reclama*

autoridad sobre personas que aún no están enfermas, sobre personas que razonablemente no pueden esperar alivio, y aquellas para quienes los médicos no tienen un tratamiento más eficaz que el que podrían ofrecer sus tíos o tías.” (Illich, 1978:164) La idea de progreso en la medicina se encuentra en franco cuestionamiento muy a pesar del aumento en la expectativa de vida, ya que aún queda como tarea pendiente desarrollar el concepto de “calidad de vida”. Han surgido incluso, críticas en torno a la validez de una institución de salud que consume una parte importante del presupuesto nacional sin contribuir a mejorar el nivel general de salud de la población; de ahí que hayan surgido pequeñas insurrecciones anti-médicas, tratando de escapar de la medicalización autoritaria para reivindicar el derecho a la vida, a enfermarse, a curarse y a morir según el deseo propio.

En una sociedad “enfermiza” predomina la creencia de que la mala salud definida y diagnosticada es preferible a la falta de toda etiqueta, es mejor ser catalogado como enfermo que como perezoso, es mejor estar enfermo que no contar deliberadamente con un trabajo. Muchas personas, hartas de su trabajo, desean que se les mienta, de tal manera que sea una enfermedad física la que los exima de toda responsabilidad social -además de las ganancias secundarias que en muchas ocasiones genera el rol de enfermo. Por su parte, la medicalización abarca todas las etapas de la vida, convirtiendo la existencia de los individuos en una serie de periodos de riesgo donde cada uno requiere una supervisión médica especial; así, hoy en día contamos con “clínicas” de estimulación temprana para bebés, del niño sano, del climaterio, del sueño, de la vejez, etc.

CAPITULO 3

OBJETIVACIÓN Y CAMBIO CULTURAL EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO RESIDENTE. UN DIAGNÓSTICO DE SU POTENCIAL CRÍTICO.

En los dos capítulos precedentes se abordó la objetivación de la práctica médica desde una perspectiva socio-histórica. En el presente, desarrollamos un análisis sobre el conocimiento social compartido en torno a la medicina, su aprendizaje, su práctica y su transmisión, así como sobre la reflexión imperante en cada uno de estos espacios sociales. Este conocimiento nos permite intervenir en la cultura objetiva de la medicina, encontrar los significados perdidos y valorar de manera crítica las prácticas establecidas.

La práctica es la cultura compartida sobre un tipo de acciones y por lo tanto, esta es objetiva e intersubjetiva. No es sólo el saber cómo, sino el qué ligado a creencias, motivos y valores colectivos; la cultura se expresa en ritos, costumbres, sabiduría compartida, instituciones, formas de vida y estilos de hacer en contextos sociales e históricos con roles establecidos. (Gimeno, 1999) De este modo y a través de las distintas épocas, los pensamientos cotidianos de lo que se ha llegado a considerar como "lo médico", la historia del conocimiento médico y las prácticas médicas, han configurado lo que bien podemos distinguir como "cultura médica". Como quedó establecido en los capítulos precedentes, aquí no hablamos de "la" cultura médica sino de la cultura médica inserta en un tiempo y

lugar específicos, de ahí la recuperación de la dimensión histórica y social de la realidad de la cultura médica como producto.

Además de la cultura, el pensamiento y la investigación sobre la educación están sometidos en nuestra sociedad a la misma presión utilitarista y a la función legitimadora que recae sobre todos los conocimientos y saberes. No se concibe que un pensamiento pueda tener valor formativo *per se* si no es en relación a su posible aplicabilidad para conseguir algo. La ciencia como acervo aplicable a la técnica ha desbordado su campo natural, proponiéndose como modelo para todos los demás saberes; con ello se extrapola inadecuadamente una manera de entender y de otorgar credibilidad a la intervención en la práctica. Como afirma Habermas, la ciencia se ha convertido en una ideología en este sentido. (Gimeno, 1999:30) Las fronteras entre disciplinas han configurado especialidades y currículos particulares, generadores de comunidades de estudiosos que desarrollan su ciencia en torno a reglas muy precisas -reglas tanto gnoseológicas como ideológicas. Además, estas fronteras inevitablemente han terminado por convertirse en condicionantes del propio razonamiento frente a la realidad social, de tal suerte que la realidad no puede observarse más que por medio de la mediación de estos compartimientos disciplinarios. (Zemelman, 1992:31)

En Medicina, la enseñanza ha privilegiado desde hace poco más de 50 años el modelo flexneriano que conduce a la alta especialización y al uso de una tecnología compleja, lo cual responde a las necesidades de sociedades altamente industrializadas y que en nuestro caso, nos ha transformado en

consumidores subordinados en materia de conocimientos y tecnología. (Bojalil,1990) El propósito del análisis contenido en este capítulo es precisamente, visualizar hasta qué punto las modificaciones del mundo objetivado, en el contexto de la sociedad actual y el desarrollo tecnológico, han modificado el rumbo de la práctica médica o más bien, han tendido a reforzar, en los procesos de formación profesional del médico, prácticas tanto de tipo tradicional como otras más apegadas a preceptos de tipo ideológico. Sin duda el interés del análisis propuesto apunta a identificar en qué medida también están presentes en los médicos en formación, elementos críticos que no sólo cuestionan la vigencia social y cultural de este mundo objetivado sino que también, apuntan a un posible replanteamiento del papel del médico en la sociedad. Son cuatro las categorías de análisis de guían el desarrollo de este análisis: la tecnología, la tradición, la ideología y por último, el pensamiento crítico.

a) La tecnología es concebida como una característica determinante de nuestra época, que ha dado lugar a una racionalidad tecnológica, condicionando la vida cotidiana y modificando la organización social. (Queraltó, 2003) Los problemas planteados por la tecnología no se reducen al uso de instrumental técnico sino principalmente, al análisis de las acciones intencionales (intereses, deseos y preferencias), cómo éstas se han construido, y la posibilidad de corrección o incorrección de sus fines. (Olivé, 1996) Como tal, la tecnología ha modificado profundamente la práctica médica y la medicina, por lo que se

requiere mostrar la naturaleza de la tecnología como construcción social, cargada de connotaciones valorativas.

b) La tradición es entendida como el ámbito donde se cristaliza la cultura a través de prácticas concretas. Cuando se habla de tradición se hace referencia al *"...cúmulo ordenado de evidencias que todos los individuos de una cultura conocen pero que no ven, no saben cómo ni cuándo las aprendieron, y sin embargo les son útiles para organizar su vida, sin tener la necesidad de definir las."* (Aguado, 1992:65) La tradición es la cultura compartida, transmitida en el tiempo a agentes distintos de los que la generaron, forma patrones sociales estables que dan continuidad a la vida social a lo largo de la historia. La práctica médica es una tradición generada en y para la función de dar continuidad a ciertos contenidos de la tradición.

En las sociedades cerradas la tradición es inmutable, sin embargo, *"Admitir el valor de la tradición o cultura acumulada no implica ser tradicionalista, de manera que no podamos movernos sin mirar el pasado. Como dice Giddens, hay formas tradicionales de defender la tradición que conducen al fundamentalismo y al inmovilismo, y hay formas abiertas de valorar las tradiciones de manera no tradicional."* (Gimeno Sacristán, 1999:92)

c) La ideología es entendida como *"...un conjunto de creencias y conceptos –fácticos y normativos- que explican el mundo social a quienes la sustentan. La ideología sería, pues, una explicación credencial de la realidad"*

social, esencialmente secular." (Giner,1996:189) Las ideologías tienen una dinámica histórica por lo que nacen, se desarrollan y se extinguen; es un componente inherente a la vida social del grupo, por lo que cada uno de estos, posee una ideología propia, ya sea con un sentido innovador o mantenedor de la situación social en la que aparecen. (Giner,1996) La ideología como fenómeno social es una parte de la cultura, y como fenómeno universal es la encargada de preservar la identidad, ya que implica tener un "lugar" desde donde apropiarse y ordenar la experiencia vivida. (Aguado, 1992) La ideología es la parte de la cultura interesada en establecer estructuras de creencia y de valor. (Gleizer,1997)

d) El pensamiento crítico es entendido como el ámbito de potencialidad que se abre al cuestionamiento y al cambio, como razonamiento problematizador. Problematizar *"...supone romper con la estructura dogmática de toda conciencia, esto es, hay que romper con la tendencia a pensar en las cosas sólo estructuradas y no en las no estructuradas."* (Zemelman,1987:16) "Lo estructurado" alude a lo que está delimitado teóricamente, y la crítica debe partir de la negativa a que se imponga una "estructura" al razonamiento que lo condicione a modo de explicación y le impida abrirse a la riqueza de la realidad. No se trata de negar la validez de los principios racionales generales sino de evitar que se transformen en la única forma de razonamiento. Por crítica entendemos el rompimiento de la condición dada de un objeto mediante el énfasis de su potencialidad; a su vez, la idea de "potencialidad" implica la realidad abierta posible de pensarse. Si hablamos de realidad potencial estamos pensando en el presente como una realidad que es construible (Zemelman,1992);

en este sentido, la actitud crítica es autorreflexiva, es consciente de su provisionalidad y limitación. (Gimeno, 1999)

A lo largo del análisis efectuado en este capítulo se distinguen los elementos tradicionales e ideológicos que obstaculizan el despegue de un cuestionamiento crítico que logre fundamentar la nueva práctica médica así como también, los elementos tecnológicos que amenazan con convertir una práctica “tecnológica” en “tecnocrática”. Por supuesto, el deslinde de los elementos tecnológicos, tradicionales, ideológicos y críticos, atiende básicamente a fines metodológicos, dado que en el quehacer diario del médico estos elementos confluyen mezclándose, no obstante, su separación a lo largo de la experiencia cotidiana permite caracterizar el mundo objetivo, social y subjetivo del médico residente.

En este capítulo se pone especial énfasis en la objetivación de la práctica médica con un grupo representativo de especialistas en formación (médicos residentes) en la “U.M.A.E. Especialidades” (Unidad Médica de Alta Especialidad), del Centro Médico Nacional “La Raza”. Se trata de un grupo representativo ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social es una institución con reconocimiento social tanto asistencial a lo largo del país como en la formación de médicos de todas las especialidades. En el IMSS los hospitales de mayor prestigio son los Centros Médicos Nacionales, entre los que se encuentra el Centro Médico Nacional “La Raza”. Son tres los Centros Médicos autorizados para impartir la especialidad de neurología, avalada por la U.N.A.M.: Centro

Médico Nacional "Siglo XXI", Centro Médico de Occidente en Guadalajara, y Centro Médico Nacional "La Raza"; de ahí que el sector médico que se forma en esta última institución se acerca al perfil deseable, en contraposición con los hospitales privados en los que la dimensión social está subsumida.

La matriz de análisis utilizada tanto para el diseño del cuestionario como para la interpretación de las respuestas consignadas por los médicos residentes, contempla por un lado, las cuatro categorías centrales previamente definidas, y por el otro, las dimensiones fundamentales que históricamente han definido el ejercicio de la medicina, mismas que requieren de una permanente reflexión y actualización. Estas dimensiones son: I. El proceso salud-enfermedad, II. Práctica Médica, III. Hospital, IV. Aprendizaje, V. Comunicación, VI. Conocimiento e Información, VII. Identidad, VIII. Ética Médica y IX. Medicalización.

Dado que se pretende establecer la tendencia de la actividad médica en la formación de los médicos, las preguntas que se les plantearon fueron formuladas como posibles representaciones resultantes de la experiencia y del contacto cotidiano y también, como una aproximación al conocimiento de las relaciones formales que los médicos establecen en su diario quehacer. Sobre esta base, fueron identificados las normas y valores prevaecientes y legitimados, los espacios de reproducción cultural, así como los espacios de incorporación de cambios o posibilidades de incursión de nuevos elementos en la visión del médico en formación.

I. Sobre la dimensión del proceso Salud-Enfermedad.

En relación al proceso salud-enfermedad se encontró un predominio de los elementos tradicionales que tienen que ver con el paradigma, aún vigente, del modelo biomédico; destaca cómo en las definiciones de salud y enfermedad (objeto del estudio de la medicina) prevalece un reduccionismo donde son considerados de manera preponderante, los elementos genéticos excluyendo la importancia que los sociales y culturales hayan tendido a lo largo de la historia. La mayoría de los médicos en formación considera que lo "normal" y "lo patológico" están determinados genéticamente, de ahí que consideren que la enfermedad es un desequilibrio orgánico determinado genéticamente. Estas percepciones tendrán sin duda repercusiones en el abordaje preventivo y curativo, abordaje que con esta concepción, será dirigido a la investigación en biología molecular y terapia génica, medicamentos y tecnología compleja, soslayando la ingerencia de los procesos socio-culturales en la constitución de tales categorías. Por ejemplo, la homosexualidad, que ha existido en todas las épocas, era "normal" entre los romanos; posteriormente se consideró "anormal", pasando a lo largo de la historia por "pecado", "perversión", y ya en el siglo XX, "delito" y "enfermedad mental". Fue recientemente (1990) cuando la O.M.S. la eliminó del catálogo de "enfermedades mentales", para ser considerada como un "trastorno genético", y actualmente una "orientación sexual". En el caso contrario, tenemos el ejemplo de la obesidad, en una época considerada "normal" y hasta estética, ahora se considera "anormal", una "enfermedad".

Al parecer, estas reflexiones con las que convivimos diariamente, no se explicitan en la educación médica al hablar de “lo normal” y “lo patológico”, no se cuestiona la estructura binaria de nuestra percepción del mundo: bueno-malo; masculino-femenino; agudo-crónico; curable-incurable.

Dos terceras partes de los residentes consideran que la salud ha mejorado en el último siglo, esto gracias a la práctica cada vez mayor del *chequeo* médico y a la biotecnología y medicina genómica; esta situación muestra la importancia que el médico atribuye a “la medicina” como factor determinante de la salud y al peso de lo curativo sobre lo preventivo. Pareciera ser que el actual concepto de *chequeo* médico, está más enfocado al “tratamiento temprano” que a la verdadera prevención. Esta idea de la Medicina como determinante de la salud se hace patente también cuando, en una misma proporción, los residentes consideran que el aumento en la expectativa de vida se debe a la investigación médica y a los avances tecnológicos en medicina, en tanto que el resto, los consideran de importancia secundaria para el mejoramiento de la salud pública. Esto nos indica, además, la poca importancia que se da a la historia de la Medicina en el currículo de la carrera, ya que es por todos sabido que fue el drenaje, el agua potable y la higiene lo que significativamente contribuyó con el control de las epidemias.

Sólo muy pocos residentes consideran que no ha habido una mejoría en la salud, y es posible que este grupo lo asocie a la reflexión del incremento de

diabetes en la niñez y de muertes por cardiopatía en población cada vez más joven, al incremento de casos de paludismo y tuberculosis resistente a fármacos, y al aumento de casos de VIH-SIDA en África, donde la expectativa de vida se ha reducido a menos de 35 años de edad.

Con relación a la definición de Salud, la tercera parte de los encuestados considera que la salud es la ausencia de enfermedad, en tanto que la mitad considera que la salud es estar al 100% en las capacidades físicas y mentales. Prácticamente nadie estuvo de acuerdo con la percepción de salud que mantenían los griegos, es decir: la armonía entre el cuerpo y el alma. Se preguntaría uno entonces ¿hay alguien saludable? La repercusión de esta percepción en más de las tres cuartas partes de los médicos se refleja en el desempeño médico, con la prescripción de incapacidades laborales a pacientes con mínimas alteraciones (incapacitando en base al diagnóstico más que a la discapacidad real), e incluso, en las pensiones definitivas otorgadas a personas con capacidad de trabajar; con ello se crea un mundo en el que todos somos enfermos, con costos económicos y sociales altísimos. Más aún, casi la mitad considera que la definición de salud de la OMS⁷ engloba lo que piensa de la salud, y una quinta parte está de acuerdo con que dicha definición continúe vigente en la enseñanza. Sólo una quinta parte estima que esta definición debe ser replanteada por no corresponder a la realidad. Esto muestra de algún modo, la posición a-crítica asumida de los conceptos fundamentales de la práctica médica: Salud y Enfermedad, como algo dado y no como una construcción, lo

⁷ Salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino el completo estado de bienestar bio-psico-social. OMS

que contribuye a fomentar actitudes estereotipadas e impide la reflexión sobre sus consecuencias.

Entre los contenidos tecnológicos predominantes, destaca una fe ciega en la tecnología donde se considera que en un futuro, con ella podrán curarse todas las enfermedades, soslayando el hecho que a cada nueva tecnología corresponde un nuevo riesgo o iatrogenia. De ahí que para casi la mitad de los encuestados el objetivo central de la medicina pública es proporcionar a la sociedad un nivel científico y técnico en el manejo de las enfermedades, en tanto que para la otra mitad, con un contenido mas tradicional, afirman que el propósito es el de resolver los problemas médicos actuales más urgentes. Sólo dos de los encuestados consideran que la medicina es una práctica social como cualquier otra profesión y que cumple con una actividad específica. Esta perspectiva predominante de la medicina como "trascendental", ha ocasionado que el médico asistencial, que realiza su práctica diaria con su paciente con dignidad, sea visto con cierto desdén, como quien realiza un ejercicio menor; en tanto que el médico investigador adquiere *ipso facto* una categoría superior, esquema axiológico que se reproduce sin mayor cuestionamiento.

II. Sobre la dimensión de la Práctica Médica.

El mayor obstáculo para el desempeño de una buena práctica médica es, de acuerdo con más de la mitad de los encuestados, la falta de una actitud

reflexiva del médico; en segundo término, consignado por más de una tercera parte, el no contar con internet, o con una tecnología de punta; sin embargo, ésta es una respuesta equívoca si se le compara con la obtenida en el rubro de conocimiento, donde casi la mitad de los residentes considera que la práctica médica en México no es la óptima, sino regular, precisamente por no contar con tecnología de primer mundo, dejando al margen el aspecto de la reflexión.

Es ampliamente conocido el poco valor que el residente atribuye al hecho de efectuar una historia clínica completa y una buena nota de ingreso; tanto así que delega estas tareas en quienes cuentan con menor jerarquía (sobre todo en especialidades quirúrgicas). No obstante, tres cuartas partes de los residentes están de acuerdo en que estas dos actividades son las que requieren de mayor reflexión para su realización, una cuarta parte considera que la nota de alta es la que requiere mayor atención, y sólo muy pocos, consideran que los procedimientos quirúrgicos requieran mayor reflexión. Sería entonces importante preguntar: ¿por qué ponen tanto énfasis en los últimos y no así en los primeros? (El mismo paciente piensa que el verdadero "médico" es el que opera). En el mismo sentido, más de las tres cuartas partes de los residentes coincidió que la transcripción diaria de las indicaciones médicas, requiere ser reflexionada en cada punto y sólo un pequeño número de ellos, consintió en que ésta debería realizarse rápido, por lo que una computadora sería de gran utilidad. Nos enfrentamos, entonces, a lo que es el "deber ser" y lo que realmente se hace, pues es conocido que "pasar" las indicaciones no es considerado como una tarea fundamental del residente, por lo que también se delega al de menor jerarquía. El

mismo nombre “pasar” las indicaciones, refleja lo pasivo de dicha actividad, y no el proceso de pensamiento y reflexión que ello implica. Aunque paradójico, casi la mitad de los residentes aseguró que, ante una indicación errónea del médico tratante, él la cambiaría, lo que rara vez sucede en la práctica, tal vez por el temor a disgustar al médico tratante y ser mal calificado.

Llama la atención que ante la pregunta de cuál considera que es el eje sobre el que debe girar la atención médica, tres cuartas partes lo situaron en el paciente, y hubo una cuarta parte que considera que el eje es la enfermedad, el médico, y sólo para uno, la tecnología de punta. Parece ser que antes era más evidente que el paciente fuera el eje de la atención médica, y que estamos asistiendo cada vez más, a un desplazamiento del interés por el sujeto (enfermo) al interés por el objeto (enfermedad). Es posible que los que centran la atención en el paciente, nuevamente estén sólo reflejando lo que saben que “debe ser”, ya que gran parte de la cultura hospitalaria, como lo expresamos en los capítulos anteriores, está centrada en un número de cama, que se identifica más con el nombre de una patología que de una persona, con un rostro borrado y un uniforme homogeneizador. De hecho, no ha habido muchos intentos reales de desontologizar la enfermedad en la práctica médica; ésta continúa teniendo su historia propia, que es considerada más importante que la historia del individuo.

Tres cuartas partes de los médicos en formación, valoran la calidad del médico a partir de su trato con el paciente y, una cuarta parte, en función del uso adecuado y oportuno de los recursos tecnológicos; de la misma manera, más de

las tres cuartas partes valoran su éxito personal en función del reconocimiento de sus pacientes, y muy pocos lo hacen en función del grado obtenido o bien, del número de publicaciones realizadas. El predominio de estos argumentos, de nuevo, pudieran expresarse más como una intención que como una acción, o bien, pudiera suceder que el limitado campo de acción del médico en formación, aún sin las exigencias de un currículo y una competencia por el puesto, preserve valores que con el tiempo irán cambiando, de acuerdo a su realidad social.

Dos tercios de los encuestados considera que el cuidado de la salud es en su mayor parte, responsabilidad del paciente y el resto, presume que es responsabilidad del médico o del gobierno. De acuerdo con dos quintas partes de los entrevistados, el auge de la medicina alternativa se debe a la falta de respuesta de la alopátia; dos quintas partes también, lo atribuye a la publicidad que ha tenido la medicina alternativa en los medios masivos de comunicación, y el resto, lo explica por la ignorancia de la población que cree en ella; no obstante, más de dos terceras partes no la recomendarían al paciente por no basarse en el método científico, y el resto sí la recomendaría a su paciente como complemento o incluso, sustitución de la alopátia.

No cabe duda que el lenguaje es un vehículo de significación y la medicina es un buen ejemplo de ello; con el lenguaje de la medicina alternativa vs alopátia, sucede lo mismo que con el lenguaje de “las minorías”, donde por ejemplo, dentro de las “minorías” se incluye a la mujer, aunque sean mayoría. De la misma manera, hay más gente en el mundo que utiliza la medicina “alternativa” que la

alopatía, entonces, ¿cuál debería ser la "medicina alternativa"? Esto muestra cómo, en la visión de los vencidos, el lenguaje es construido por el vencedor, a la vez que el sujeto es construido por su propio discurso. Así, en la distribución geopolítica de la medicina alternativa, ésta es practicada por los "subdesarrollados", por lo que el sistema "formal" es percibido como el "natural", y en la conformación de nuestra identidad, dejamos fuera los marcos conceptuales con los que no queremos ser identificados.

Finalmente, a la pregunta de cada cuanto tiempo recomendaría un "chequeo" médico completo (tanto clínico, como de laboratorio y gabinete), la mitad de los residentes contestó que al menos una vez al año y la otra mitad, que depende de cada persona, de su estilo de vida y de lo que se desee descartar. El uso cada vez mayor de la tecnología que se vende como "medicina preventiva", es cada vez más un concepto incorporado, que tiene que ver también con la idea de progreso y de manipulación de la naturaleza. ¿Será el médico sustituido en un futuro por las computadoras? Me pregunto para qué consultar al médico si cualquier persona puede desplegar por internet el sinfín de estudios que se practican en las clínicas de "chequeo" y solicitarlas, o bien, por qué para solicitar dichas pruebas se requiere una solicitud del médico.

III. Sobre la dimensión del Hospital.

En este punto queremos destacar dos aspectos: la atención al paciente, que debe ser el centro de la práctica médica, y las infecciones nosocomiales por

ser el principal indicador de calidad de la atención hospitalaria. En este rubro predominaron los contenidos críticos, ya que poco más de la mitad de los residentes consideran como importante la falta de higiene en el personal de salud en la presentación de las infecciones nosocomiales, y necesaria una participación comprometida del personal de salud como requisito fundamental para mejorar la atención del paciente. Esto supone un reconocimiento de la responsabilidad del médico en estos importantes rubros, sin embargo, en la práctica diaria no se ve aparejada esta aparente actitud crítica con una acción; estudios, no sólo en nuestro país sino a nivel internacional, han demostrado que los médicos son quienes menos se lavan las manos en los hospitales muy a pesar de conocer los riesgos que ello implica. Por lo tanto, es muy posible que estas respuestas sean sólo el reflejo del “deber ser”, más que la introyección de un “hacer”.

Desde un punto de vista más tradicional, la tercera parte de los médicos, piensa que las infecciones nosocomiales son atribuibles al tipo de patología del paciente y unos cuantos las atribuyen a obsolescencia de los equipos hospitalarios. Aunque sabemos que algunos padecimientos tienen mayor riesgo de presentar infecciones, esto debería traducirse en un mayor cuidado en estos pacientes para evitarlas, dejando de lado la actitud pasiva de lo dado por sentado; el atribuir las a la obsolescencia de los equipos distancia aún más al médico de su responsabilidad y compromiso, ya que entonces la solución sería igualmente de orden tecnológico.

En la quinta parte de los médicos prevaleció el enfoque ideológico con respecto a la creencia de que la calidad de la atención al paciente mejoraría si hubiera más médicos por paciente (ya sea con incremento de médicos o con disminución de pacientes), siendo que en Medicina se ha comprobado que funciona la “Ley de Parkinson” que dice: *“El trabajo se alarga a fin de ocupar todo el tiempo disponible para su realización”*. (Uris A., 1992:87) De esa forma, el médico ocupa el mismo tiempo para valorar a 5 o a 10 pacientes, y si bien es cierto que una consulta de 5 minutos es de dudosa calidad, no se asegura que una consulta de una hora sí lo sea. En la calidad de atención, entonces, intervienen factores mucho más importantes que el tiempo.

IV. Sobre la dimensión del Aprendizaje.

En este rubro, los contenidos críticos y tradicionales prácticamente fueron compartidos de manera equitativa (39% y 37%), y muy cercanos los ideológicos (23%). Entre los argumentos emitidos destaca, con un contenido de tipo ideológico, el sostenido por más de dos terceras partes de los residentes con respecto a que el mayor obstáculo para su aprendizaje es la sobrecarga asistencial, ya que esta deja poco tiempo a las horas en el aula. Este resultado contrasta con la respuesta dada por un escaso número de residentes, quienes consideran que la fuente principal de su aprendizaje son los temas desarrollados en clase, en tanto que dos terceras partes de ellos consideran que lo importante es el estudio de cada paciente individual y las guardias. Estos argumentos no son del todo coincidentes ya que, de considerar verdaderamente que el paciente es la

fuerza principal de su aprendizaje, el hecho de tener muchos pacientes no sería un obstáculo sino una oportunidad de aprender; asimismo, el poco tiempo de horas-aula sería de la misma manera, una contribución para tener más tiempo con el paciente de manera directa.

Sólo una quinta parte considera que el mayor obstáculo para su aprendizaje es la falta de compromiso por parte del propio residente, lo que indica que la mayor parte de los estudiantes tiene una tendencia a responsabilizar al entorno de procesos internos como el aprendizaje, relegando la posición autodidacta que a fin de cuentas es la que requiere estimularse en un sistema que pretende inculcar una educación continua a lo largo de la vida.

Un pequeño número de residentes se considera abiertamente “mano de obra barata”, y las tres cuartas partes considera que tanto la institución como el residente se benefician de la relación establecida entre el IMSS que se provee de “mano de obra barata” y el residente que tiene la oportunidad de formarse como especialista. Sólo una quinta parte considera que la relación IMSS-residente es ante todo beneficiosa para él en etapa de formación. Sus creencias al respecto se confirman con la percepción de la remuneración que obtienen a lo largo de su período de adiestramiento: dos terceras partes consideran que deberían percibir una mayor beca y que sería injusto no recibirla; el resto, considera adecuada la beca que perciben, en tanto que sólo unos cuantos se sienten afortunados de la oportunidad que tienen para prepararse, y estarían contentos aún si no les dieran remuneración económica. Esto traduce la percepción del médico en formación de

verse a sí mismo más como fuerza laboral indispensable que como estudiante, en un intento legítimo de adquirir una posición que le otorgue mayor *status* o poder dentro de la estructura institucional. Esta percepción ha sido también favorecida por el cambio acontecido en el espacio social, al absorber el sindicato en 1980, a los médicos en formación; se perciben como una fuerza laboral indispensable pero sin responsabilidades, ya que no checan tarjeta, no responden ante las demandas interpuestas por los pacientes –ya que éste último es responsabilidad del médico tratante- y exigen además, que “se les enseñe” asumiendo una postura receptiva, más que participativa. Parecen desconocer que en muchos países, el estudiante paga por su educación médica -a muy altos costos- y que las becas están condicionadas a tener un buen resultado, lo que generalmente no sucede en la mayoría de las especialidades médicas en México, donde parece existir una especie de inercia en la que si un médico inicia su especialidad, casi en su totalidad la termina, a pesar a veces, de un dudoso rendimiento.

Los residentes consideran más importante para su formación, la información que obtienen de revistas médicas actualizadas y de la que les transmiten sus médicos adscritos, que la que obtienen de los libros de su especialidad. Si bien es cierto que en la actualidad la obsolescencia de la información es muy rápida y que un libro tarda tiempo en editarse, no parece haber, por parte de los estudiantes, un análisis de cómo se vierte la información para cada uno de estos casos; por ejemplo, la información de los temas básicos, de fisiopatogenia, bases farmacológicas, farmacodinamia y farmacocinética, anatomía, etc. debe extraerse de los libros. Es también el caso de la información

proveniente de las revistas médicas actualizadas, orientadas a la actualización de la información, donde debe anteponerse siempre una lectura crítica que discrimine los objetivos e influencias subyacentes. De la misma manera, la información transmitida por los médicos adscritos debe pasar por el escrutinio de la duda razonada. En estas circunstancias, el residente se coloca nuevamente en una postura receptiva, más que participativa, a pesar de que casi todos consideran que la calidad de una clase está en estrecha relación con la participación y el debate que en ella se generen. De nuevo esta manifestación crítica parece deberse al conocimiento del “deber ser”, ya que en la práctica son pocos los que debaten.

Los argumentos hasta aquí tratados, colocan al aprendizaje en lo que en el capítulo precedente denominamos “de mantenimiento”, socialmente estructurado y transmitido a cada nueva generación por quienes, a su vez, se formaron dentro del mismo esquema de enseñanza; todo ello a diferencia de un aprendizaje innovador, que trascienda el espacio escolarizado creado dentro del hospital y que sea capaz de promover el desarrollo integral del médico en formación, con énfasis en una actitud crítica.

V. Sobre la dimensión de la Comunicación.

En este punto, sería de esperarse que prácticamente todos los médicos consideraran que un diagnóstico o resultado de una prueba (como VIH) debiera comunicarse en primera instancia al paciente, sin embargo, sólo dos terceras

partes manifiestan su acuerdo en que así lo harían, y el resto considera que lo ideal es reunir a paciente y familiar para darles la información simultáneamente; esto sin duda muestra un desconocimiento de uno de los principios médicos que es el derecho del paciente a mantener su privacidad. El derecho a la privacidad se ve trastocado con frecuencia en un espacio social como es el de los hospitales públicos, donde el paciente comparte el espacio con otros pacientes, ya que los cuartos aislados tienen una finalidad diferente, por lo que los diagnósticos de los pacientes “fluyen” libremente, situación que para los médicos en formación llega a ser considerada como “natural”.

Casi todos los entrevistados estiman que si un paciente solicita un estudio y a juicio del médico no lo requiere, éste le explicaría el por qué no está justificado y por tanto, no lo realizaría. Esto no es precisamente lo que se observa en la práctica médica, donde al parecer resulta más fácil y rápido realizar una solicitud que explicar el por qué no se requiere el estudio -además de la protección que implica en una medicina defensiva cada vez más practicada. Es muy posible que el predominio de este argumento se deba a la imagen que el médico desea guardar como de una persona decidida, que se mantiene en lo que se debe hacer sin concesiones injustificadas. Otra explicación sería que, en el contexto de la medicina pública, el médico tiene un margen mayor para tomar la decisión, no así en la privada donde el “poder” trasladado a quien “paga” lo tiene el paciente, y el médico está dispuesto a hacer concesiones para conservar al paciente.

En relación con el papel de los consejos y asociaciones médicas, la percepción tradicional, la ideológica y la postura crítica, tuvieron prácticamente pesos equivalentes y es probable que esto se deba a que, en esta etapa de formación, los estudiantes aún no participan activamente en estas asociaciones y tienen una opinión limitada y distanciada de las mismas, careciendo de significación por representar un campo social que aún no comparten. De igual modo, las relaciones de poder se mantienen ocultas y los debates relacionados con los procesos de legitimación e institucionalización que competen al médico y que pueden obstaculizar los cambios, no forman parte de la educación médica.

VI. Sobre la dimensión del Conocimiento e Información.

La función de la difusión del conocimiento médico a través de las publicaciones representa, para una tercera parte de los residentes, el socializar los productos del conocimiento y consolidar una cultura científica; para otra tercera parte, su función es impulsar la actividad científica, y sólo para unos cuantos, las publicaciones representan un factor de satisfacción sobre el trabajo producido. Asimismo, una tercera parte considera que la Medicina basada en la evidencia constituye el "estándar de oro" actual en el conocimiento médico y sólo una quinta parte la visualiza como una manera de asegurar al paciente un mejor tratamiento médico -razón por la cual se instrumentó este método-; por último, poco más de la tercera parte la reconoce como una herramienta para el conocimiento médico que no debe utilizarse a la ligera.

Casi la totalidad de los residentes consideran que lo que da valor al producto de una investigación médica es su originalidad, su impacto social a corto o mediano plazo y el impacto que ésta tenga en la producción posterior de conocimiento científico; no obstante, en la realidad, las publicaciones médicas con estas características son escasas, abundando las publicaciones intrascendentes o los llamados "refritos".

Casi la mitad de los residentes considera que la medicina que se practica en México, en comparación con la de EUA, es de calidad regular por el hecho de no contar con tecnología de primer mundo; por el contrario, una tercer parte, considera que ésta es muy buena precisamente por contar con una tecnología suficiente y médicos bien preparados y actualizados. A ello se suma la opinión de poco menos de la quinta parte de los entrevistados, quienes consideran que la medicina practicada en nuestro país es de regular calidad debido a la falta de médicos bien preparados y actualizados, muy a pesar de contar con tecnología suficiente; sólo muy pocos la consideran definitivamente mala. Nuevamente, el percibir que los obstáculos de una buena práctica médica derivan de la tecnología deja de lado la responsabilidad que compete al propio médico, de su saber en el tratamiento del paciente. Paradójicamente, en la "sociedad del conocimiento", el mayor valor simbólico no lo tienen los libros sino el poder económico que permite adquirir mayor tecnología. Además, se obvian reportes como los que señalan que la medicina de EUA, no obstante de ser una de las más avanzadas y tecnologizadas, es también una de las más caras e ineficientes. EUA con el 5%

de la población mundial, gasta el 42% de lo que se eroga mundialmente en salud, y ocupa el lugar No.12, de los 13 países industrializados que se estudiaron con 16 indicadores de salud. Asimismo, la OMS, con indicadores diferentes confirmó el pobre desempeño de la medicina estadounidense. (Starfield, 2000)

La mitad de los médicos considera que la selección de objetivos de investigación en las instituciones de salud se debe a la elección individual del investigador o a las tendencias predominantes de las líneas de investigación en el momento; en cambio, casi la otra la mitad piensa que la selección de los objetivos de investigación responde a los requerimientos científicos o sociales del país. Sólo unos cuantos reconocen la adecuación de la investigación a los requerimientos de la industria farmacéutica, aspecto con frecuencia soslayado. De la misma manera, la mitad de los residentes considera que la terapia génica será la medicina del futuro, una medicina capaz de curar todas las enfermedades; al respecto, poco más de la tercera parte considera que esta terapia sólo tendrá un beneficio limitado y parcial, y sólo muy pocos de los entrevistados estiman que ésta polarizará la diferencia entre ricos y pobres en su acceso a la atención médica, lo que pone de manifiesto la escasez de debates médicos en torno a la dimensión social en la que está inmersa la medicina.

Para más de la mitad de los encuestados la aparición de gérmenes multi-resistentes se debe a la utilización indiscriminada de antibióticos por parte de los propios médicos, y tan solo una cuarta parte de ellos, lo atribuye a la automedicación. En esta línea, dos terceras partes de los médicos estiman que

los avances tecnológicos en información pueden ser positivos o negativos, según sea el uso que se les dé; el resto coincide en que estos han sido determinantes para mejorar la calidad de atención médica.

VII. Sobre la dimensión de la Identidad.

Dado que la identidad es un proceso de identificaciones históricamente apropiadas por los individuos, es de esperarse que los componentes tradicionales predominen en la forma de pensar del médico residente. Este último se percibe a sí mismo como un profesional que norma su actividad cotidiana en función de su contribución al avance científico y tecnológico del país; en esta percepción yace la influencia de un positivismo en la medicina, que pretende ver al conocimiento científico y a la tecnología basada en la ciencia, como las bases del progreso y a éste del bienestar. Sólo en un segundo lugar, el residente se percibió como un profesional cuyo quehacer fundamental es curar enfermos, visualizándose al mismo tiempo dentro de una profesión liberal, como alguien que desarrolla su actividad sin depender de otro profesional y al margen de las instituciones. Esto llama la atención pues en la práctica, el médico difícilmente se ve a sí mismo fuera de un hospital y sin una especialidad que, si bien le da un conocimiento más profundo en su campo, lo hace cada vez más dependiente del resto de médicos de otras especialidades. De igual forma, con esta postura se le resta importancia al hecho de que cada vez es más frecuente la dependencia del médico de los estudios paraclínicos.

A la pregunta de cómo perciben la posición actual del médico en la sociedad, dos terceras partes consideran que hay una disminución del reconocimiento social del médico por la preponderancia de la tecnología, lo que desvía la credibilidad del paciente hacia ésta última.

VIII. Sobre la dimensión de la Ética Médica.

Nuestra conducta ante los diferentes acontecimientos está determinada por los valores con los que nos aproximamos a la realidad. Siendo la ética un tema muy amplio, de gran debate, de pocos acuerdos, y de una mayor relevancia desde una perspectiva interdisciplinar, nos centramos en dos puntos específicos que le competen: la complicidad médica -si se percibe como tal-, y la percepción de la muerte, dado que el médico se enfrenta diariamente a ella.

Tres cuartas partes de los residentes asumen una postura crítica al considerar que es compromiso del médico denunciar los errores médicos, por lo que la denuncia debe adoptarse como parte de cultura médica. No obstante, en la práctica pocos realizan esta denuncia, y cuando llegan a hacerla, esta actitud es mal vista por el resto del gremio. Esta contradicción salta a la vista en las encuestas como la que hemos aplicado, donde en ocasiones y sobre ciertos tópicos específicos de la práctica médica, se prefiere contestar en el sentido del "deber ser" más que el "hacer"; sabemos que no es precisamente ético el

encubrimiento o la complicidad, pero por otra parte, la denuncia se considera "traición". En cambio, el resto de los encuestados prefiere identificarse con un posición más tradicional, señalando que no es del todo favorable para la profesión médica el denunciar los errores, ya que el médico debe proteger a su gremio. Esta percepción es histórica y habitual dentro de todos los gremios; en el caso de la medicina se recurre con frecuencia al refrán que dice: "estamos en la casa del jabonero, el que no cae, resbala." De esta manera, no se denuncia para no ser denunciado y es muy posible que quienes respondieron así hayan sido más honestos en su contestación y más congruentes de su pensar-hacer. Cabe señalar que dos terceras partes de los médicos están a favor de la denuncia, aunque sólo la mitad de los residentes informaría una actitud poco profesional de un compañero ante una autoridad competente, lo que representa un contrasentido del argumento antes mencionado.

En relación a la muerte de un paciente, prácticamente la mitad de los médicos asegura que retiraría los medicamentos que sostienen con vida a un paciente con muerte cerebral; una tercera parte indica que no retiraría al paciente del ventilador, aún a solicitud de los familiares (por considerarlo eutanasia, con desconocimiento de la Ley General de Salud, que equipara muerte cerebral a muerte, lo que –al menos legalmente- autoriza desconectar al paciente del ventilador). Poco menos de la quinta parte señala que realizaría un encarnizamiento terapéutico (actitud que pertenece a la tradición del cristianismo), y unos cuantos más, realizarían maniobras de reanimación. Estas posiciones ponen de manifiesto la internalización de la cultura occidental que,

como comentamos en el primer capítulo, es predominantemente agérica, es decir, “hay que hacer algo”, hay que manipular al objeto (cuerpo), independientemente del sujeto. Por otra parte refleja una actitud que percibe el valor de la vida como positivo y el de la muerte como negativo y, por lo tanto, el “fracaso” del médico ante la muerte.

Estas percepciones frente a la muerte, adquieren importancia ante el debate actual frente a la eutanasia, el derecho del paciente a la autonomía, así como el derecho del paciente a tener una muerte digna en su propia casa rodeado de sus familiares.

IX. Sobre la dimensión de la Medicalización.

A pesar de que en la sociedad actual se cultiva el culto a la juventud y se degrada la vejez, más de las tres cuartas partes de los médicos considera que el envejecimiento es un proceso natural al que debe adaptarse el individuo y tan sólo una cuarta parte piensa que el envejecimiento es más bien un “problema” social que puede resolverse con el incremento de asilos; son muy pocos los que lo perciben como un “problema” que compete directamente a la medicina. Sin embargo, esta percepción aparentemente crítica de la vejez, en la práctica de la medicina se vive de manera diferente, lo que se ejemplifica con el mismo hecho de la creación hace pocos años de una nueva especialidad “Geriatría y gerontología”, en donde se pretende abatir cada síntoma de la vejez con el

correspondiente medicamento. De esta manera, es frecuente que el paciente anciano se encuentre tomando 15 o 20 fármacos simultáneamente, con más efectos colaterales secundarios a los mismos que los síntomas que se pretenden tratar. Igualmente, la investigación se enfoca en el sentido de "impedir" o "retrasar" la vejez (lo que confirma que se percibe como negativa), aunque a la fecha sólo se haya logrado prolongar la misma, sin resolver el problema fundamental de la marginación social del anciano (eufemísticamente llamado "adulto mayor en plenitud", eliminando la palabra "anciano" a la que desde ese momento se le da una carga "negativa"). Estos son aspectos con los que el médico convive diariamente, que son contrarios a considerar la vejez como proceso normal, y al ser pocas veces cuestionados adquieren el *status* de "normales", lo que cierra el círculo del debate, para permanecer en "lo dado".

En contraste con la posición asumida con respecto al envejecimiento, la situación del climaterio es vista desde una perspectiva diferente, abiertamente medicalizada: más de las dos terceras partes de los residentes, consideran que la mujer debe acudir a una clínica de climaterio para la prevención de osteoporosis, un 12% de ellos considera que debe acudir al médico para prescribirle la correspondiente sustitución hormonal, y otro 10% le aconsejaría calcio y hormonales; esto nos dice que casi la totalidad de los residentes, percibe al climaterio como "problema médico". Tan sólo siete médicos encuestados, están convencidos de que el climaterio es un proceso natural y aconsejaría más bien, hacer ejercicio regularmente. Parece ser con respecto al tema del climaterio, que

la información publicitaria subliminal ha sido más eficiente al “vender” una medicina “preventiva” a base de medicamentos.

A pesar de los resultados obtenidos con respecto al envejecimiento y al climaterio, sólo la mitad de los médicos residentes está convencido de que las etapas de la vida (niñez, adolescencia, madurez, vejez) están definidas de manera natural; una tercera parte de ellos las consideran definidas de manera socio-cultural, y una cuarta parte las considera como etapas definidas genéticamente. ¿Por qué entonces el climaterio no se observó como un proceso natural, y sí motivo de intervención médica? ¿Qué papel juegan la publicidad y las industrias farmacéuticas en el cambio de percepción del médico, en su interés por vender calcio y sustitutos hormonales? ¿Qué intereses se ponen en juego para revertir los procesos de la vida?

Tema no menos importante en la práctica médica es el acelerado incremento de cesáreas y al respecto, poco más de la mitad de los médicos considera que éstas prácticamente han sustituido a los partos naturales, de tal manera que la cesárea se está convirtiendo poco a poco en “lo normal” y el parto “natural” en la excepción. En buena medida esto se debe a la comodidad que representa su programación por parte de los gineco-obstetras o bien, al deseo de estos por aumentar sus ingresos. No obstante, una tercera parte de los médicos encuestados, considera que recurrir a la cesárea obedece a causas médicas justificadas, como son la desproporción cefalo-pélvica o el sufrimiento fetal agudo; al ser estos los argumentos utilizados por los gineco-obstetras para

EL MERCADO BANCARIO LUEGO DE LAS FYATS

(datos a noviembre 2000)

	Capital Contable	Activos	Capital contable acumulado	Activo acumulado
Total	100.0	100.0		
BANAMEX	29.0	21.3		
BITAL (fusión a Unión y PROMEX)	5.5	9.7		
BANORTE (fusión BANPAIS y BANCEN)	3.7	4.7		
INBURSA	11.6	3		
DEL CENTRO	1.3	1.7		
INTERACCIONES (sept.99)	0.5	0.8		
AFIRME	0.4	0.4		
IXE	0.4	0.4		
DEL BAJIO	0.4	0.3		
MIFEL	0.3	0.3		
QUADRUM	0.2	0.2		
INVEX	0.3	0.2		
BANREGIO	0.6	0.2		
BANSI	0.3	0.1		
Total bancos mexicanos	54.5	43.3		
BANCOMER BBV (fusión Unión y PROMEX)	18.9	20.1		
BILBOA VIZCAYA (BBV) (fusión Unión y PROMEX)	4.4	6.4	23.3	26.5
SANTANDER (fusión Mexicano-SOMEX)	4.5	5.4		
SERFIN-Santander	7.3	13.9	11.8	19.3
CITIBANK (fusión Abaco y CONFIA)	3.7	5.5		
Total bancos extranjeros que compraron o fusionaron nacionales	38.8	51.3		
J.P. MORGAN	1.1	0.5		
REPUBLIC NATIONAL BANK OF NEW YORK	0.6	0.3		
BANK OF BOSTON	0.2	0.4		
DRESDNER BANK	0.2	0.2		
ING BANK	0.5	0.2		
COMERICA BANK	0.2	0.2		
BANK OF AMERICA	0.6	0.2		
BANK OF TOKYO	0.3	0.1		
MITSUBISHI				
CHASE MANHATTAN	0.6	0.1		
BNP	0.1	0.1		
GE CAPITAL (compró banco Alianza)	0.4	0.1		
ABM AMOR BANK	0.1	0.1		
AMERICAN EXPRESS	0.1	0.1		
SOCIÉTÉ GENERALE	0.1	0		
BANK ONE (First Cjicago Bank)	0.1	0		
Total de bancos extranjeros que no hicieron FyATs	5.2	2.6		

*No incluye Bancos Intervenido

Fuente: Fusiones y Adquisiciones Transfronterizas en México durante los años noventa, CEPAL

Esta que Tabla es la BILBOA VIZCAYA (BBV) (fusión Unión y PROMEX)

efectuar la cesáreas, y que deberían comprobarse médicamente, de ser así, cabría preguntarse: ¿Por qué se han incrementado estas alteraciones? o sólo es que se diagnostican más precozmente por los ultrasonidos efectuados. Los debates sobre el tema permanecen abandonados y nuevamente, “la costumbre” se convierte en “lo dado”, por lo que ya no se requiere de mayores explicaciones.

Si bien el fenómeno de medicalización ha sido progresivo desde la Edad Media, en nuestros días éste se ha desarrollado de manera precipitada, situación que nos hace recordar la definición de enfermedad formulada por Michel Foucault, donde *“La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra -práctica o teóricamente- medicalizado.”* (Foucault, 1990:26) Si este fuera el caso, pareciera ser que nos estamos convirtiendo, a pasos acelerados, en una “sociedad de enfermos”.

CONCLUSIONES

La práctica médica, como práctica social es fundamentalmente un proceso de transmisión. Si bien una de las categorías que caracteriza la modernidad es el cambio, éste no se da de una manera absoluta sino que en él persisten mecanismos fijos muy arraigados a la tradición. La tradición no es algo que está o forma parte del pasado sino que es parte del presente, un presente donde la tradición se actualiza y cobra vigencia para constituirse en una tradición viva: “...una tradición con vida es una discusión históricamente desarrollada y socialmente incorporada...” (Duch, 1998:43) De ahí que, la finalidad de recuperar la trayectoria histórica de una cultura determinada como es la correspondiente a la práctica médica, consista en entenderla y hacerla patente en el presente.

En este trabajo hemos descrito y analizado la situación y condiciones bajo las que se encuentran en la actualidad los mecanismos de transmisión en la práctica médica, así como la forma en que éstos conviven con los cambios sociales y tecnológicos a los que nos enfrentamos; algunos de estos cambios corresponden directamente a la medicina, en tanto que otros son “medicalizados”.

La ineludible afirmación de un presente, comporta una cierta relectura y rehabilitación del pasado, lectura no exenta de ideologías y prejuicios. En nuestra aproximación a las tradiciones y su vigencia, ofrecimos algunos elementos que posibilitan contar con una mejor comprensión de los problemas que observamos en la práctica médica como acción pedagógica, tratando de favorecer una

...percepción optimista en el sentido de que esta comprensión resulta fundamental para lograr el objetivo fundamental de nuestra profesión: la mejoría de la salud física y psíquica de los individuos y colectividades de nuestra sociedad.

Así, tras una somera recuperación histórica de la trayectoria experimentada por la práctica médica, han quedado patentes significativos desplazamientos, rupturas y continuidades con respecto a los fines perseguidos por la cultura médica a lo largo de su historia; fenómenos que han incidido positiva y negativamente en la práctica que en la actualidad se desempeña. La figura del médico, que antiguamente ocupaba un lugar preponderante y de "poder", ha sido desplazada por la tecnología y por la industria farmacéutica, relegándolo a fungir, en buena medida, como un prescriptor de estudios y recetas, para con ello cumplir con un conjunto de necesidades creadas (más que reales) por la propia "industria de la medicina". El paciente, a su vez, ha pasado de ser un sujeto pasivo a uno activo, restándole al médico el poder que tradicionalmente poseía. Igualmente, como se hizo patente en las encuestas, hay un desplazamiento por parte del médico de un interés centrado en el enfermo a un interés centrado en la enfermedad, y de aquí la cada vez menor importancia que se da a la "clínica" (interrogatorio, exploración), favoreciendo a los métodos diagnósticos paraclínicos (tecnología),

El encarecimiento de la medicina, el cambio en el perfil demográfico que actualmente presenta la sociedad, la creciente medicalización, la cada vez mayor especialización, la competencia por el paciente, las demandas legales y su contraparte, la medicina defensiva, todos ellos componentes de un entorno definido por la modernidad y la globalización, han trastocado la relación médico-paciente antiguamente tan valorada. Ahora, el médico no se siente tan contento

con el paciente, ni el paciente lo está con el médico; la medicina ha dejado de ser una vocación, para pasar a ser una profesión que puede ser lucrativa y sobre la cual, gran parte de los médicos en formación, eligen una especialidad pensando más en lo que “deja dinero” que en lo que es objeto de su interés formativo.

Aquí radica la importancia de retomar el saber acumulado tradicionalmente como herramienta para cuestionar los dogmas contemporáneos. El dogma contemporáneo, de carácter científico-tecnológico, ha desplazado a la práctica médica a un lugar y a una posición secundarias, donde todo radica en la habilidad; con ello se ha dado paso a la “Medicina basada en la evidencia”, a los currículos de “Evaluación por competencias”, etc., obviando los límites que estas estrategias imponen a la formación; lo importante hoy en día es el conocimiento instrumental, que por sí mismo carece de reflexión.

Es evidente que este cambio de valores en la sociedad, afecta lo que se considera valioso en la vida académica. Nos encontramos actualmente en una tierra de nadie, donde los antiguos criterios han perdido su capacidad orientadora y los nuevos aún no se han acreditado lo suficiente para proporcionar a los individuos la orientación y su colocación en la vida social. Así, en un mundo dominado por la propaganda, la eficiencia, la velocidad, los indicadores de desempeño personal y de abierta competencia, las características que antes eran consideradas como manifestaciones de fuerza de carácter -como la paciencia, la humildad, la generosidad, la minuciosidad, la tranquilidad-, pasan a ser hoy signos de debilidad.

En la actualidad se pretende excluir los valores del discurso, sin percibir que dicha exclusión significa en sí, asumir una posición con respecto a los

valores mismos. El punto de apoyo de esta tendencia es legitimar una forma de racionalidad donde las mediciones y las evaluaciones de costos y beneficios, adquieran una importancia al margen del sujeto, ya que si no se realizan juicios de valor y no se reconoce explícitamente la presencia de éstos, entonces no requerimos hablar de individuos sino de objetos. Aquí radicó el interés de este trabajo, en el sentido de hacer una valoración crítica de las prácticas médicas establecidas, base fundamental para reflexionar sobre un mejor funcionamiento de cualquier replanteamiento en materia de educación, pero no de cualquier educación, sino de una educación basada en la crítica, en aquella crítica que problematiza, aquélla con un potencial creativo e innovador.

La crítica debiera partir del reconocimiento de que todo pensamiento tiene, por su condición histórica, ciertos límites, límites que requieren de asumir una posición y aprehender los objetos de estudio desde diversas posibilidades de sentido. En un genuino proceso de educación el estudiante debe aprender que *“...no sólo los conceptos y las ideas, las evidencias primarias y las metodologías dominantes pueden ser cuestionadas, sino que además también pueden serlo las reglas semánticas y las sintácticas, las operaciones lógicas y las formas de comunicación permitidas.”* (Barnett, 2001:178) Debemos fomentar en los médicos en formación el plantearse preguntas críticas. ¿Cuáles son los intereses dominantes que están detrás de los cambios actuales? ¿Qué valores representan? ¿Cómo podríamos fundamentar racionalmente nuestra actividad médica, tanto en la práctica como en la enseñanza misma? ¿Qué posibilidades se nos presentan? Que existan dificultades para reafirmar nuestras prácticas no quiere decir que debemos aceptar el statu quo.

Es un hecho que la medicina participa activamente, y en algunos casos es el detonante, de la tecnologización en la sociedad; es un participante fundamental de la tecno-cultura. La ciencia y la tecnología han adquirido un *status* que se refleja en la introyección que de ellas hacen los médicos en formación. Si bien es cierto que las técnicas se refinan continuamente, la sabiduría como forma de reflexión profunda, de intercambio colectivo y de reconocimiento y crítica de los valores vigentes no evoluciona a la par; estos procesos no se generen de manera mecánica ni espontánea.

Hablar de una tecnología a favor de la humanidad es una confusión ideológica, ya que de ella sólo se beneficia un 20% de la población mundial, en detrimento de un mayor empobrecimiento de la población restante. Es palpable que la preocupación médica centrada en el desarrollo de terapias tecnológicas no se corresponde con un incremento de salud de la población. (Vicens, 1995) No obstante que el proyecto de modernidad en una sociedad puede imponer exigencias que cambian los valores y las representaciones tanto individuales como colectivas, también pueden surgir modificaciones o transformaciones a partir del cuestionamiento, por el sujeto o por el grupo, de las propias prácticas reconocidas dentro de este campo profesional. Es por eso que en este trabajo hemos planteado que todo proceso de transformación debe partir de la autocrítica y de la autorreflexión cotidiana del quehacer profesional, es decir, desde la propia práctica.

Resulta fundamental revisar a profundidad nuestras ideas acerca de la salud y la enfermedad, ambas ligadas a la idea que tenemos del tiempo (un tiempo lineal) para de ahí, entender que como el espacio y el tiempo, la salud y la enfermedad no son algo que se adquiere sino algo que se siente; que ambos son

conceptos que están condicionados por las ideologías, doctrinas y/o por símbolos propios de nuestro entorno cultural; de ahí que el médico, en su proceso de formación, deba incluir la necesaria re-construcción del condicionamiento cultural que pasa por la historia de su práctica.

El estudio del paciente no es sólo el estudio de un cuerpo ya que implica conocer las actitudes y la visión del mundo circundante; por esto son cada vez más elocuentes los fracasos del modelo biomédico, así como el elevado costo de la medicina institucional. De hecho, el incremento de la enfermedad iatrogénica nos obliga a reafirmar que se requiere una nueva orientación del sistema sanitario, abriendo nuevos campos a favor de la salud social, que seguramente son más humanos y menos tecnológicos, además de ser más económicos. Aquí la razón del énfasis puesto, a lo largo de esta tesis, en las formas de percepción de los médicos con respecto a la Salud y la Enfermedad, así como en la necesidad de impulsar la idea de que estar "sano" no radica en tener un organismo funcionando al 100%, equiparado a una máquina sin averías, sino en tener una armonía consigo mismo y con el medio que le rodea. No puede reducirse la definición de enfermedad o de salud a síntomas físicos, o peor aún, a "desviaciones" detectadas a través de los exámenes paraclínicos; por esta vía, sólo se obvia y se soslaya la propia percepción del individuo, así como su capacidad para desarrollarse en su contexto.

Los resultados obtenidos nos llevan a establecer una consideración importante: la de asumir una responsabilidad personal ante la salud y la enfermedad; para ello se requiere inicialmente, que los médicos empecemos a ver la enfermedad como algo más que una disfunción orgánica, o una perturbación psicológica, para de ahí, establecer su ineludible vínculo con la

estructura social y su respectiva relación con el medio natural, reflexión que no quede limitada al discurso, sino que trascienda a la práctica cotidiana. Esto nos permitiría aproximarnos al objetivo central de transformar el paradigma vigente por otro más cercano a las condiciones sociales y al papel que la práctica médica debe cumplir en la sociedad; en esta vía estaremos en condiciones de contender con los problemas planteados por la modernidad.

Debemos cambiar la actual orientación de una medicina hacia la enfermedad por la de una medicina orientada hacia la salud, lo que, indudablemente, implica cambiar las actitudes ante la vida. Se requiere una orientación que involucre cada más al paciente para que asuma su enfermedad, comprendiendo el contexto que la ha detonado; no debe dejarse la educación médica del paciente en manos de los medios de comunicación, claramente influenciados por la industria farmacéutica; se debe partir de una acción intencional de los médicos, educados en un contexto transdisciplinar, en la que la sociología del conocimiento, al cuestionar la construcción de la realidad objetivada e institucionalizada, juegue un papel central de crítica y reflexión permanentes.

La orientación de la salud propuesta, si bien requiere de un profundo cambio de actitudes personales y profesionales ante los hábitos y comportamientos dominantes, necesita también de un cambio de actitud del personal de la salud, para que el enfermo sea más respetado que el laboratorio o que el currículo científico; pero fundamentalmente, se requieren cambios sociales y políticos en los que todos los ciudadanos debemos participar.

Presenciamos un importante cambio cultural que, como lo hemos expresado a lo largo del presente trabajo, no constituye en sí mismo una mejora,

sino que corre el riesgo de convertirse en un estado "natural" para los individuos; de ahí que sea necesario que esta concepción en su totalidad sea situada por los individuos en el plano de la conciencia, ya que este darse cuenta constituye el primer paso para su cuestionamiento y transformación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Achard, Pierre. *Discurso biológico y orden social*. Nueva Imagen, México, 1989.
- 2.- Aguado, J.C., Portal, M.A. *Identidad, ideología y ritual*. Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1992.
- 3.- Alvarado, Ramón. "Nacionalismo, lenguaje e identidad colectiva. En: *Identidad cultural y producción simbólica*. Versión No. 2, UAM-X, México, 1992, pp 141-162.
- 4.- Bachelard, Gastón. *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI, ed., 17ª. Ed. México, 1991.
- 5.- Bagú, Sergio. *Tiempo, realidad social y conocimiento*. Siglo XXI, 14ª. Ed, México, 1994.
- 6.- Barnett, Ronald. *Los límites de la competencia. El conocimiento, la educación superior y la sociedad*. Edit. Gedisa, Barcelona, 2001.
- 7.- Berger, Peter, Luckmann, Thomas. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores, Argentina, 13ª. Reimpresión, 1995.
- 8.- Berger, Peter. *El dosel sagrado. Para una teoría sociológica de la religión*. Edit. Kairós, Barcelona, 3ª. Ed., 1999.
- 9.- Bojalil, Luis F. "Cambio de paradigma en la formación de recursos humanos para la salud." En: *Las Profesiones en México*. Medicina, No.3. UAM-X, México, 1990.
- 10.- Botkin, J., Elmandjra, M., Malitza, M. *Aprender, horizonte sin límites..* Edit. Santillana, México, 1992.
- 11.- Bourdieu, P. Chamboredon, J.C., Passeron, J.C., *El oficio de sociólogo..* Siglo XXI editores, 18a. ed., México, 1995.
- 12.- Bourdieu, Pierre. *Capital cultural, escuela y espacio social*. Siglo XXI editores, 1ª. Ed., México, 1997.
- 13.- Castells, Manuel. "Flujos, redes e identidades: una teoría crítica de la sociedad informacional". En: *Nuevas perspectivas críticas en educación*. Ed. Paidós, Barcelona, 1997, pp 15-53.
- 14.- Coe, Rodney M. *Sociología de la Medicina*. Alianza Editorial, España, 3ª. Ed., 1984, pp. 14..

- 15.- Chauvenet, Antoinette. "Biología y gestión de los cuerpos". En: *Discurso biológico y orden social*. Nueva Imagen, México, 1989, pp. 23-63.
- 16.- Duch, Lluís. *La educación y la crisis de la modernidad*. Paidós Educador. España, 1998.
- 17.- Engel, George L., *The need poor a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science 196:4286, April 8, 1977, pp. 129-36.
- 18.- Flecha, Ramón. "Las nuevas desigualdades educativas". En: *Nuevas perspectivas críticas en educación*. Ed. Paidós, Barcelona, 1997, pp 57-82.
- 19.- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI, 13ª. Ed., México, 1989.
- 20.- ----- *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Ediciones de La Piqueta, Colección "Genealogía del Poder", Madrid, 1990.
- 21.- Frazao Linhares, Célia. "La reinención de la juventud." En: *La educación y el cambio social*. Nueva Sociedad, Venezuela, No. 146, 1996, pp 168-180.
- 22.- Giménez Montiel, Gilberto. "La problemática de la cultura en las ciencias sociales." En: *La teoría y el análisis de la cultura*. Antología SEP/Univ. de Guadalajara, México, 1987.
- 23.- ----- "La identidad social o el retorno del sujeto en sociología". En: *Identidad cultural y producción simbólica*. Versión No. 2, UAM-X, México, 1992, pp 183-205.
- 24.- ----- "Cultura e identidades". Revista Mexicana de Sociología. U.N.A.M., México, Octubre 2004, pp.77-99.
- 25.- Gimeno Sacristán, J., Pérez Gómez, A.I. *Comprender y Transformar la enseñanza*. Ed. Morata, 5ª. Ed., Madrid, 1996.
- 26.- Gimeno Sacristán José. *Poderes inestables en educación*. Ed. Morata, 1ª. Ed., Madrid, 1999.
- 27.- Giner, Salvador. *Sociología*. Ediciones Península, 1ª. Ed., Barcelona, 1996.
- 28.- Giroux, Henry. *Los profesores como intelectuales. Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Ed. Paidós, 1ª. Ed. , España, 1990.
- 29.- Gleizer Salzman, Marcela. *Identidad, subjetividad y sentido en las sociedades complejas*. FLACSO, Juan Pablos, Editor. México, 1997.

- 30.- Gracia, Diego. *El poder médico*. En: Ciencia y Poder. Bracho S, Gracia D, et al. Universidad Pontificia Comillas de Madrid (UPCM), Madrid, 1987.
- 31.- Grundy, Shirley. *Producto o praxis del currículo*. Ed. Morata, Madrid, 1991.
- 32.- Hall, Edward T., *El lenguaje silencioso*. Alianza editorial, 1ª. Ed. México, 1990.
- 33.- Hortal Alonso, Augusto. *Saberes y Poderes*. En: Ciencia y Poder. Bracho S, Gracia D. et al. Universidad Pontificia Comillas de Madrid (UPCM), Madrid, 1987, pp.35.
- 34.- Illich, Iván. *Nemesis medica. La expropiación de la salud*. Joaquin Mortiz, 1ª. Ed. México 1978.
- 35.- Levi-Strauss, Claude. "Naturaleza y cultura. La cultura como sistema de reglas." En: *La teoría y el análisis de la cultura*. Antología SEP/Univ. de Guadalajara, México, 1987.
- 36.- Marc, E., Picard, D. *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. Ed. Paidós, 1ª. Ed., Barcelona, 1992.
- 37.-Montaño Hirose, Luis. "Modernidad y cultura en los estudios organizacionales. Tres modelos analíticos." En: *Organización y cultura. Controversia, complejidad y realidad*. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, 2003;55:15-33. UAM Iztapalapa, México.
- 38.- Morin, Edgar. *El Método. IV. Las Ideas*. Editorial Cátedra, Madrid, 1992.
- 39.- Morin, Edgar. *Sociología*. Editorial Tecnos. Madrid, 1995.
- 40.- Morin, Edgar. *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa, Barcelona, 1996.
- 41.- Olivé, León. *Razón y sociedad*. Ed. Fontamara, 1ª. Ed., México, 1996, pp 127-40.
- 42.- Pacheco Méndez, Teresa. *La organización de la actividad científica en la UNAM*. CESU-Miguel Angel Porrúa, 1ª. Ed., México, 2000.
- 43.- Perrés, José. *El poder, las relaciones de poder y los mecanismos de poder institucionales. Algunas reflexiones teórico-epistemológicas*. UAM-X, México, 1995.
- 44.- Queraltó, Ramón. *Ética, tecnología y valores en la sociedad global*. Editorial Tecnós. Madrid, 2003.

- 45.- Quintanar Olguín, Fernando et al. "El concepto de salud y la trampa del razonamiento". *Ciencia y Desarrollo*, CONACYT, Nov-Dic. 1997, pp. 41-9.
- 46.- Ribeiro Riani, L. *Los valores de acceso y la práctica docente*. Ed. Plaza y Valdés, 1ª. Ed, México, 1996.
- 47.- Rosen, George. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI, 1a. ed., México, 1985, pp 57.
- 48.- Starfield, Barbara. *Is us health really the best in the world?* JAMA 2000; 284(4):483-5.
- 49.- Stolzenberg, Gabriel. "¿Qué puede revelarnos sobre el pensar un análisis de los fundamentos de la matemática?" En: Watzlavick Paul, *La realidad inventada*. Gedisa, 3ª. Ed., 1994.
- 50.- Szasz, Thomas. "El mito de la enfermedad mental". En: *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI, 11ª Ed., México, 1995, pp 85-102.
- 51.- Tedesco, Juan Carlos. "La educación y los nuevos desafíos de la formación del ciudadano." En: *La educación y el cambio social*. Nueva Sociedad, Venezuela, No. 146, 1996, pp 74-89.
- 52.- Thompson, John B.. "La comunicación masiva y la cultura moderna. Contribución a una teoría crítica de la ideología." En: *Claves del diálogo y culturas modernas*. Versión No. 1, UAM-X, México, 1991, pp 43-74.
- 53.- Uris, Auren, *101 ideas de los genios de la administración*. Editorial Limusa, México, 1992.
- 54.- Vicens, Jesús. *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Siglo XXI de España Editores. 1ª. Ed., 1995.
- 55.- Wuthnow, R., Davison, H.J., Gergesen, A., Kurzweil E. *Análisis Cultural. La obra de Peter Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas*. Edit. Paidós, Barcelona, 1988.
- 56.- Zemelman, Hugo. *El conocimiento como construcción y como información*. Mimeo del Foro Nacional de Profesores Universitarios, CISE, DGICSA, SEP, CGAD, ANUIES, México, 1987, pp. 1-18.
- 57.- Zemelman, Hugo. *Los horizontes de la razón. I Dialéctica y apropiación del presente*. Edit. Anthropos, Barcelona, 1992.
- 58.- Zemelman, Hugo. *Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*. El Colegio de México, 1ª. Ed., México, 1996, pp. 40-41.

ANEXO 1. CUESTIONARIO

CLAVE _____ Hora en que inicia el cuestionario _____

Entrevistado _____ Fecha _____

SELECCIONE CON UNA "X" **SOLAMENTE UNA** DE LAS RESPUESTAS QUE SE OFRECEN PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS. (EN CASO DE QUE CONSIDERE POSIBLE MÁS DE UNA RESPUESTA, ELIJA SÓLO AQUELLA QUE SE ACERQUE MÁS A LO QUE UD. PIENSA).

1.1 Ud. considera que "lo Normal" y "lo Patológico" está determinado:

- genéticamente.
- por la naturaleza.
- social y culturalmente.
- por los genes y el medio ambiente.

1.2. Cuál piensa que ha sido el factor determinante del aumento en la expectativa de vida?

- la especialización de los médicos que permite diagnósticos más precisos.
- el mejoramiento de la salud pública (drenaje, agua potable, etc.)
- la investigación médica que ha permitido conocer la etiología de las enfermedades, y por lo tanto tratarlas.
- el avance tecnológico en la medicina y el desarrollo de nuevos medicamentos.

1.3 Para Ud. la salud es:

- la ausencia de enfermedad.
- una consecuencia lógica del progreso médico: a mayor avance en la medicina, mayor salud.
- estar contento con uno mismo y con el entorno.
- estar al 100% en las capacidades físicas y mentales.

1.4 Para Ud. la enfermedad es:

- producto de la falta de desarrollo tecnológico y científico en una sociedad.
- un desequilibrio orgánico en gran parte determinado genéticamente.
- un hecho desagradable de la vida misma contra el que se debe luchar.
- un concepto relativo que depende de la percepción del sujeto que la padece y que cambia de acuerdo a la época.

1.5 Si Ud. considera que la salud ha mejorado en el último siglo, esto se debe:

- al cambio en el estilo de vida.
- a la cada vez más frecuente práctica del chequeo médico que permite la detección temprana de las enfermedades.
- al desarrollo de la biotecnología y la medicina genómica.
- no considera que haya una mejoría en la salud.

1.6 La definición de salud de la OMS: "La Salud no es sólo la ausencia de enfermedad sino el completo estado de bienestar bio-psico-social":

- engloba lo que Ud. piensa de la salud.
- es la definición más completa que conoce por lo que debe enseñarse como tal a los estudiantes de medicina.
- es un ideal que debe perseguirse y con el tiempo se va logrando.
- debe ser replanteada pues no refleja la realidad.

1.7 El resurgimiento de enfermedades infecciosas que se habían controlado (Tb, paludismo, etc.) se debe a:

- la pobreza, alimentación inadecuada y falta de educación para la salud.
- carencia de medicamentos para combatirlas.
- cambios ecológicos que han favorecido la proliferación de los gérmenes, así como cambio de la susceptibilidad del huésped.
- disminución de presupuesto de las campañas de prevención.
- el fracaso de la medicina para su combate.

1.8 Ud. considera que la medicina:

- en muchos casos es la génesis de enfermedades.
- actualmente cura la mayoría de las enfermedades.
- actualmente es capaz de curar todas las enfermedades.
- actualmente sólo controla la mayoría de las enfermedades.
- será capaz en un futuro de curar todas las enfermedades.

1.9 Cuáles piensa que son los principales problemas que habrá que resolver para contribuir con el desarrollo de la medicina a nivel nacional?

- los referidos a la investigación, tecnología e innovación.
- revisar y adecuar la estructura y funcionamiento de las instituciones de salud.
- promover la difusión y divulgación de la medicina en los medios de comunicación.
- revisar y adecuar los sistemas de comunicación entre los grupos del sector salud y los usuarios de los recursos médicos.
- revisar y adecuar los sistemas de comunicación entre los grupos del sector salud entre ellos para determinar las políticas más convenientes.

1.10Cuál considera que es el papel social que debería desempeñar la medicina en México?

- resolver los problemas y necesidades nacionales más urgentes y socialmente prioritarias.
- contribuir con el avance del conocimiento científico para consolidar el desarrollo de la profesión médica en el país.
- contribuir con el desarrollo científico y tecnológico nacional para alcanzar el nivel de la medicina de países como EEUU.
- competir con los avances médicos de otros países en las áreas en que el país cuenta con recursos disponibles.

1.11 Cuál considera que debiera ser el objetivo principal de la medicina pública?

- contribuir al avance del conocimiento médico en general.
- proporcionar un nivel médico científico y técnico a la sociedad para el manejo de las enfermedades.
- cumplir con una actividad específica como cualquier otra práctica profesional.
- resolver los problemas médicos actuales más urgentes que enfrenta la sociedad.

2.1 Cuál considera que es el mayor obstáculo para el desarrollo de una buena práctica médica?

- el no contar con internet o todas las revistas de la especialidad que permitan mantener actualizado al médico.
- la falta de cooperación por parte de los pacientes al no seguir los tratamientos indicados por el médico.
- la falta de una actitud reflexiva por parte del médico en su práctica diaria.
- el no contar con tecnología de punta que permita ofrecer al paciente lo último en la medicina.

2.2 De las siguientes actividades, cuál considera Ud. que requiere un mayor grado de reflexión para su realización?

- realizar una historia clínica y nota de ingreso.
- realizar la nota de alta.
- realizar una tomografía, electroencefalograma, resonancia magnética.
- realizar un procedimiento quirúrgico.

2.3 Ud. considera que la transcripción de las indicaciones médicas:

- debe realizarla el residente de menor jerarquía, ya que no implica problemas.
- debe realizarse rápido, por lo que una computadora le sería de gran utilidad para el paso de las mismas.
- debe reflexionarse en cada punto anotado.
- debe reflexionarse sólo en los puntos importantes como es la administración de medicamentos.

2.4 Si considera erróneo el tratamiento instituido por el médico adscrito:

- investigaría en internet si el médico tratante efectivamente está equivocado.
- cambia la indicación sobre todo si ésta pone en riesgo al paciente.
- no cambia la indicación ni cuestiona al médico adscrito, para evitar problemas.
- cuestiona al médico adscrito, aunque esto pueda disgustar al tratante.
- lo comenta con el jefe del servicio o un superior que pueda tomar una acción correctiva.

2.5 Cuál considera que es el eje sobre el que debe girar la atención médica?

- el médico.
- el paciente.
- la enfermedad.
- la tecnología de punta con que cuenta el hospital.

2.6 En función de qué elementos valora usted la calidad del médico en la práctica clínica?

- a partir de su productividad en investigación a través de publicaciones.
- a partir de sus cargos institucionales o en sociedades médicas y realización de estudios en el extranjero.
- a partir del uso adecuado y oportuno que hace de los recursos tecnológicos.
- a partir de su trato a los pacientes.
- a partir de su intervención en medios masivos de comunicación.

2.7 En función de qué elementos valoraría Ud. su éxito personal?

- por el nivel profesional alcanzado (maestrías, doctorados).
- por el reconocimiento internacional por el número de publicaciones realizadas.
- por el reconocimiento de sus pacientes.
- por la remuneración económica alcanzada.
- por el ascenso a puestos de importancia dentro de los consejos o asociaciones médicas y su reconocimiento como "líder de opinión".

2.8 Ud. considera que el cuidado de la salud:

- en su mayor parte es responsabilidad del gobierno mediante políticas de salud.
- en su mayor parte es responsabilidad de la industria farmacéutica que genera investigación y nuevos medicamentos.
- en su mayor parte es responsabilidad del paciente que debe tener autocuidado.
- en su mayor parte es responsabilidad del médico que trata al paciente.

2.9 Si surge un nuevo medicamento que demuestra ser eficaz contra un síntoma específico Ud.:

- se espera a que pase un tiempo en el mercado para demostrar sus beneficios y riesgos.
- lo recomienda sólo si no hay un sustituto en el mercado que sea de menor precio.
- lo recomendaría a pesar del costo, ya que uno debe estar actualizado.
- lo recomendaría ya que, si es costoso es porque ha probado ser eficaz.

2.10 Ud. atribuye el incremento de la medicina alternativa a:

- ignorancia de la población que cree en la charlatanería.
- la publicidad en los medios masivos de comunicación por parte de quienes realizan la medicina alternativa.
- falta de una respuesta adecuada por parte de la alopátia a los problemas del paciente.
- una moda que como tal pasará.

2.11 Ud. no recomienda la medicina alternativa porque:

- no se basa en el método científico y carece de estudios clínicos controlados.
- es incompatible con la medicina alopática.
- no ofrece al paciente los avances tecnológicos alcanzados.
- sí la recomienda en algunos casos y en algunos pacientes como complemento o sustitución de la alopátia.

2.12 En un país como México, qué tipo de relación considera que existe entre el nivel de la medicina practicada y el avance tecnológico?

- no existe ninguna relación, ya que la actividad de la práctica médica es independiente de la investigación tecnológica.
- el nivel de la medicina practicada no depende exclusivamente del avance tecnológico.
- a mayor avance tecnológico, mejor será el nivel de la medicina practicada, ya que éste es el que determina la calidad de atención médica.
- el nivel de la medicina es el que determina el avance tecnológico, ya que crea las necesidades de enfocar la investigación en nuevas tecnologías para la solución de problemas determinados de salud.

2.13 Ud. considera que todas las personas deben realizarse un chequeo médico completo (exámenes de laboratorio y gabinete):

- al menos una vez al año.
- cada dos años.
- dependiendo de cada persona, su estilo de vida y lo que se desee descartar.
- dependiendo del poder adquisitivo de la persona.

3.1 Considera que las infecciones nosocomiales son:

- atribuibles en su mayor parte al personal de salud que no pone el cuidado adecuado en la higiene.
- atribuibles en su mayor parte al hospital que tiene enfermos graves.
- atribuibles en su mayor parte al tipo de patología del paciente, como los pacientes ancianos o postrados en cama.
- atribuibles en su mayor parte a la obsolescencia de los equipos en los hospitales, lo que predispone el crecimiento de los gérmenes.

3.2 Cuáles considera que son los requerimientos prioritarios para que el hospital en el que trabaja mejore su atención al paciente?

- que exista tecnología de punta ya que permite diagnósticos precisos.
- que se aumente el número de médicos tratantes para disminuir la carga de trabajo.
- que las diferentes categorías del personal generen procesos de participación amplia y comprometida en el trato del paciente.
- que se disminuya el número de pacientes ya que aumentan la carga de trabajo.
- que existan mayores recursos para la compra de insumos como medicamentos de última generación que han probado ser mejores.

4.1 Cuál considera que es el mayor obstáculo para el aprendizaje del residente?

- la sobrecarga asistencial, que deja poco tiempo a horas en el aula.
- la falta de compromiso por parte del residente en su aprendizaje.
- la falta de aulas, proyectores, computadoras, cañón, que permitan impartir clases de calidad.
- la falta de compromiso de los médicos adscritos para impartir las clases.

4.2 Cuál considera que es la fuente primordial de su aprendizaje?

- las guardias, ya que pone en práctica sus conocimientos.
- el estudio de cada paciente de manera individual.
- el paso de visita con asesoría del médico tratante, ya que el médico le puede resolver sus dudas.
- los temas desarrollados en clase, ya que se imparte información actualizada.

4.3 Ud. considera que su presencia en la institución como residente es:

- ante todo beneficiosa para la institución, ya que constituye una mano de obra barata.
- ante todo beneficiosa para usted ya que está en etapa de formación.
- de beneficio mutuo, ya que se conjugan los dos apartados anteriores.

4.4 Ud. considera que en su período de adiestramiento:

- es adecuado lo que le paga la institución.
- el IMSS debería darle una mejor remuneración económica.
- se sentiría afortunado aún si no le dieran remuneración económica.
- consideraría injusto que no le dieran remuneración económica.

4.5 Forma parte primordial de su aprendizaje como médico:

- la información que obtiene de los representantes médicos.
- la información que le transmiten sus médicos adscritos.
- la información que obtiene de revistas médicas actualizadas.
- la información que obtiene de los libros de su especialidad.
- el aprender a manejar equipo de tecnología avanzada.

4.6 Ud. considera que la calidad de una clase está en relación directa a:

- el debate que en ella se genere.
- la tecnología educativa con la que se cuenta para su realización.
- que sea impartida por un profesor de renombre.
- la participación que se promueva de los participantes.

5.1 Si un paciente resulta VIH positivo, Ud.:

- se lo comunica en primera instancia al paciente.
- se lo comunica en primera instancia al familiar más cercano.
- reúne al paciente y familiar para comunicarles el resultado.

5.2 Si un paciente le solicita un estudio de laboratorio o gabinete que Ud. considera que no requiere:

- no se lo solicita ya que siendo Ud. el médico es quien debe decidir los estudios a realizar.
- no se lo solicita y explica al paciente por qué no está justificado el estudio.
- se lo solicita pues de esa manera el paciente saldrá satisfecho.

5.3 Cuál es el papel que desempeñan las diversas sociedades, asociaciones, consejos en que se agrupan los médicos en cada especialidad?

- reflejan el grado de desarrollo y consolidación de una determinada especialidad médica en cada país.
- refuerzan los parámetros de legitimación de la actividad médica que detentan los grupos y sectores dominantes en tales instancias.
- representan espacios de poder que poco tienen que ver con el avance de un determinado campo de conocimiento.
- representan un verdadero espacio de debate y discusión sobre los hallazgos científicos del momento.

5.4 La pertenencia a sociedades y/o asociaciones profesionales y científicas:

- sólo representa un referente más para engrosar los antecedentes curriculares.
- asegura la vinculación del médico-investigador con los avances del campo de conocimiento al que pertenece.
- facilita la relación y el intercambio de conocimiento entre los médicos.
- representa la posibilidad para los médicos de establecer mejores relaciones de tipo político-institucional con los demás miembros de su especialidad.

6.1 Desde su punto de vista, cuál es la función que tiene en la actualidad la difusión del conocimiento médico a través de las publicaciones?

- refleja el grado de desarrollo y avance de una sociedad.
- representa un sistema de comunicación en el que se plasman los intereses y valores de los investigadores.
- representa un factor de satisfacción sobre el trabajo producido tanto a nivel individual como de grupo e institucional.
- socializa los productos del conocimiento y con ello contribuye a la consolidación de una cultura científica.
- es un sistema que promueve e impulsa la actividad científica institucionalizada en general y la de los investigadores en particular.

6.2 Ud. considera que la Medicina basada en la Evidencia es:

- la manera de asegurar que un paciente tendrá el mejor tratamiento médico.
- una herramienta para el conocimiento médico que no debe utilizarse a la ligera.
- una forma de protegerse contra las demandas médicas.

el estándar de oro actual en el conocimiento médico.

6.3 A su juicio, qué es lo que da valor a un resultado o producto de la investigación médica?

- su originalidad como conocimiento nuevo en el ámbito de la especialidad en particular.
- el que sea publicado en libros o revistas de prestigio internacional en el ámbito de la especialidad.
- su utilidad e impacto social a corto o mediano plazo.
- el reconocimiento que de él hagan los miembros del gremio médico de la especialidad, ya que garantiza su validez.
- el impacto que tenga en la producción posterior de conocimiento científico nuevo.

6.4 Considera que la medicina que es posible ejercer en México en la actualidad (en comparación con la que se ejerce en EEUU) es:

- Mala.
- Regular, pues no se cuenta con la tecnología de primer mundo.
- Regular pues aunque se cuenta con tecnología suficiente, no hay médicos bien preparados y actualizados como los hay en EEUU.
- Muy buena, pues se cuenta con la tecnología suficiente y médicos bien preparados y actualizados.
- Muy buena pues se cuenta con tecnología de primer mundo.

6.5 La selección de objetivos de investigación en las instituciones de salud obedece en gran medida a:

- el grado de adecuación de la investigación con los requerimientos de la industria farmacéutica.
- la elección individual que realiza cada investigador de acuerdo con su propia formación, trayectoria e intereses.
- las tendencias predominantes en cuanto a líneas de investigación de la especialidad que se trate.
- el grado de adecuación de la investigación con los requerimientos científicos o sociales del país.
- los criterios de asignación establecidos institucionalmente de acuerdo con las prioridades ya definidas.

6.6 Ud. considera que la terapia génica:

- no afectará el curso de la medicina y las enfermedades.
- siempre tendrá un beneficio limitado y parcial.
- polarizará aún más la diferencia entre ricos y pobres en su acceso a la medicina.
- será la medicina del futuro, capaz de curar todas las enfermedades.

6.7 La aparición de gérmenes multi-resistentes se debe fundamentalmente a:

- la utilización indiscriminada de antibióticos por parte de los médicos.
- la falta de desarrollo de nuevos fármacos.
- la mutación de los gérmenes por su propia evolución.
- la utilización indiscriminada de antibióticos por la automedicación de la población.

6.8 Considera que los avances tecnológicos en información:

- han contribuido a disminuir la autoridad del médico.
- no influyen de manera directa con la calidad de atención médica.
- pueden ser positivos o negativos, dependiendo de su uso.
- han sido determinantes para mejorar la calidad de atención médica.

7.1 Desde su punto de vista el médico se define como:

- un profesional especializado en un campo de conocimiento que ve normada su actividad cotidiana institucional en función de las posibilidades de contribuir con el avance científico y tecnológico del país.
- un profesional cuyo quehacer es fundamentalmente curar a los enfermos.
- un trabajador asalariado que ve normada su actividad cotidiana institucional en función de las posibilidades de contribuir con el control de la enfermedad en el paciente individual.
- es un profesional que puede desarrollar su actividad al margen de las instituciones, de manera individual, sin depender de otros profesionales.
- un profesional que goza de prestigio social.

7.2 Ud. considera que la posición del médico en la sociedad:

- se ha conservado estable a lo largo del tiempo.
- ha disminuído su reconocimiento pues gran parte de su función ha sido sustituida por los estudios paraclínicos.
- ha aumentado su reconocimiento gracias a los logros en la medicina.

8.1 Considera que denunciar los errores médicos ante instancias pertinentes:

- es desfavorable para la profesión médica ya que al ponerlos en evidencia promueve que los pacientes tengan desconfianza de los médicos y la medicina.
- debe adoptarse como forma de cultura para no solapar la negligencia médica.
- no debe adoptarse como cultura ya que no favorece la solidaridad que debe existir en el gremio médico.
- es favorable a la profesión médica ya que promueve que el médico ponga más cuidado en la atención de sus pacientes.
- es parte del compromiso y responsabilidad de todo médico.
- es compromiso y responsabilidad del médico proteger a su grupo.

8.2 Si un compañero suyo actúa de manera que pueda considerarse poco profesional con un paciente, Ud.:

- lo da a conocer a una autoridad competente que pueda ejercer una acción correctiva.
- lo comenta con otros compañeros sin que él se entere.
- ignora el hecho para no perjudicar a su compañero.
- apoya a su compañero en caso de que otra persona lo denuncie.

8.3 Ante un paciente con muerte cerebral Ud.:

- desconecta el ventilador si los familiares lo solicitan.
- no desconecta el ventilador aún cuando los familiares lo soliciten pues eso significaría practicar la eutanasia.
- realiza maniobras de reanimación en caso de paro cardíaco, pues lo considera un acto médico responsable que además da tranquilidad a los familiares.
- utiliza hasta el último momento todas las herramientas terapéuticas de que dispone para mantener en lo posible la vida del paciente, ya que la función del médico es preservar la vida.
- retira todos los medicamentos que sostienen con vida al paciente, pues considera que así disminuye la pena del paciente y familiares, aunque esto pueda constituir una eutanasia pasiva.

9.1 Considera que el envejecimiento:

- es un problema social que la medicina puede ayudar a resolver mediante la investigación de los genes que lo determinan.
- un proceso natural, por lo que el individuo debe adaptarse a él y a la disminución de sus capacidades.
- es un problema social que debe resolver la sociedad, aumentando, entre otras cosas, los recursos para casas de asistencia de ancianos.
- debe verse como una enfermedad ya que cada vez consume más recursos médicos en el tratamiento de patologías degenerativas que debieran emplearse en pacientes jóvenes o en enfermedades agudas.

9.2 Ud. aconsejaría a una mujer que está en el climaterio:

- acudir tempranamente al médico para que le prescriba hormonas.
- simplemente aceptarlo como un proceso natural, por lo que no requiere acudir al médico.
- tomar suplementos de calcio y hormonales como aconsejan las campañas difundidas por diversos medios.
- hacer ejercicio.
- hacerse un chequeo en una clínica de climaterio para prevenir la osteoporosis.

9.3 Ud. considera que las edades que marcan el fin de cada período de la vida (niñez, adolescencia, madurez, vejez) son:

- determinadas genéticamente.
- definidas por la sociedad y la cultura.
- definidas por una convención social por lo que han cambiado a lo largo de la historia.
- definidas de manera natural por los cambios físicos propios de cada etapa.

9.4 Ud. considera que el aumento de nacimientos por cesárea en lugar de parto natural se debe a:

- comodidad de los gineco-obstetras para programar los partos.
- deseo de los ginecólogos de aumentar sus ingresos económicos.
- un incremento de los casos de desproporción cefalo-pélvica.
- un incremento de los casos de sufrimiento fetal agudo o detección temprana de los mismos.
- miedo de los gineco-obstetras a demandas.

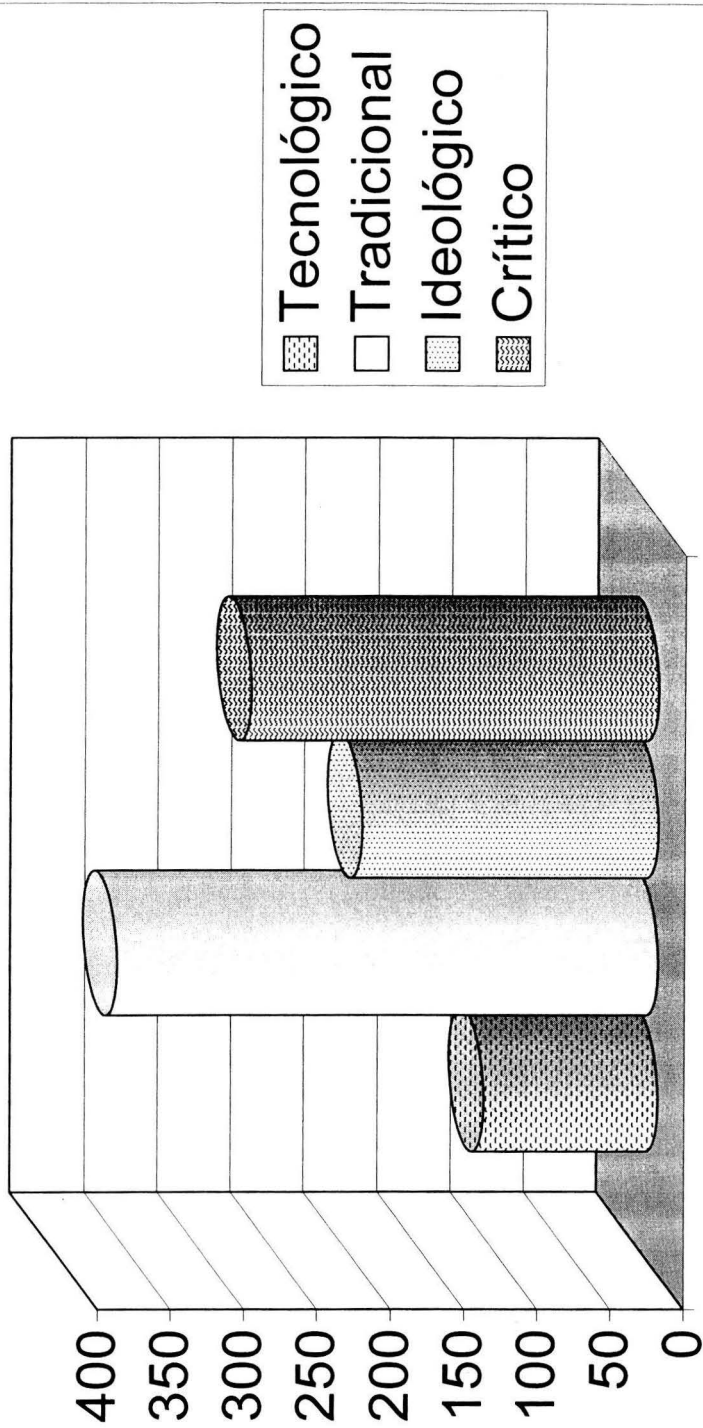
Sobre los temas a que hace referencia este cuestionario ¿quisiera Ud. hacer algún comentario adicional?

POR FAVOR PONGA LA HORA EN QUE TERMINÓ EL

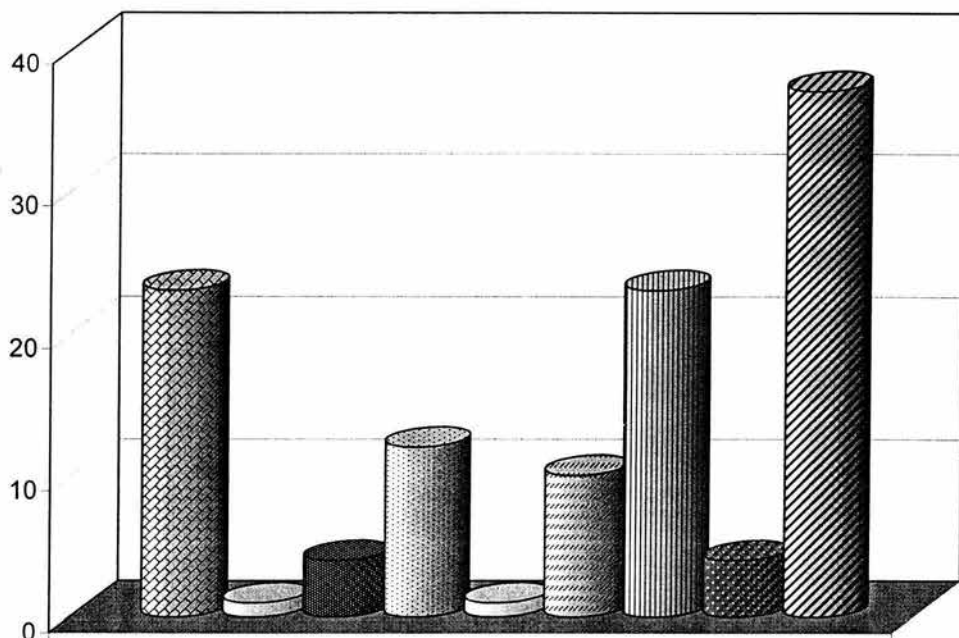
CUESTIONARIO: _____

ANEXO 2. GRÁFICAS PARA LA INTERPRETACIÓN

I. SALUD-ENFERMEDAD

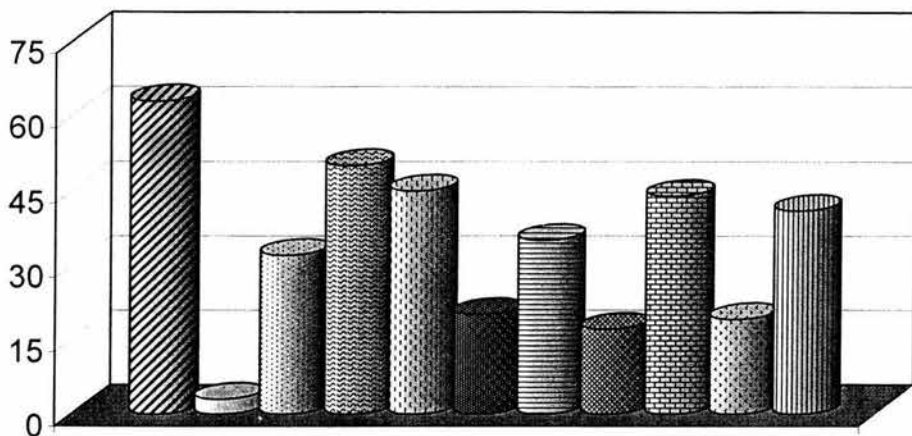


Contenidos que dan fundamento a la percepción tecnológica de la Salud-Enfermedad



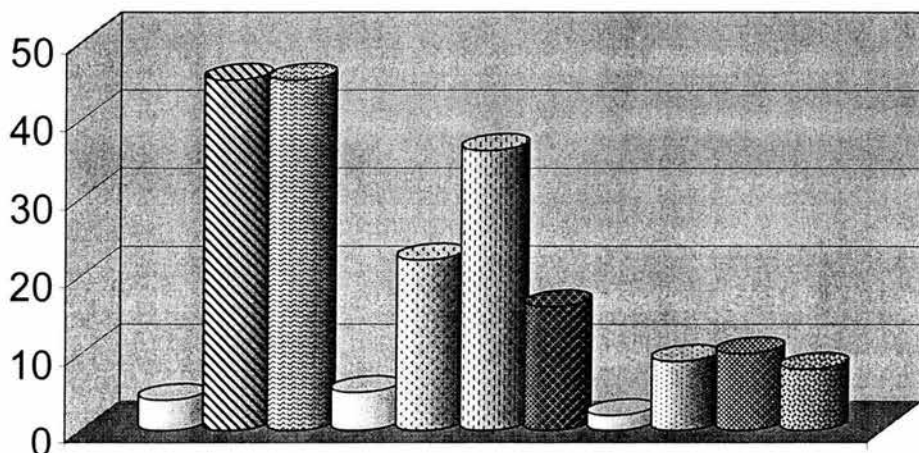
- El factor determinante del aumento de la expectativa de vida es el avance tecnológico en la medicina.
- La salud es una consecuencia del progreso médico.
- La enfermedad es el resultado de la falta de desarrollo tecnológico en una sociedad.
- La salud ha mejorado gracias a la biotecnología y medicina genómica.
- El resurgimiento de enfermedades infecciosas se debe a la falta de medicamentos.
- La medicina curará en el futuro todas las enfermedades.
- Los problemas para el desarrollo de la medicina nacional son la investigación, la tecnología y la innovación.
- La medicina en México debe alcanzar el nivel de desarrollo de EUA
- El objetivo de la medicina pública es proporcionar un nivel científico y técnico a la sociedad.

Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional de la Salud-Enfermedad



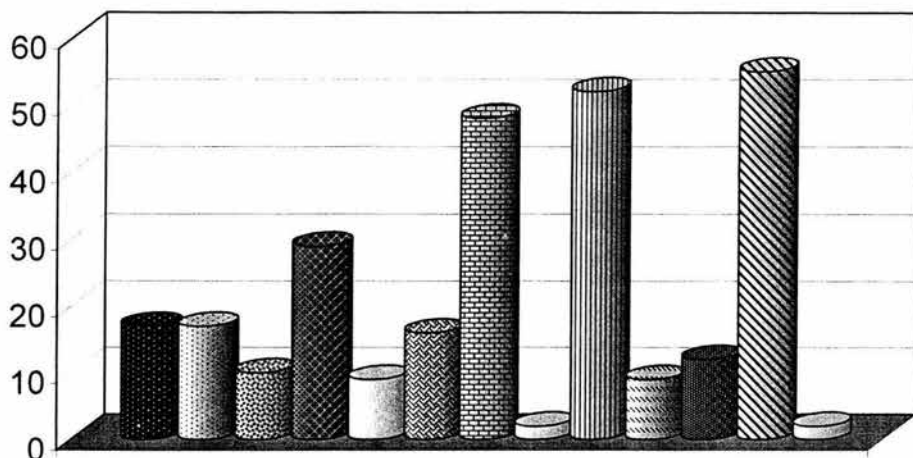
- Lo "normal" y lo "patológico" está determinado por los genes y el medio ambiente.
- El aumento en la expectativa de vida se debe a la especialización de los médicos.
- La salud es la ausencia de enfermedad.
- La enfermedad es un desequilibrio orgánico en parte determinado genéticamente.
- La práctica del chequeo médico ha mejorado la salud en el último siglo.
- La definición de salud de la OMS es la más completa y debe enseñarse como tal a los médicos.
- El resurgimiento de enfermedades infecciosas se debe a los cambios ecológicos.
- Actualmente la medicina cura la mayoría de las enfermedades.
- Para resolver los problemas del desarrollo de la medicina nacional se debe revisar los sistemas de comunicación entre los grupos del sector salud.
- El papel social de la medicina en México es contribuir con el avance del conocimiento científico.
- La medicina pública tiene como objetivo principal resolver los problemas médicos más urgentes de la sociedad.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva ideológica de la Salud-Enfermedad



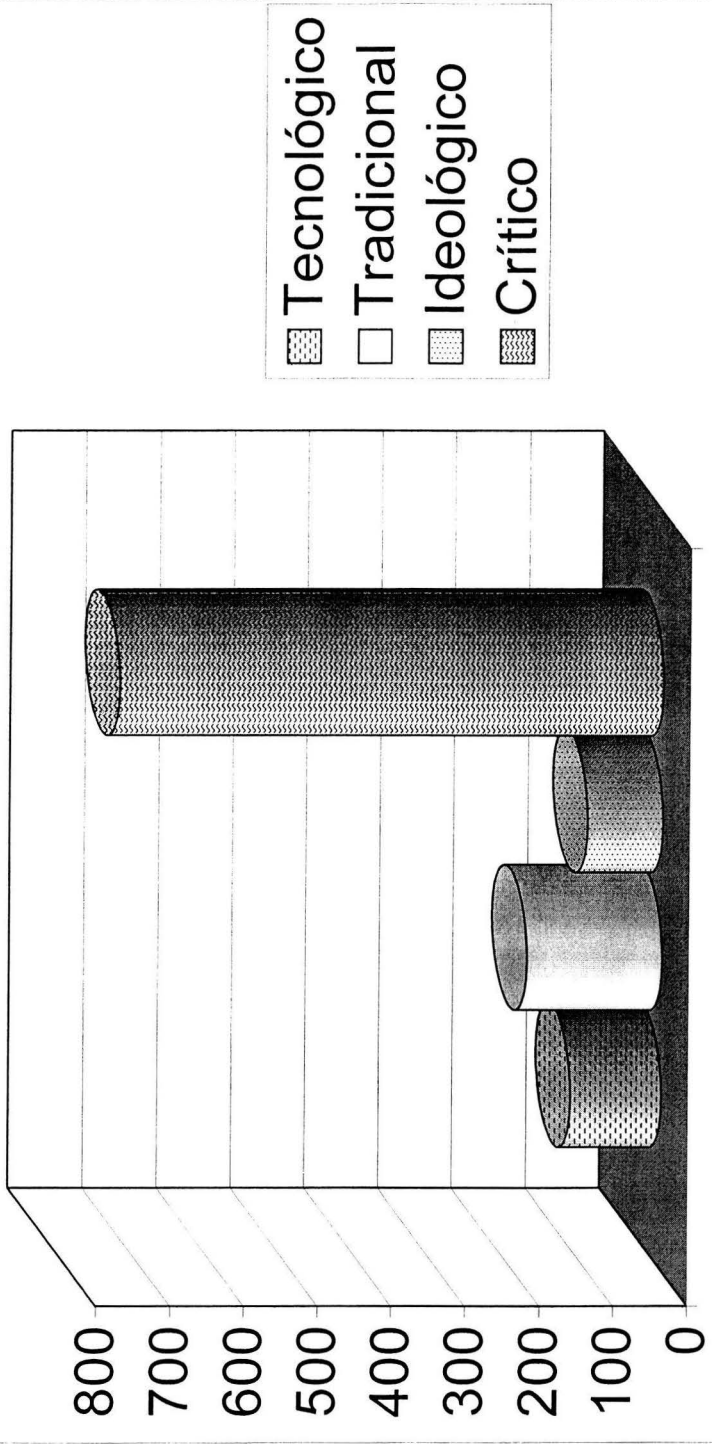
- Lo "normal" y lo "patológico" están determinados por la naturaleza.
- El aumento de la expectativa de vida es gracias a la investigación médica.
- La salud es estar al 100% en las capacidades físicas y mentales.
- La enfermedad es un hecho desagradable de la vida contra el que se debe luchar.
- El cambio en el estilo de vida es lo que ha mejorado la salud en el último siglo.
- (a) La definición de salud de la OMS engloba lo que piensa de la salud.
- (b) La definición de salud de la OMS es un ideal que debe perseguirse para lograrlo.
- El resurgimiento de enfermedades infecciosas se debe al fracaso de la medicina para su combate.
- Para el desarrollo de la medicina nacional se debe promover la difusión de la medicina en los medios de comunicación.
- El papel social de la medicina en México es competir con la medicina de otros países.
- El objetivo principal de la medicina pública es contribuir al avance del conocimiento médico en general.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica de la Salud-Enfermedad

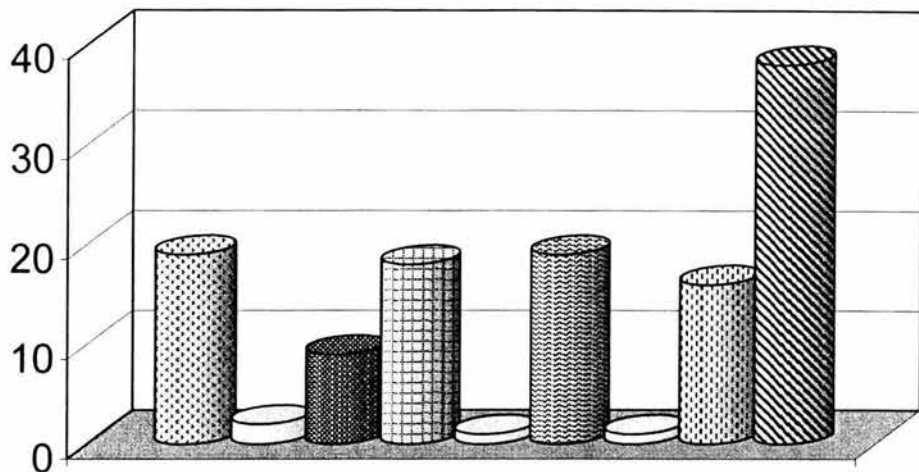


- Lo "normal" y lo "patológico" están determinados social y culturalmente.
- El aumento de la expectativa de vida se debe al mejoramiento de la salud pública.
- La salud es estar contento consigo mismo y con el entorno.
- La enfermedad es un concepto relativo que depende de la percepción del sujeto que la padece.
- No considera que haya una mejoría en la salud en el último siglo.
- La definición de salud de la OMS debe replantearse pues no refleja la realidad.
- (a) El resurgimiento de las enfermedades infecciosas se debe a la pobreza, mala alimentación, falta de educación para la salud.
- (b) El resurgimiento de enfermedades infecciosas se debe a la disminución del presupuesto de las campañas de prevención.
- (a) La medicina actualmente sólo controla la mayoría de las enfermedades.
- (b) La medicina en muchos casos es la génesis de enfermedades.
- Para el desarrollo de la medicina nacional se deben revisar los sistemas de comunicación entre los grupos del sector salud y los usuarios de los recursos médicos.
- El papel social de la medicina en México es resolver los problemas y necesidades más urgentes y socialmente prioritarias.
- La medicina pública cumple con una actividad específica como cualquier otra práctica profesional.

II. PRÁCTICA MÉDICA

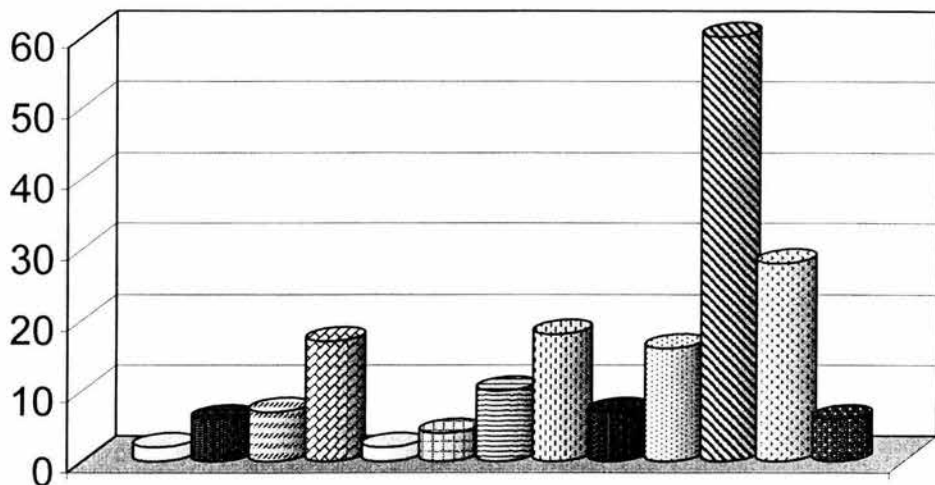


Contenidos que dan fundamento a la percepción tecnológica de la práctica médica



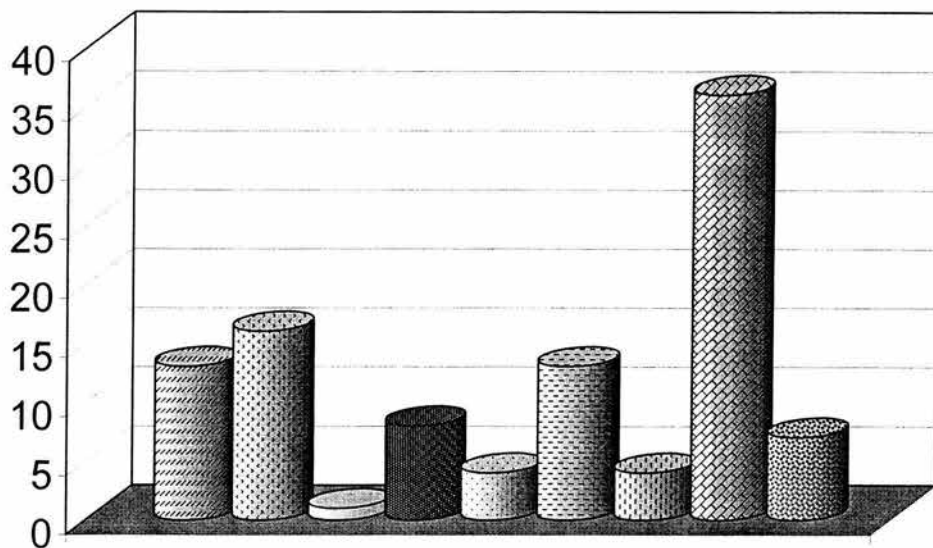
- El no contar con tecnología de punta es el mayor obstáculo para una buena práctica médica.
- Hacer una tomografía, resonancia magnética o electroencefalograma son las actividades que requieren el mayor grado de reflexión para su realización.
- La transcripción de las indicaciones médicas debe realizarse rápido, por lo que es de gran utilidad una computadora.
- Investiga en internet si el adscrito se ha equivocado en el tratamiento instituido.
- La tecnología de punta es el eje sobre el que debe girar la atención médica.
- La calidad de un médico en su práctica depende del uso que hace de los recursos tecnológicos.
- La medicina alternativa no es recomendable pues no ofrece los avances tecnológicos alcanzados.
- A mayor avance tecnológico, mejor calidad de atención médica.
- Todas las personas deben realizarse un chequeo médico completo al menos una vez al año.

Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional de la práctica médica



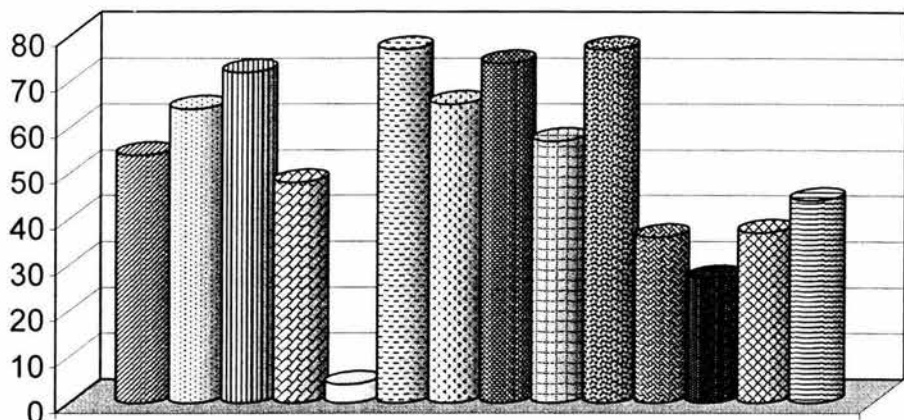
- El no contar con todas las revistas de la especialidad, o internet, es el mayor obstáculo para una buena práctica médica.
- La actividad que requiere mayor grado de reflexión es la realización de la nota de alta.
- La transcripción de las indicaciones médicas sólo debe reflexionarse en los puntos importantes.
- Si considera erróneo el tratamiento de un adscrito, cambia la indicación médica.
- El médico es el eje sobre el que debe girar la atención médica.
- La calidad de un médico en su práctica depende de su productividad en publicaciones.
- El éxito personal lo valora en relación al reconocimiento internacional por las publicaciones realizadas.
- El cuidado de la salud es en su mayor parte responsabilidad del médico.
- Si surge un nuevo medicamento lo recomienda a pesar del costo, ya que debe estar actualizado.
- El incremento de la medicina alternativa se debe a ignorancia de la población.
- No recomienda la medicina alternativa pues no se basa en el método científico.
- El nivel de la medicina es el que determina el avance tecnológico en salud.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica de la práctica médica



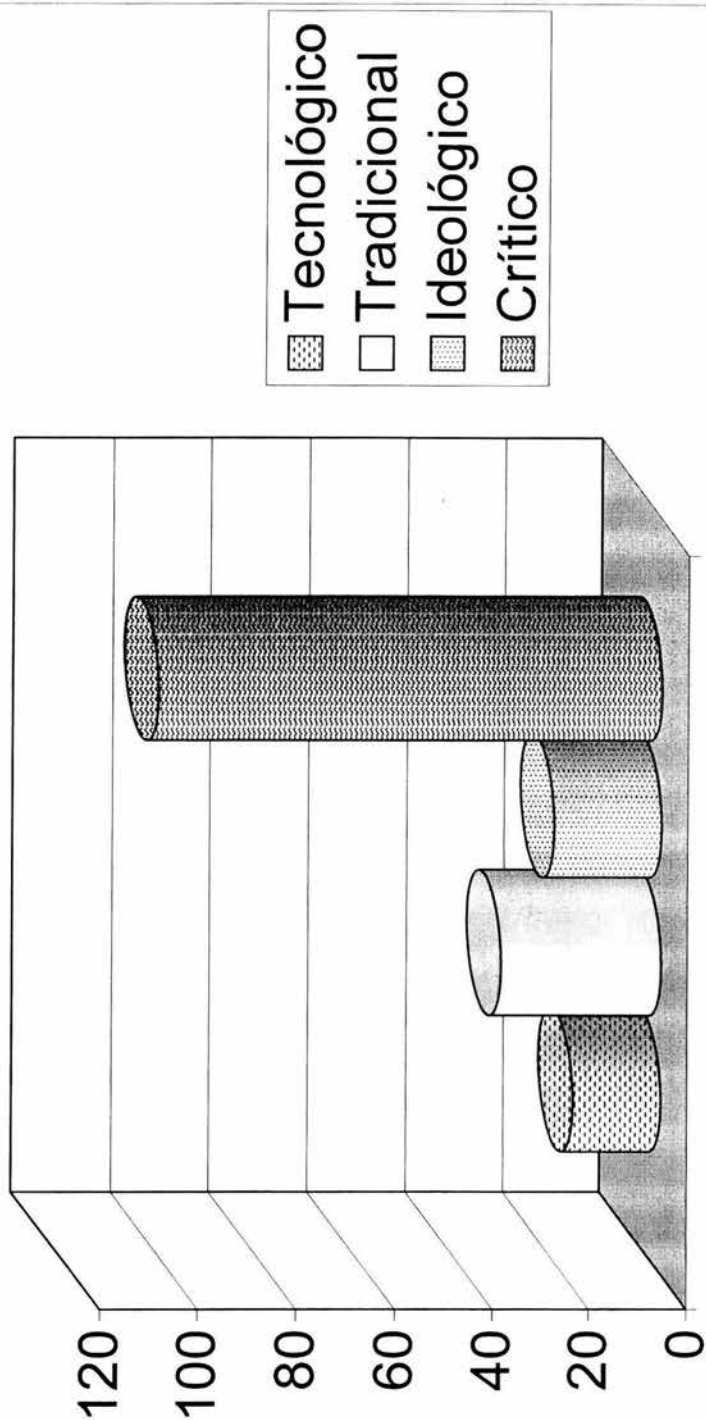
- El mayor obstáculo para una buena práctica médica es la falta de cooperación por parte del paciente.
- Realizar un procedimiento quirúrgico es la actividad que requiere el mayor grado de reflexión.
- No cambia una indicación que considera incorrecta, ni cuestiona al adscrito, para evitar problemas.
- La enfermedad es el eje sobre el que debe girar la atención médica.
- El éxito personal lo valora por la remuneración económica alcanzada o el ascenso a puestos de importancia en los consejos.
- El cuidado de la salud es responsabilidad en su mayor parte del gobierno.
- Si surge un medicamento nuevo lo recomienda aún si es costoso pues eso significa que es eficaz.
- El incremento de la medicina alternativa se debe a la publicidad en los medios masivos de comunicación.
- El nivel de la medicina practicada no tiene ninguna relación con el avance tecnológico.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica de la práctica médica

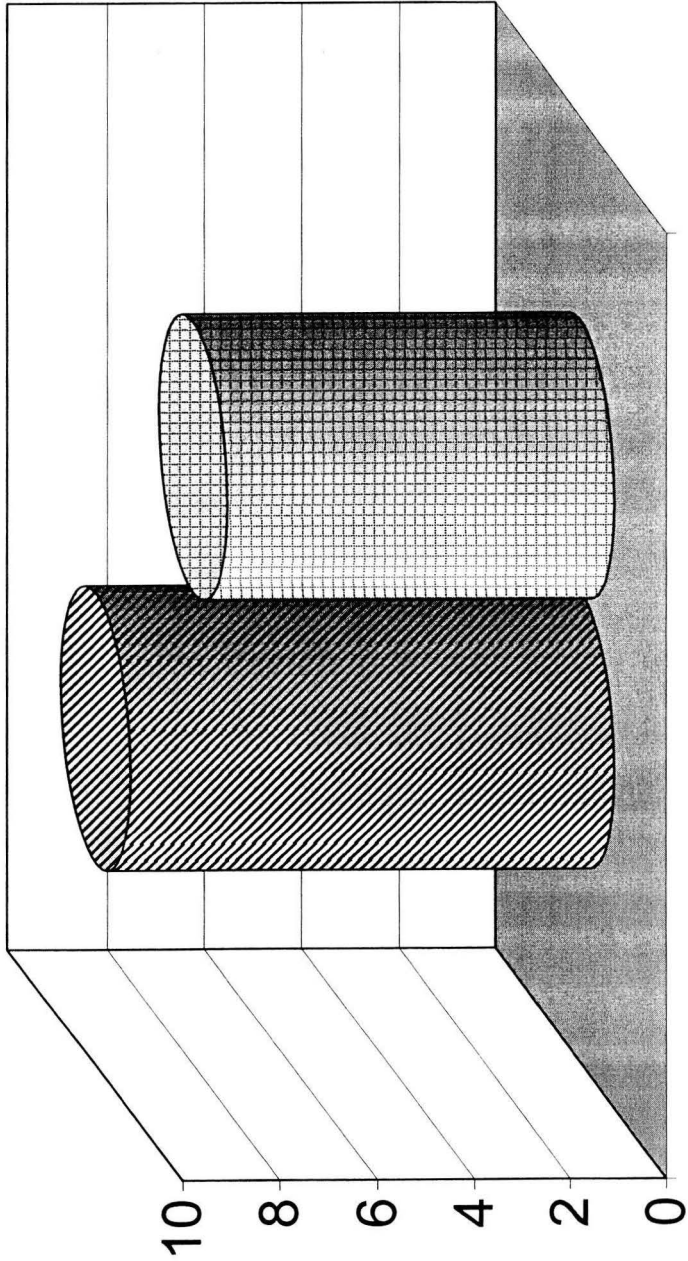


- El mayor obstáculo para una buena práctica médica es la falta de una actitud reflexiva del médico.
- La actividad que requiere mayor reflexión es la realización de la historia clínica y nota de ingreso.
- La transcripción de las indicaciones debe reflexionarse en cada punto anotado.
- (a) Si una indicación del adscrito le parece errónea, lo cuestiona aunque pueda disgustarse.
- (b) Si una indicación del adscrito le parece errónea lo comenta con el jefe del servicio.
- El paciente es el eje sobre el que debe girar la atención médica.
- La calidad de un médico en su práctica la valora a partir de su trato a los pacientes.
- Su éxito personal lo valora por el reconocimiento de sus pacientes.
- El cuidado de la salud en su mayor parte es responsabilidad del paciente.
- Si surge un nuevo medicamento lo recomienda sólo si no hay un sustituto de menor precio en el mercado.
- El incremento de la medicina alternativa se debe a la falta de una respuesta adecuada de la alopática.
- Recomienda la medicina alternativa como complemento o sustitución de la alopática en algunos casos.
- El nivel de la medicina practicada no depende exclusivamente del avance tecnológico.
- El chequeo médico completo lo recomienda dependiendo de cada persona, su estilo de vida y la patología que desee descartar.

III. HOSPITAL

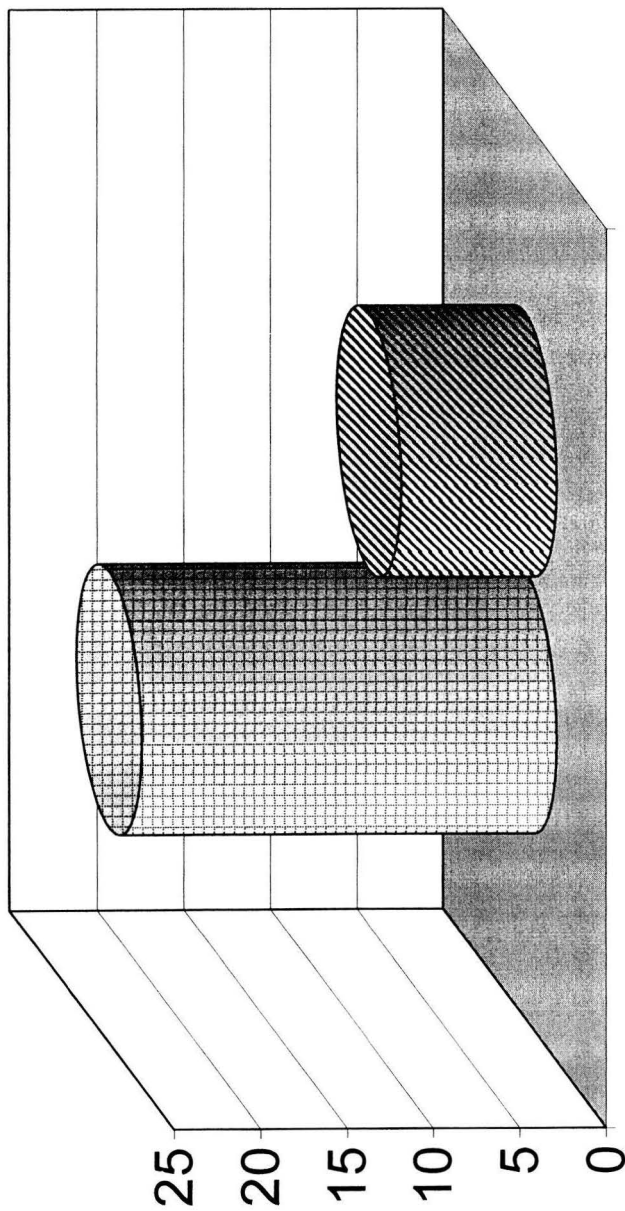


Contenidos que dan fundamento a la percepción tecnológica de la relación con el Hospital



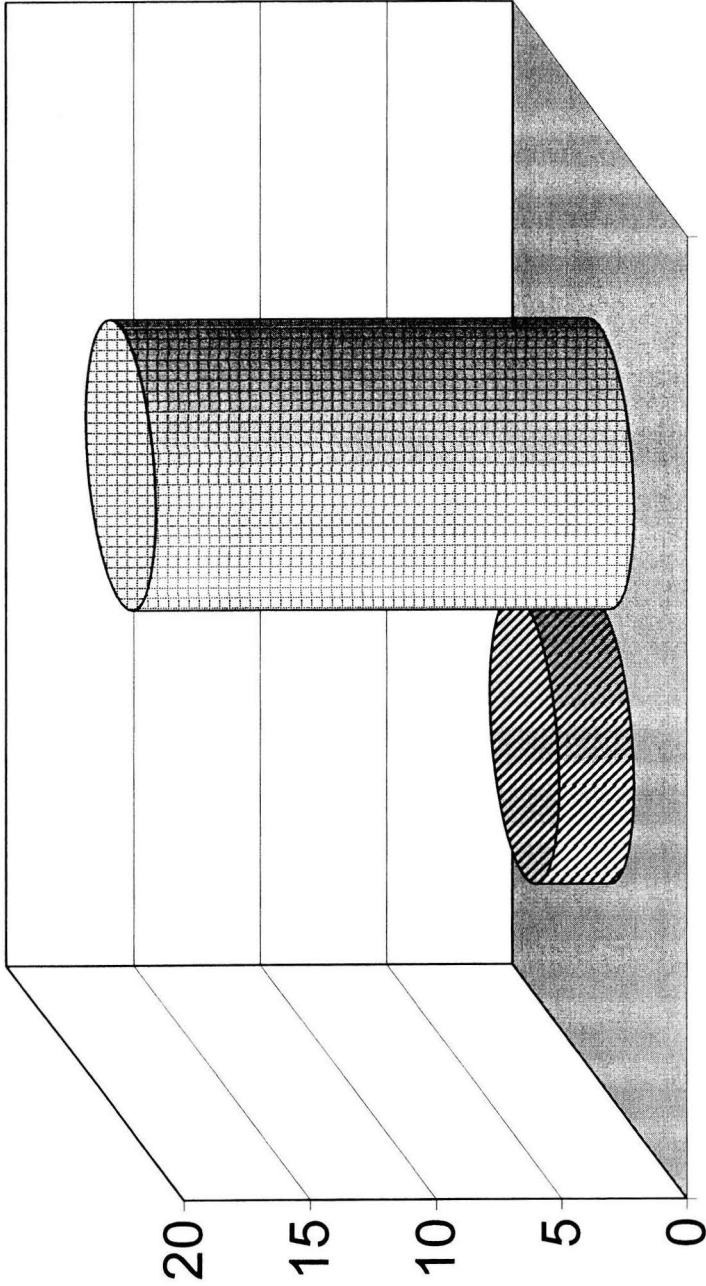
- ▨ Las infecciones nosocomiales se deben principalmente a la obsolescencia de los equipos del hospital
- ▣ Contar con tecnología de punta es lo fundamental para mejorar la atención del paciente.

Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional de la relación con el Hospital.



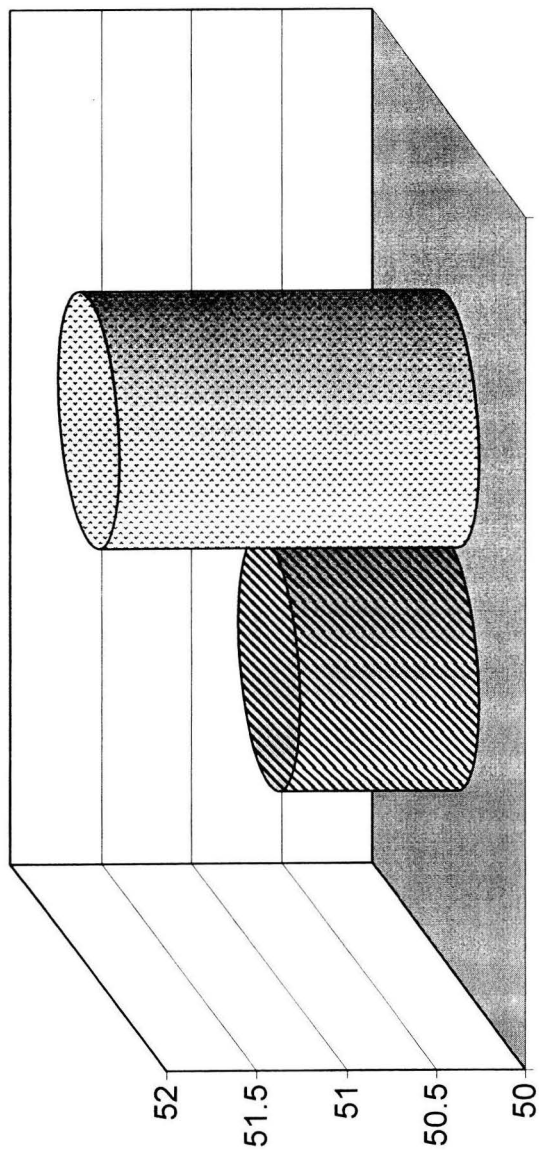
- Las infecciones nosocomiales de deben principalmente al tipo de patología del paciente.
- El requisito fundamental para mejorar la atención del paciente es el incremento de los recursos.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica en relación con el Hospital.



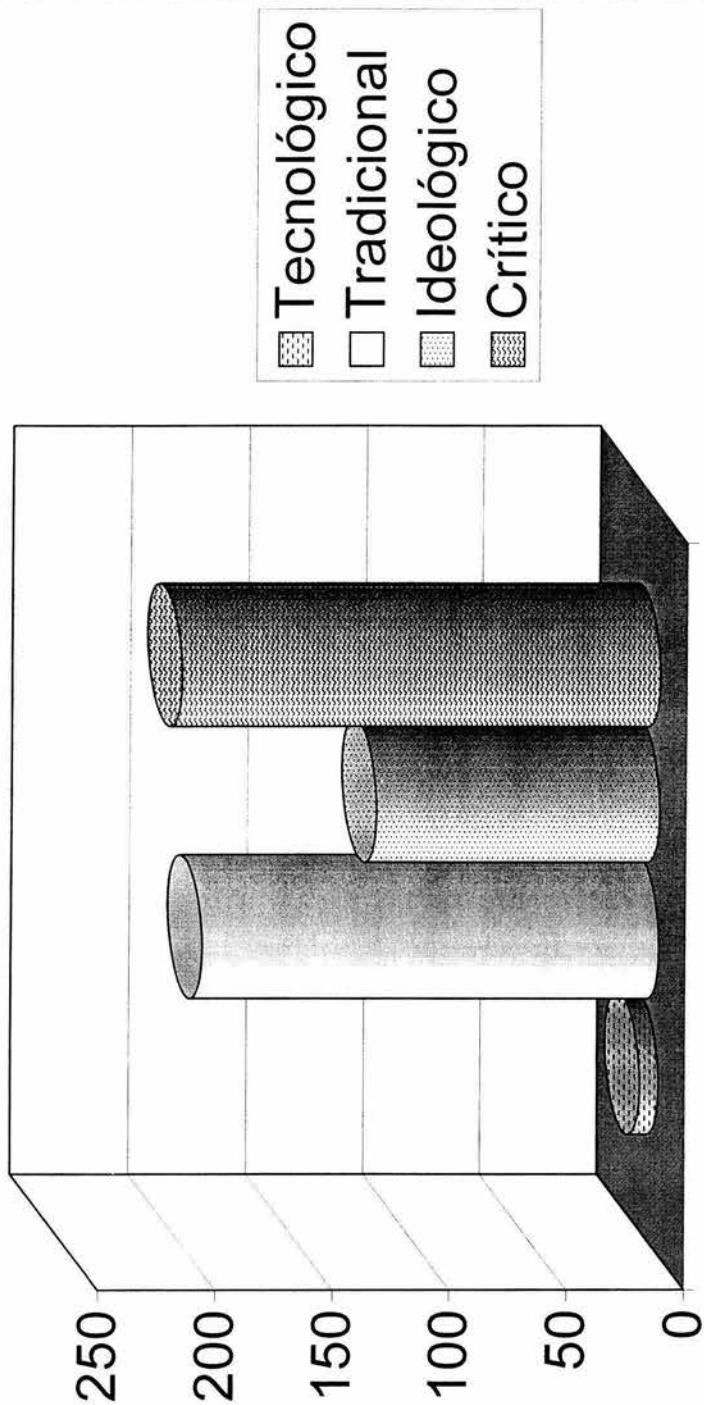
- Las infecciones nosocomiales se deben a que el hospital tiene enfermos graves.
- El requisito fundamental para mejorar la atención del paciente es disminuir el número de pacientes por médico.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica en relación con el Hospital.

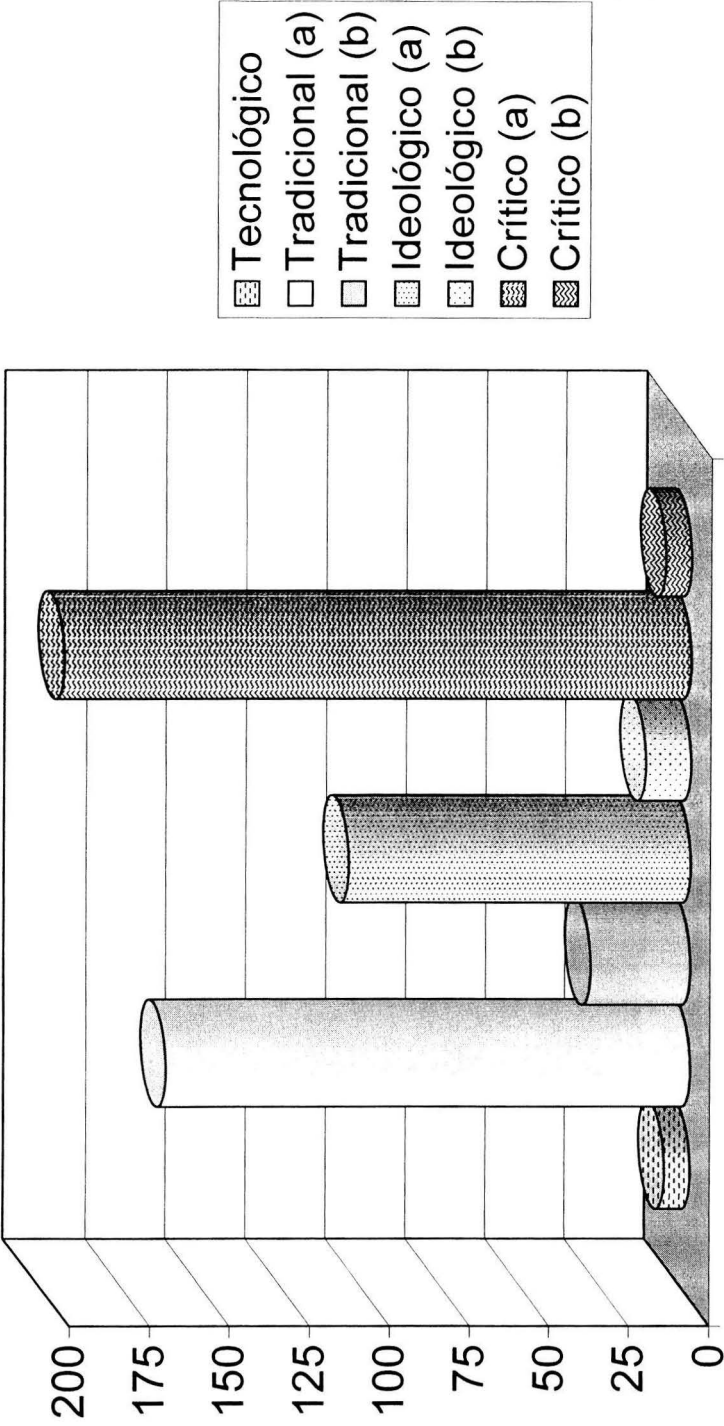


- ▨ Las infecciones nosocomiales se deben principalmente a la falta de cuidado en la higiene del personal de salud.
- ▩ Para mejorar la atención del paciente es fundamental que exista una participación amplia y comprometida del personal de salud hacia el paciente.

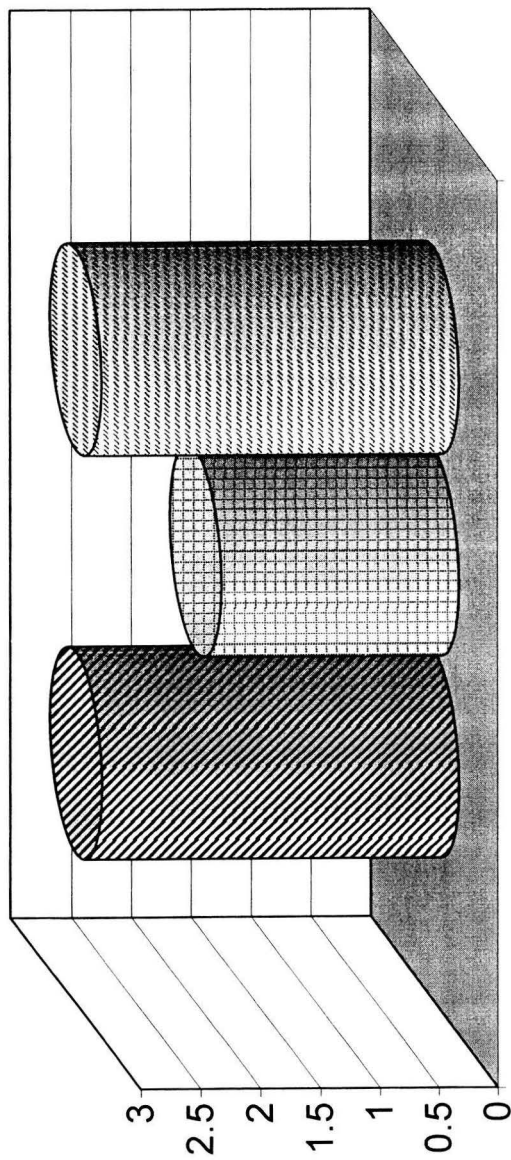
IV. APRENDIZAJE



IV. APRENDIZAJE



Contenidos que dan fundamento a la percepción tecnológica del aprendizaje

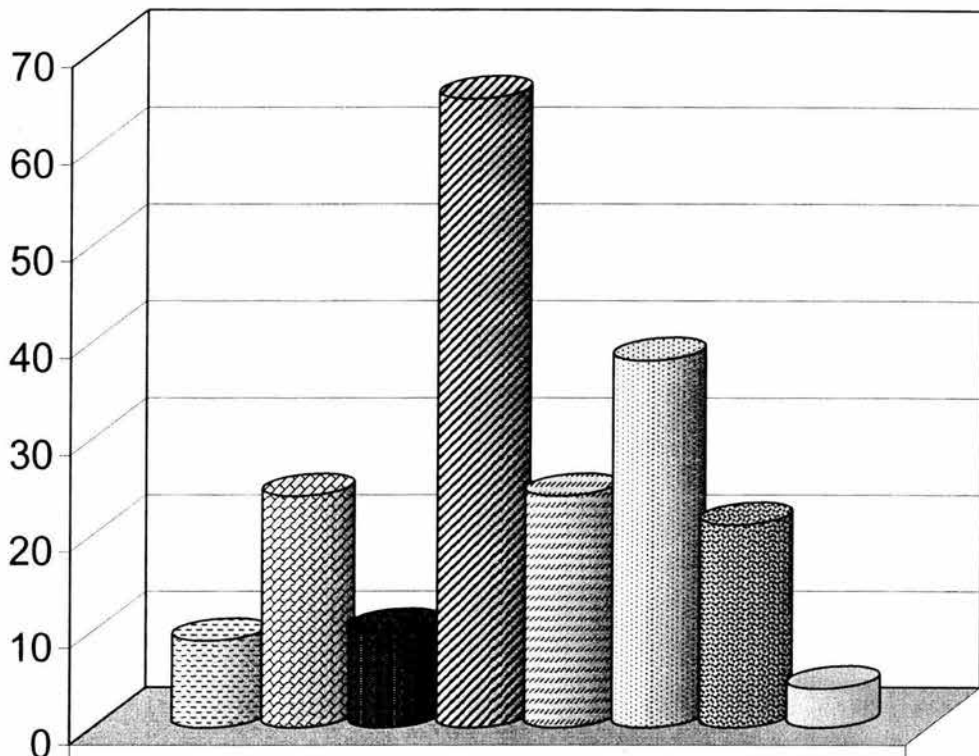


▨ La falta de aulas, proyectores, computadoras y cañones son el mayor obstáculo para el aprendizaje del residente.

▩ El manejo de la tecnología de punta forma parte primordial del aprendizaje del residente.

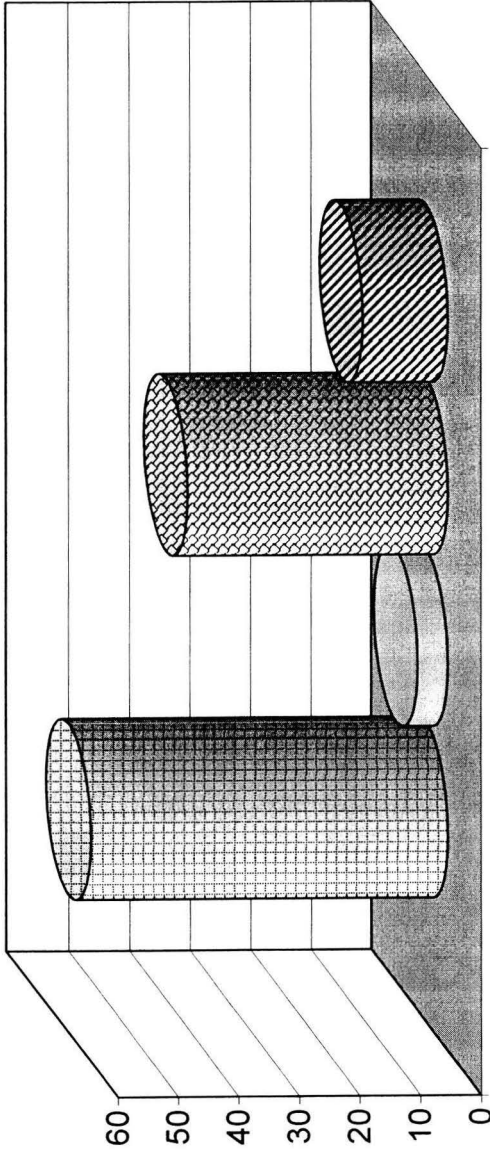
▨ La calidad de una clase depende de la tecnología educativa con la que se cuenta.

Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional del aprendizaje



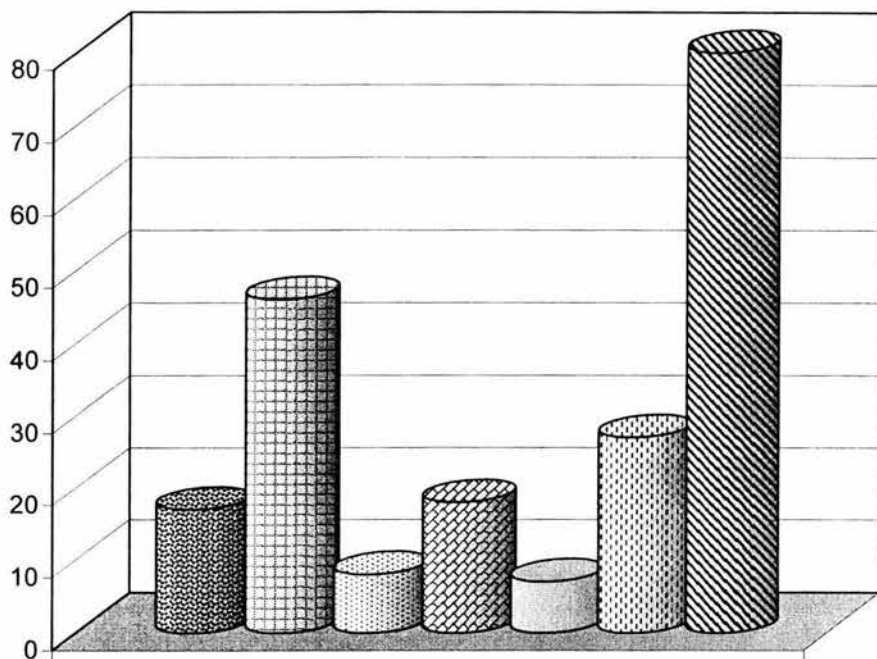
- El mayor obstáculo para el aprendizaje del residente es la falta de compromiso de los médicos adscritos para impartir clases.
- (a) El paso de visita con el médico tratante es la fuente primordial del aprendizaje del residente.
- (b) La fuente primordial del aprendizaje del residente son los temas desarrollados en clase.
- La presencia del residente en la institución es de beneficio mutuo, para el residente por estar en formación, y para la institución ya que constituye mano de obra barata.
- La remuneración que da la institución al residente es adecuada.
- (a) La información de las revistas médicas es la parte primordial de la formación del médico.
- (b) La información que imparten los médicos adscritos es la parte primordial del aprendizaje.
- La calidad de una clase está en relación directa a que sea impartida por un profesor de renombre.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica en el aprendizaje



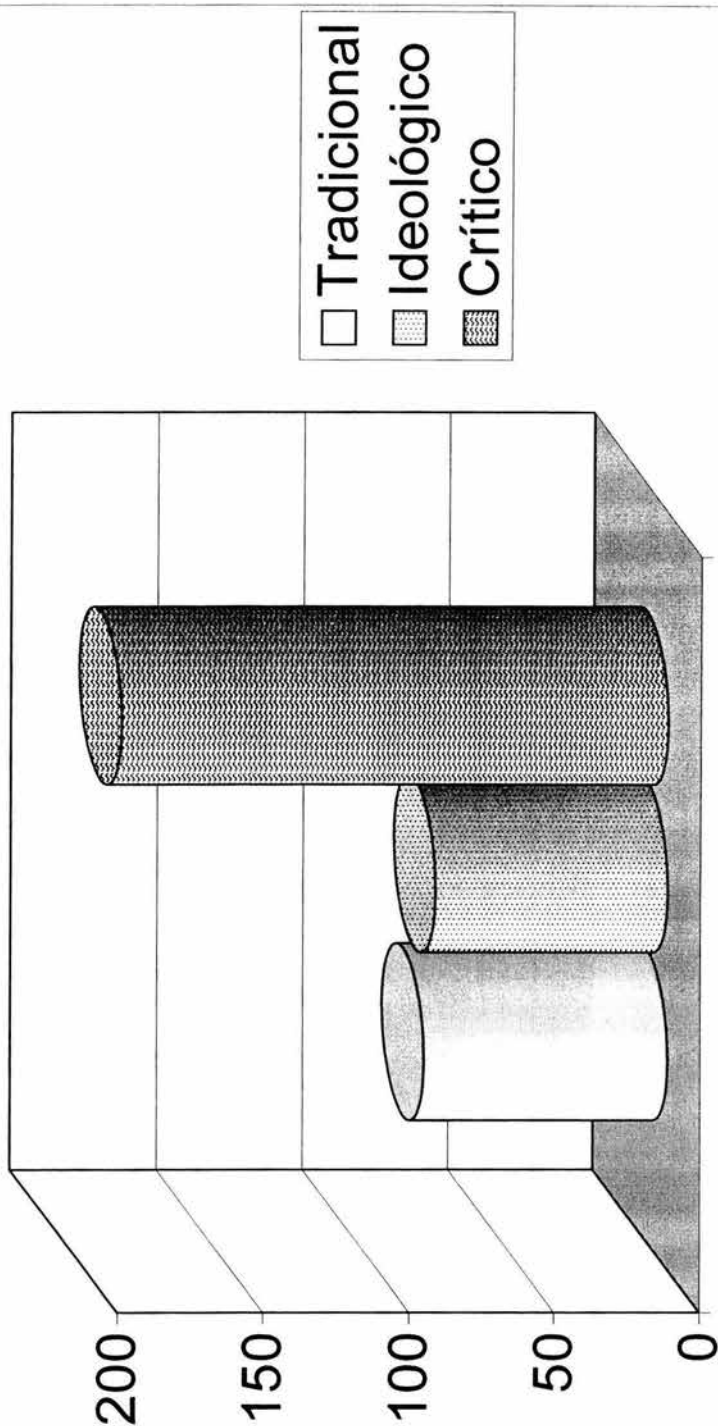
- La sobrecarga asistencial es el mayor obstáculo para el aprendizaje.
- La presencia de los residentes en la institución es ante todo de beneficio para ésta última, ya que son mano de obra barata.
- (a) La institución debería dar una mayor remuneración económica a los residentes.
- (b) Sería injusto que la institución no remunerara económicamente a los residentes.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica del aprendizaje

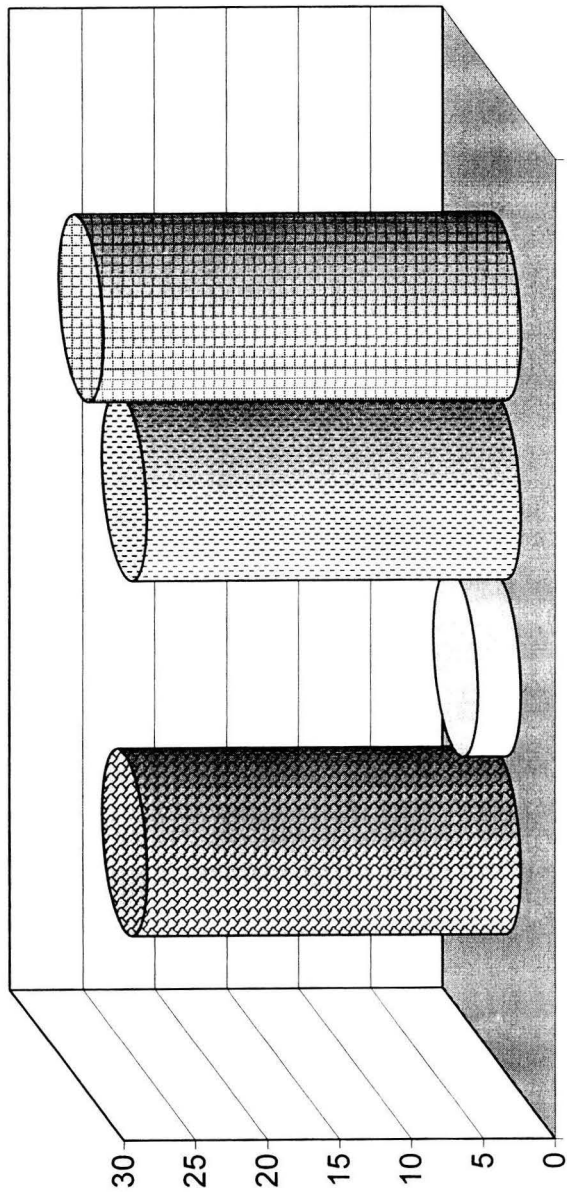


- El mayor obstáculo para el aprendizaje lo constituye la falta de compromiso por parte del propio residente.
- (a) La fuente primordial del aprendizaje es el estudio de cada paciente de manera individual.
- (b) Las guardias (actividad clínica complementaria) es la fuente primordial del aprendizaje del residente.
- La presencia del residente en la institución es ante todo beneficiosa para él mismo, ya que está en etapa de formación.
- En el período de adiestramiento el residente debería considerarse afortunado, aún cuando no percibiera una remuneración económica.
- La información obtenida de los libros de la especialidad son parte primordial del aprendizaje como residente.
- La calidad de una clase está en relación directa con el debate y la participación que en ella se genere.

V. COMUNICACIÓN

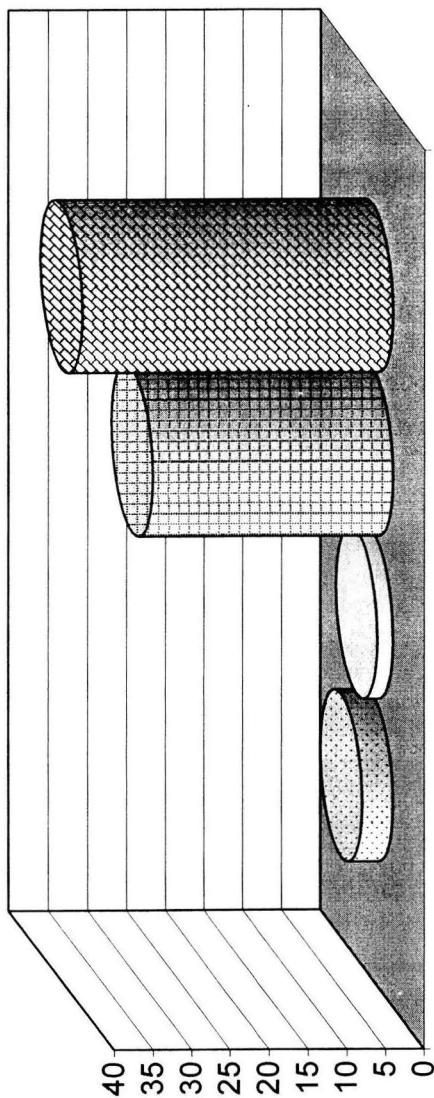


Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional de la comunicación.



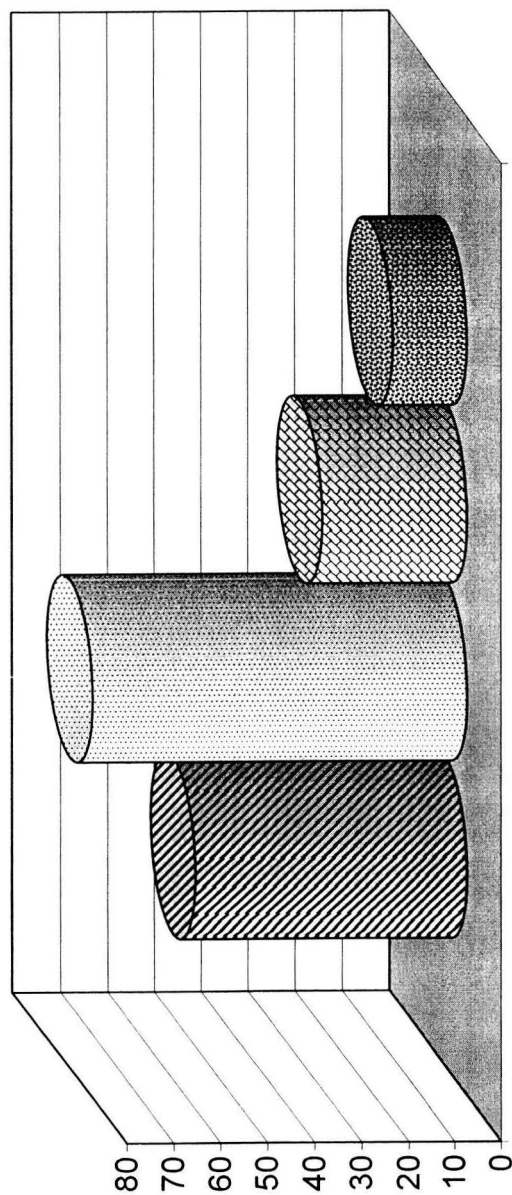
- Reúne a paciente y familiar para comunicar un resultado VIH positivo.
- Ud. no solicita un estudio a requerimiento del paciente ya que dado que Ud. es el médico es quien debe decidir.
- Las diversas asociaciones y consejos médicos reflejan el grado de desarrollo de las diferentes especialidades médicas.
- La pertenencia a las sociedades profesionales asegura la vinculación del médico con los avances científicos.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica en la comunicación.



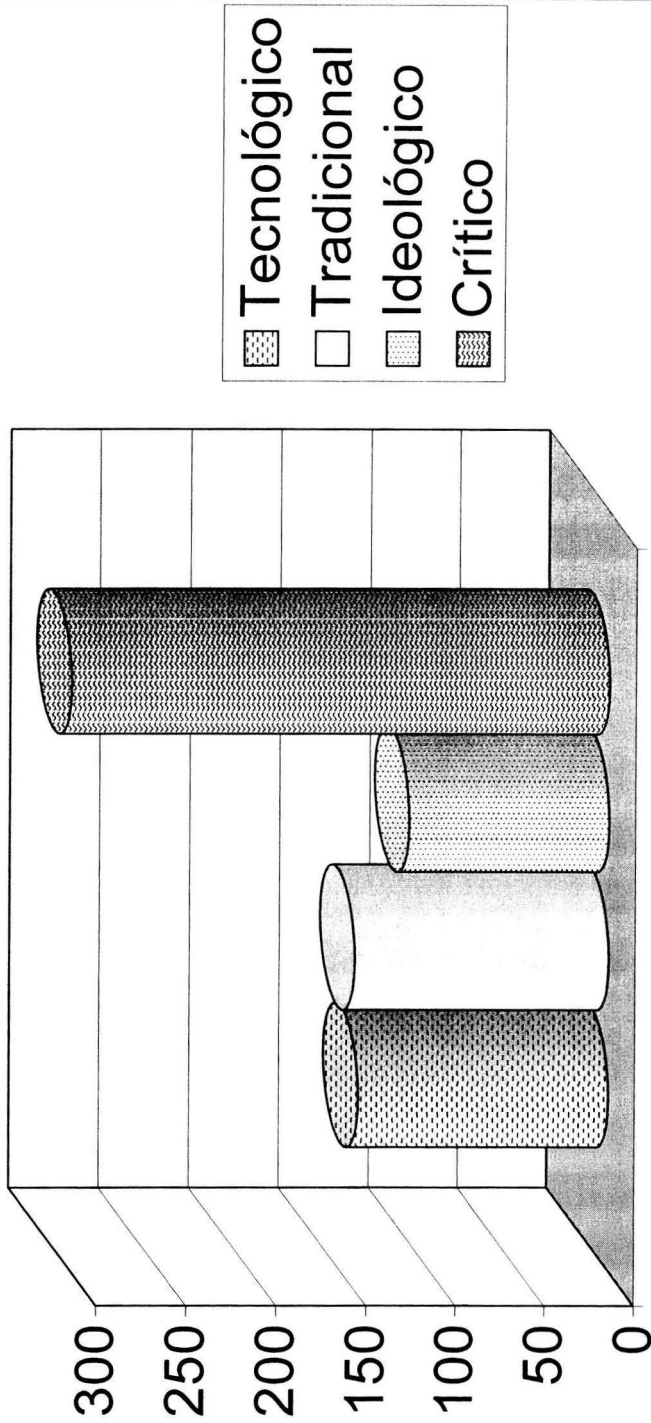
- Un resultado VIH positivo lo comunica en primera instancia al familiar.
- Para satisfacer al paciente solicita los estudios que éste le demande.
- Las diversas asociaciones y consejos médicos representan un verdadero espacio de debate científico.
- La pertenencia a las asociaciones profesionales facilita el intercambio de conocimiento entre los médicos.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica en la comunicación.

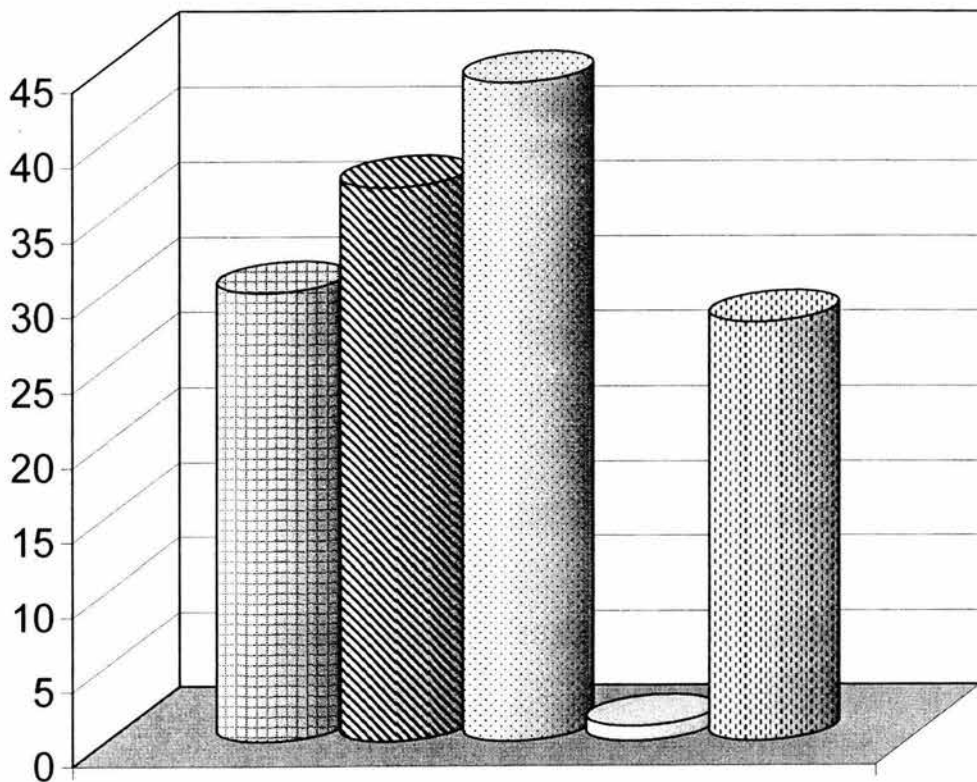


- Un resultado VIH positivo lo comunica en primera instancia al paciente.
- Ud. explica al paciente por qué no está justificado un estudio que él demanda.
- Las diversas asociaciones y consejos médicos representan espacios de poder que tienen poco que ver con el avance científico.
- La pertenencia a las asociaciones profesionales es un espacio para establecer relaciones político-institucionales con los miembros de la especialidad.

VI. CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN

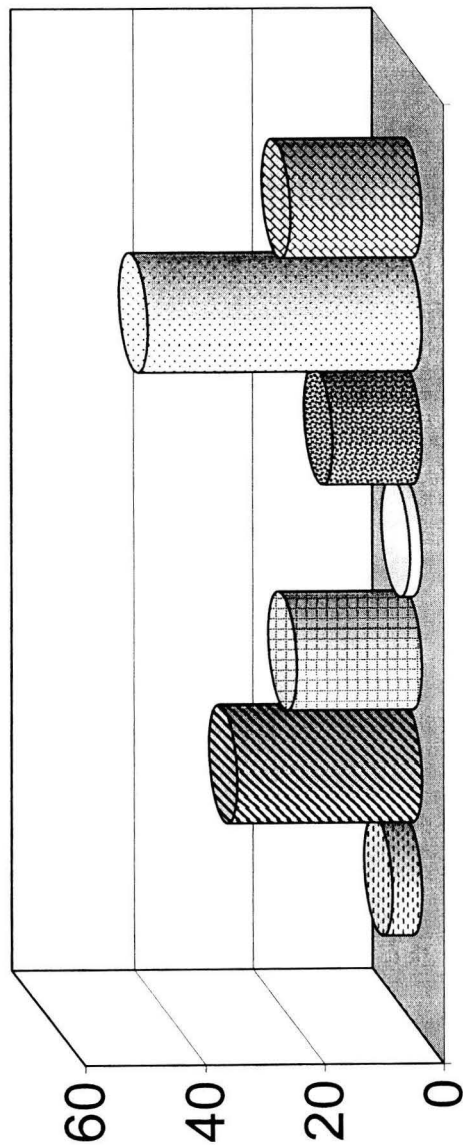


Contenidos que dan fundamento a la percepción tecnológica del conocimiento



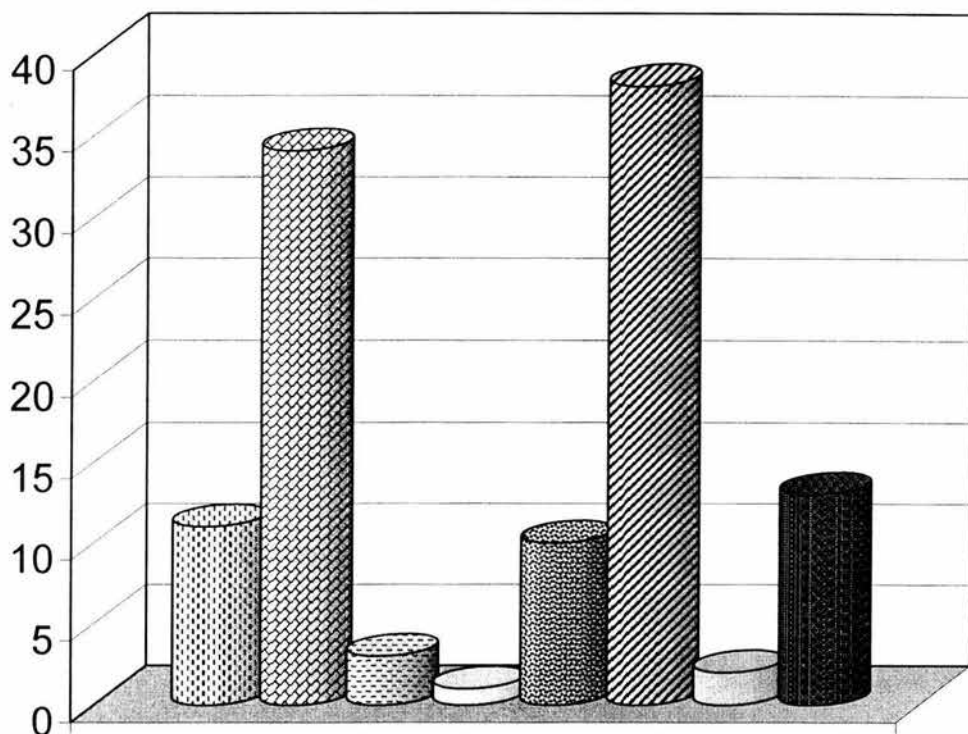
- La medicina basada en la evidencia es el estándar de oro del conocimiento médico.
- La medicina que puede realizarse en México en la actualidad es regular pues no se cuenta con tecnología de punta.
- La terapia génica podrá curar todas las enfermedades en el futuro.
- La aparición de gérmenes multi-resistentes se debe a la falta de desarrollo de nuevos fármacos.
- Los avances tecnológicos en información han sido determinantes para mejorar la calidad de atención médica.

Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional del conocimiento



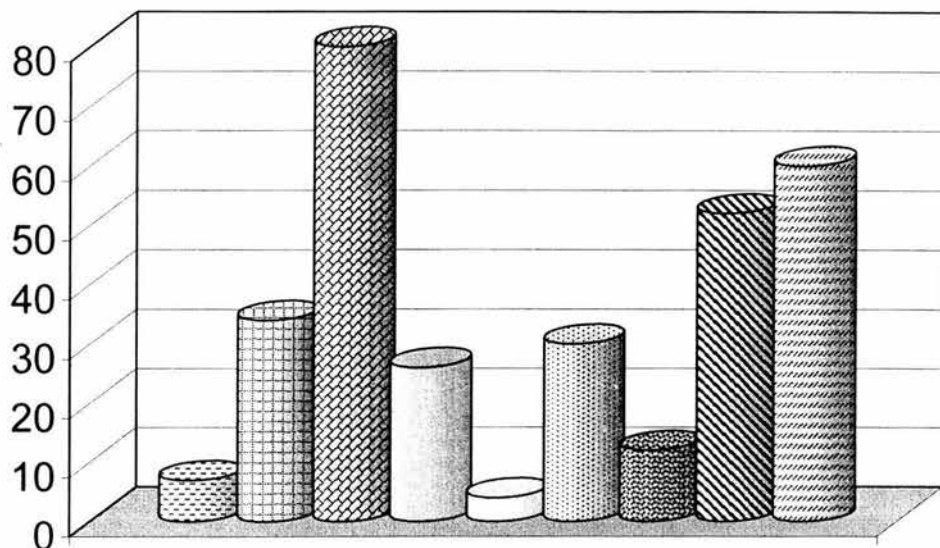
- (a) Las publicaciones médicas son un factor de satisfacción del trabajo médico tanto individual como institucional.
- (b) Las publicaciones médicas impulsan la actividad científica institucionalizada y de los investigadores.
- La medicina basada en la evidencia científica asegura el mejor tratamiento médico.
- La publicación en revistas internacionales es lo que da valor al producto de la investigación médica.
- La medicina que actualmente se puede realizar en México es regular pues no hay médicos tan actualizados como en E.E.U.U.
- La selección de los objetivos de investigación dependen de cada investigador y de las tendencias predominantes.
- La aparición de gérmenes multi-resistentes se debe ante todo a la automedicación de antibióticos por parte de la población.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica acerca del conocimiento



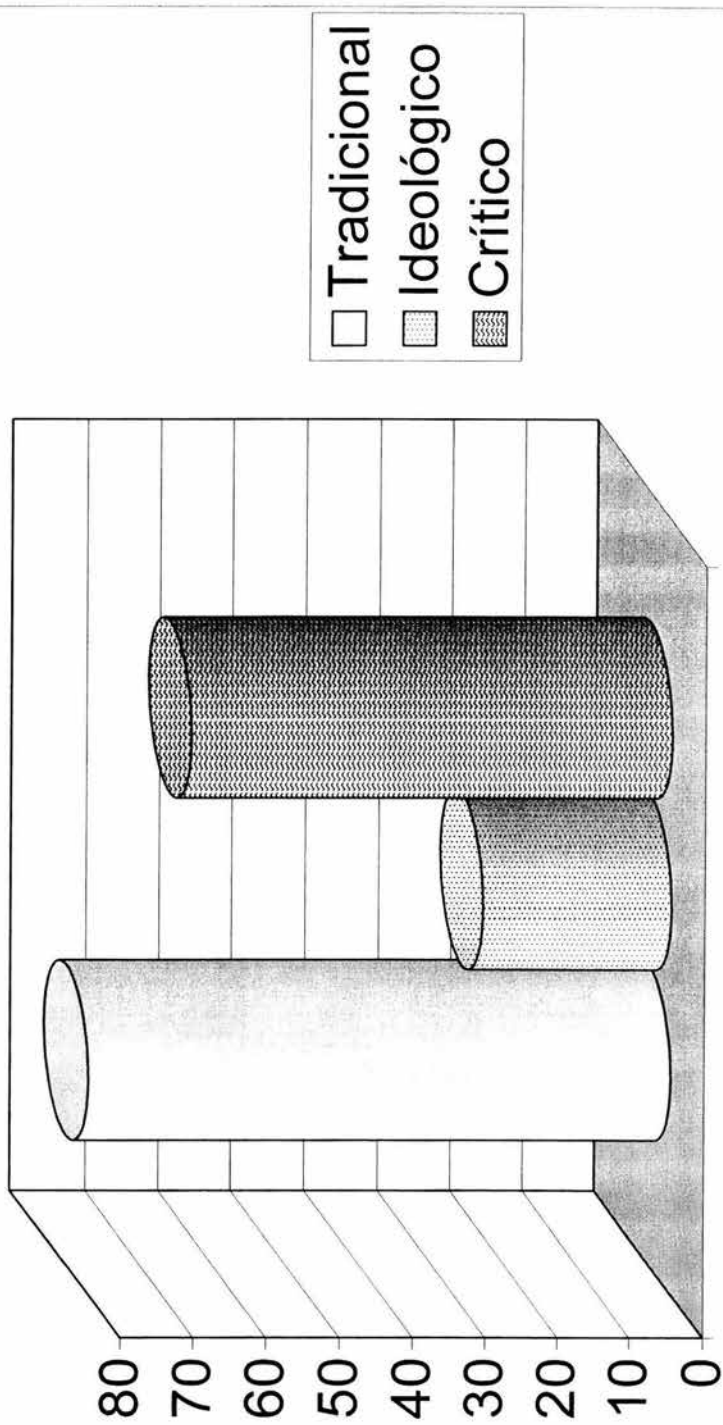
- (a) Las publicaciones médicas reflejan el grado de desarrollo de una sociedad.
- (b) Las publicaciones médicas socializan el conocimiento y contribuyen a la consolidación de la cultura científica.
- La medicina basada en la evidencia es una forma de protegerse contra las demandas médicas.
- El valor del producto de la investigación depende del reconocimiento que de él hagan los miembros del gremio médico.
- La medicina que es posible ejercer actualmente en México (en comparación con la de E.E.U.U.) es mala.
- La selección de los objetivos de investigación obedece a los requerimientos científicos o sociales del país.
- La terapia génica no afectará el curso de la medicina y las enfermedades.
- La aparición de gérmenes multi-resistentes se debe fundamentalmente a la mutación de los gérmenes por su propia evolución.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica del conocimiento

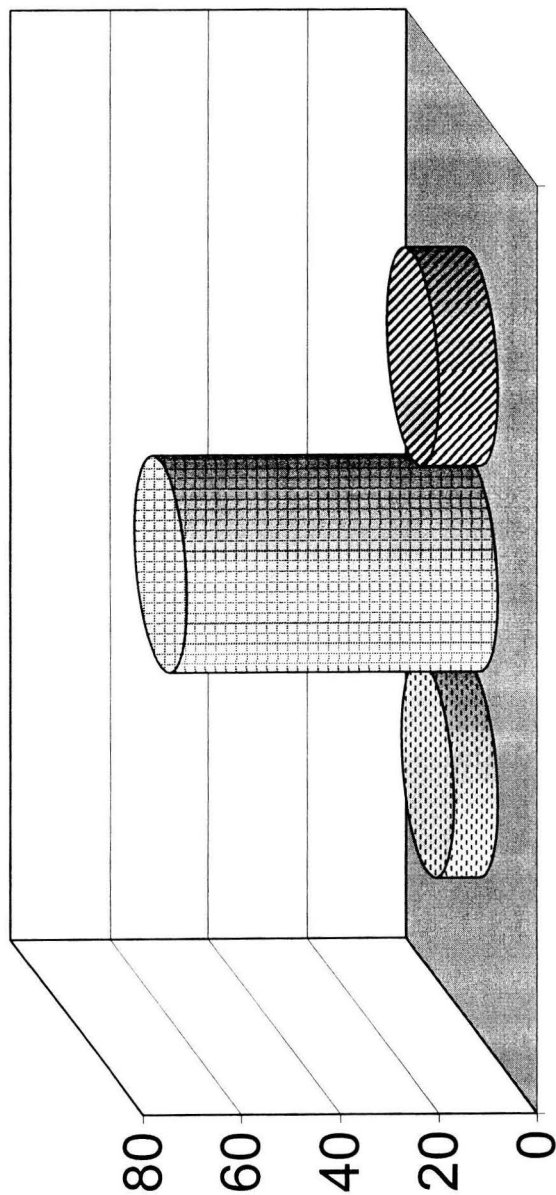


- Las publicaciones médicas representan un sistema de comunicación en el que se plasman los intereses y valores de los investigadores.
- La medicina basada en la evidencia es una herramienta para el conocimiento médico que no debe utilizarse a la ligera.
- Lo que da valor al producto de la investigación es su originalidad o impacto social.
- La medicina que es posible ejercer en México en la actualidad es muy buena pues se cuenta con tecnología suficiente y médicos bien preparados.
- La selección de objetivos de investigación obedece en gran medida al grado de adecuación con los requerimientos de la industria farmacéutica.
- (a) La terapia génica siempre tendrá un beneficio limitado y parcial.
- (b) La terapia génica polarizará aún más la diferencia entre ricos y pobres en su acceso a la medicina.
- La aparición de gérmenes multi-resistentes se debe fundamentalmente a la utilización indiscriminada de antibióticos por parte de los médicos.
- Los avances tecnológicos en información pueden ser positivos o negativos, dependiendo de su uso.

VII. IDENTIDAD



Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional de la Identidad

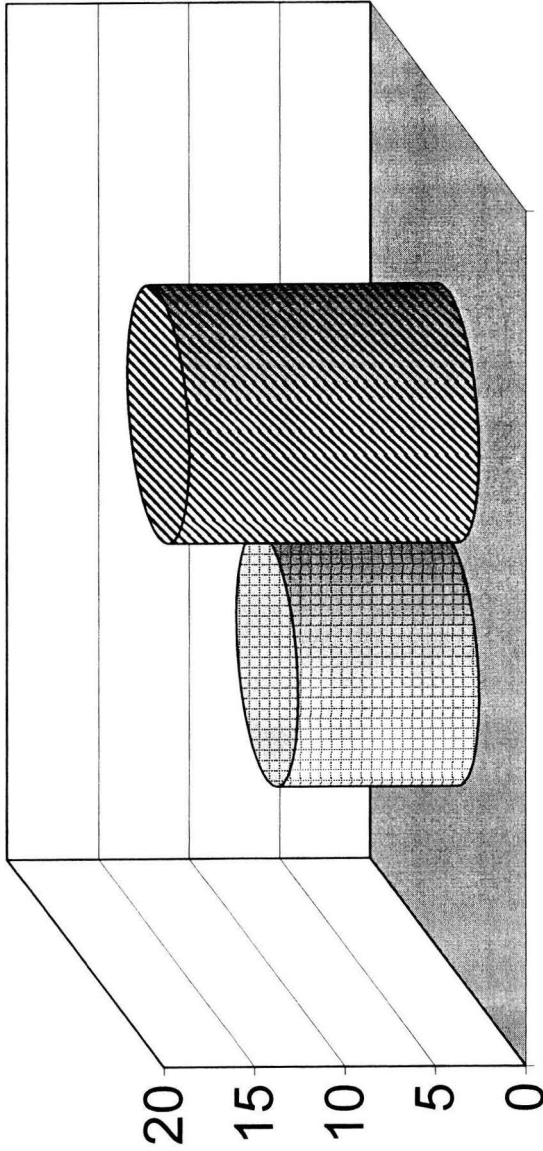


(a) El médico es un profesional cuyo quehacer fundamental es curar enfermos.

(b) El médico es un profesional que norma su actividad cotidiana en función de su contribución con el avance científico y tecnológico del país.

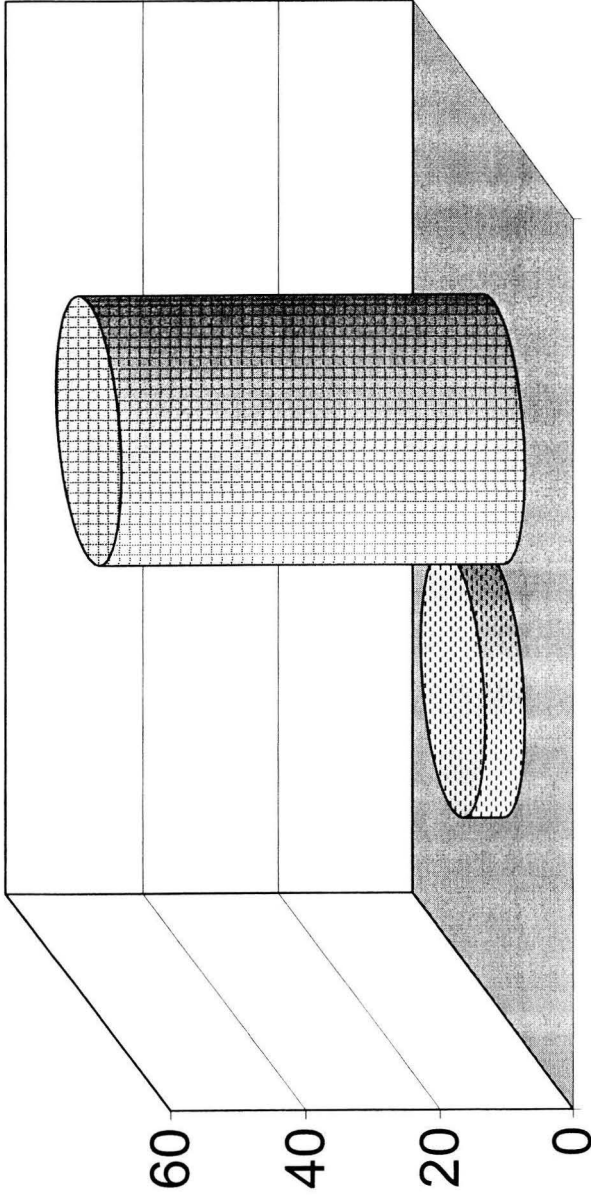
La posición del médico en la sociedad se ha incrementado gracias a los logros de la medicina.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica en relación a la Identidad



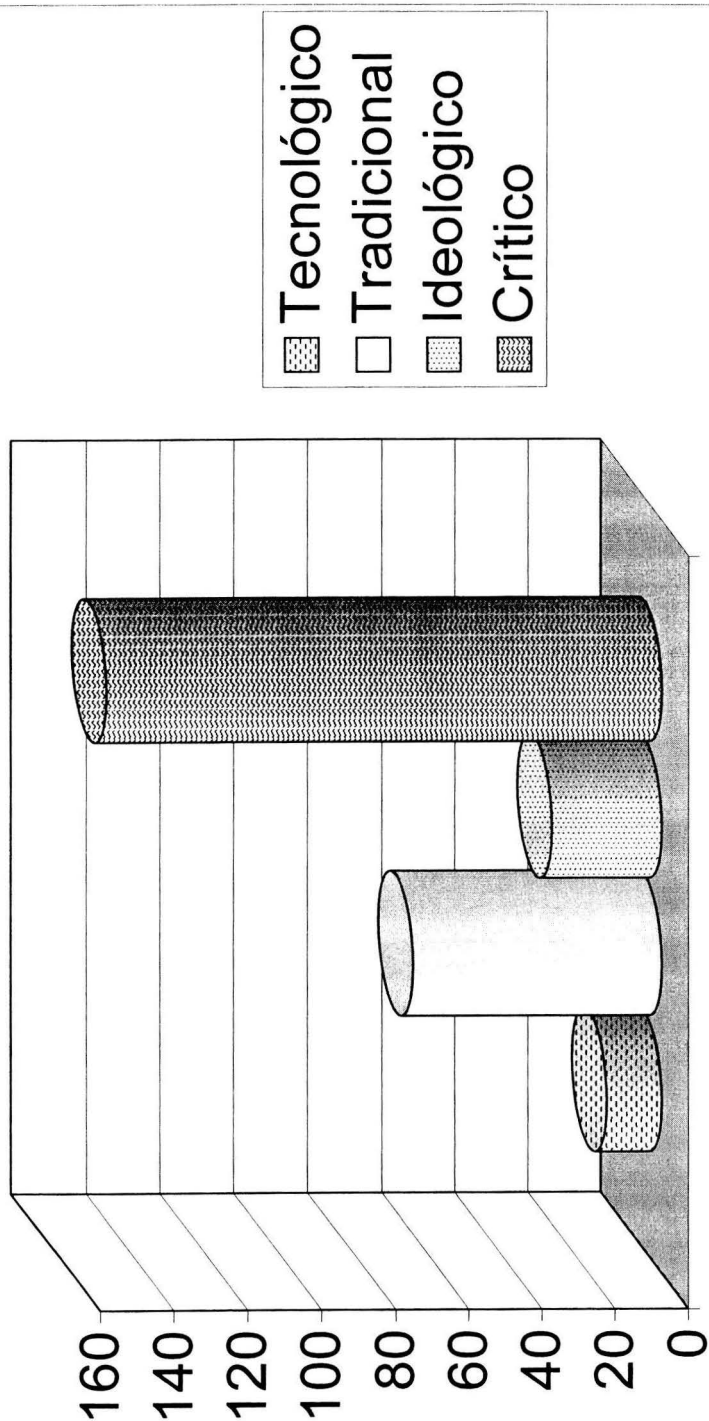
- ▣ El médico es un profesional que puede desarrollar su actividad de manera individual, sin depender de otros profesionales y al margen de las instituciones.
- ▨ La posición del médico en la sociedad se ha mantenido estable a lo largo del tiempo.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica de la Identidad

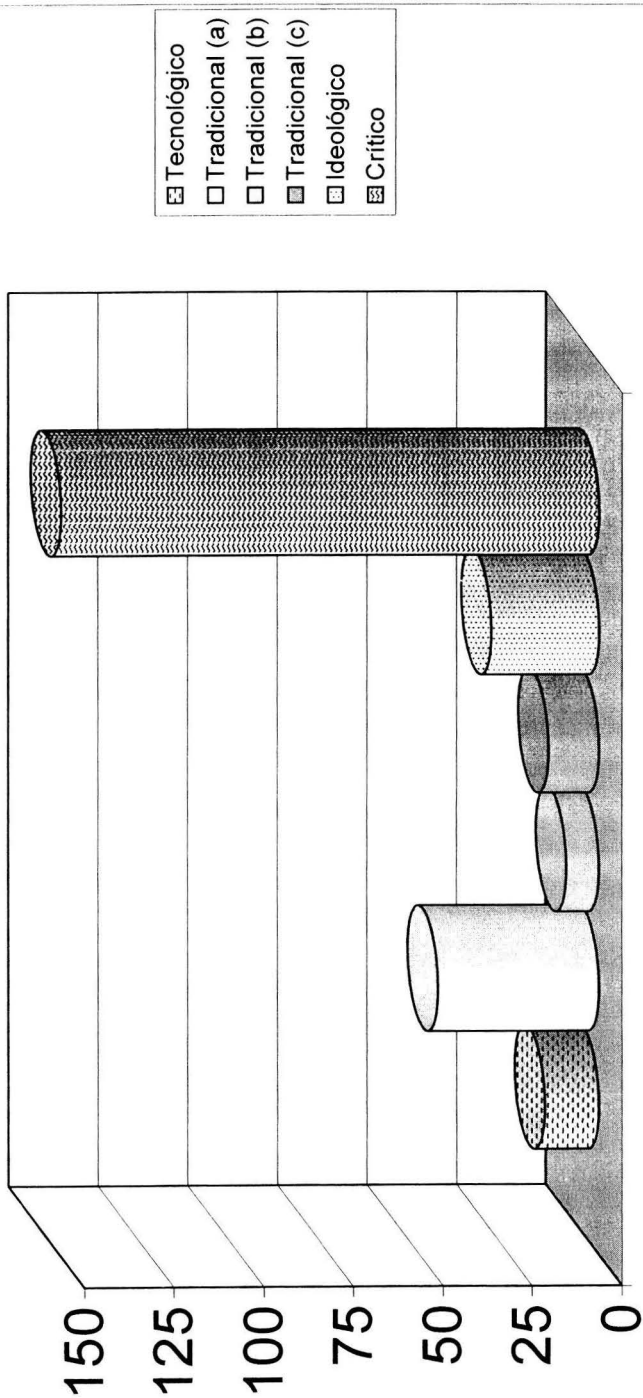


- El médico es un trabajador que norma su actividad cotidiana en función de su contribución con el control de la enfermedad en el paciente individual.
- El reconocimiento del médico en la sociedad ha disminuído y su función en parte se ha sustituido por la tecnología.

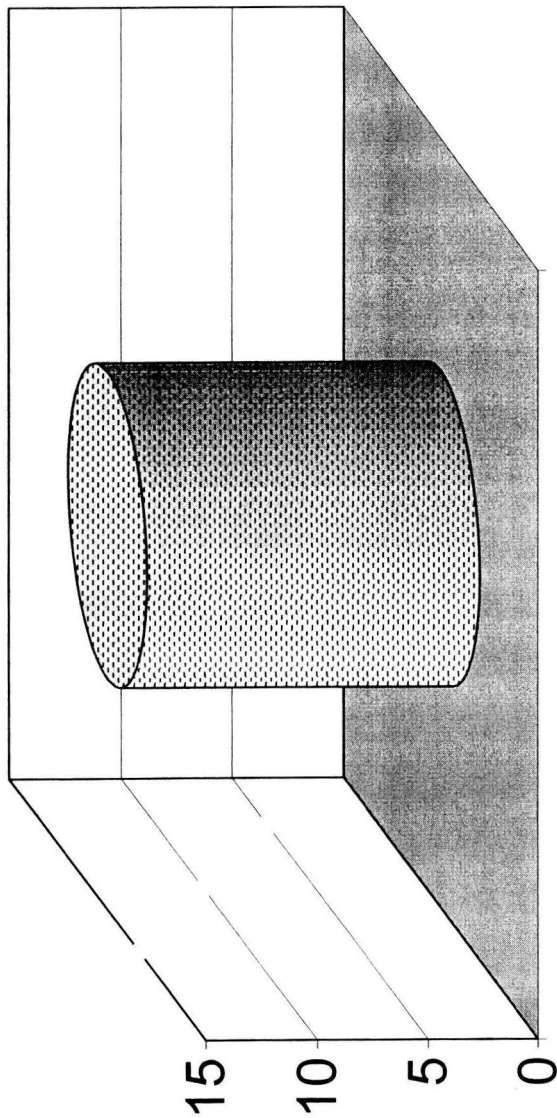
VIII. ÉTICA MÉDICA



VIII. ÉTICA MÉDICA

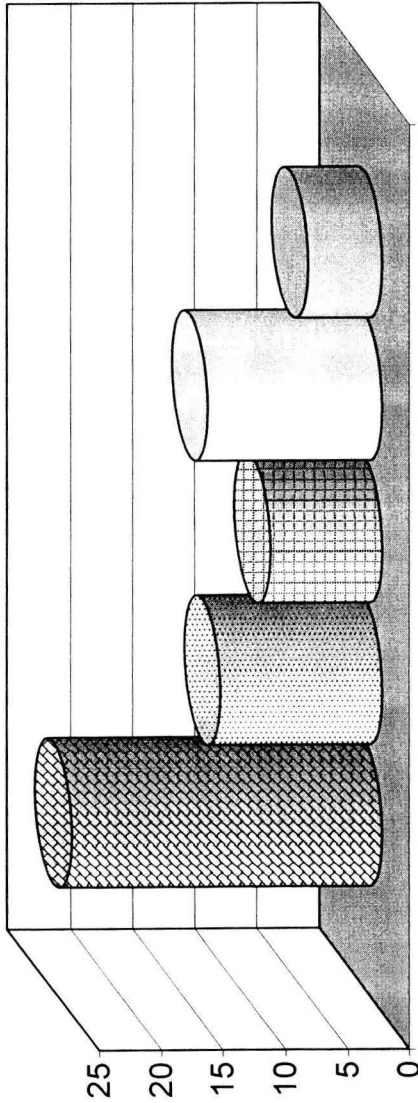


Contenidos que dan fundamento a la percepción tecnológica en la ética médica



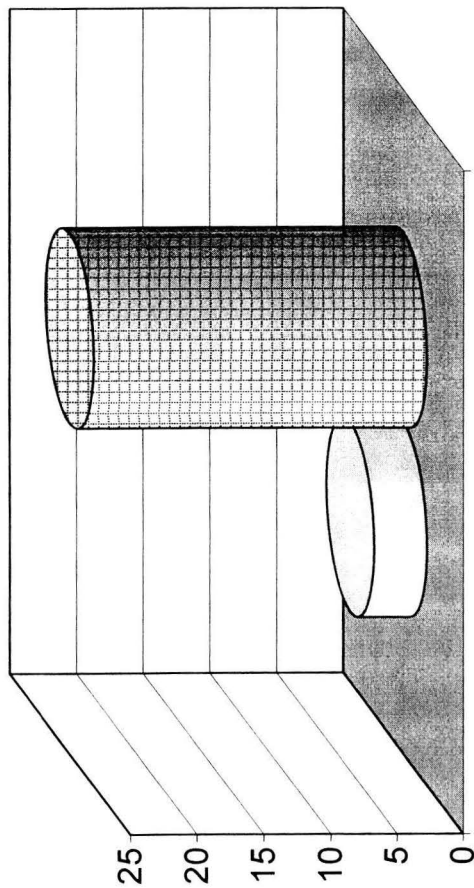
▣ Dado que la función del médico es preservar la vida, ante un paciente con muerte cerebral utiliza todas las herramientas terapéuticas de que dispone hasta el último momento.

Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional en la ética médica



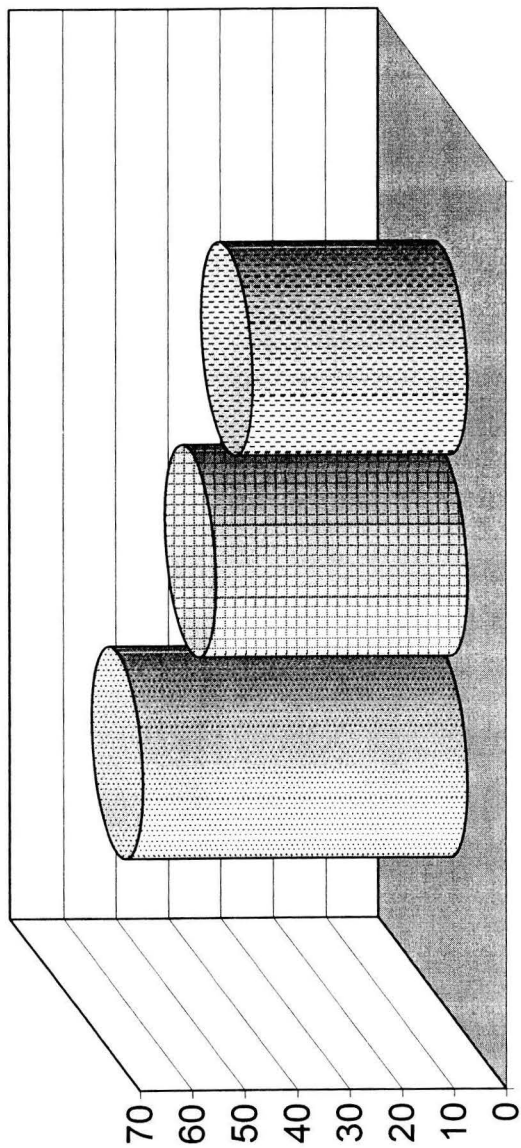
- Es desfavorable para la profesión médica denunciar los errores médicos y no debe adoptarse como cultura, ya que el médico debe proteger a su gremio.
- (a) Si un compañero actúa de manera poco profesional ignora el hecho para no perjudicarlo.
- (b) Si un compañero actúa de manera poco profesional lo apoya en caso de que alguien lo denuncie.
- © Si un compañero actúa de manera poco profesional Ud. lo comenta con él.
- Ante un paciente con muerte cerebral realiza maniobras de reanimación en caso de paro cardíaco, pues lo considera un acto médico responsable.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica en la ética médica



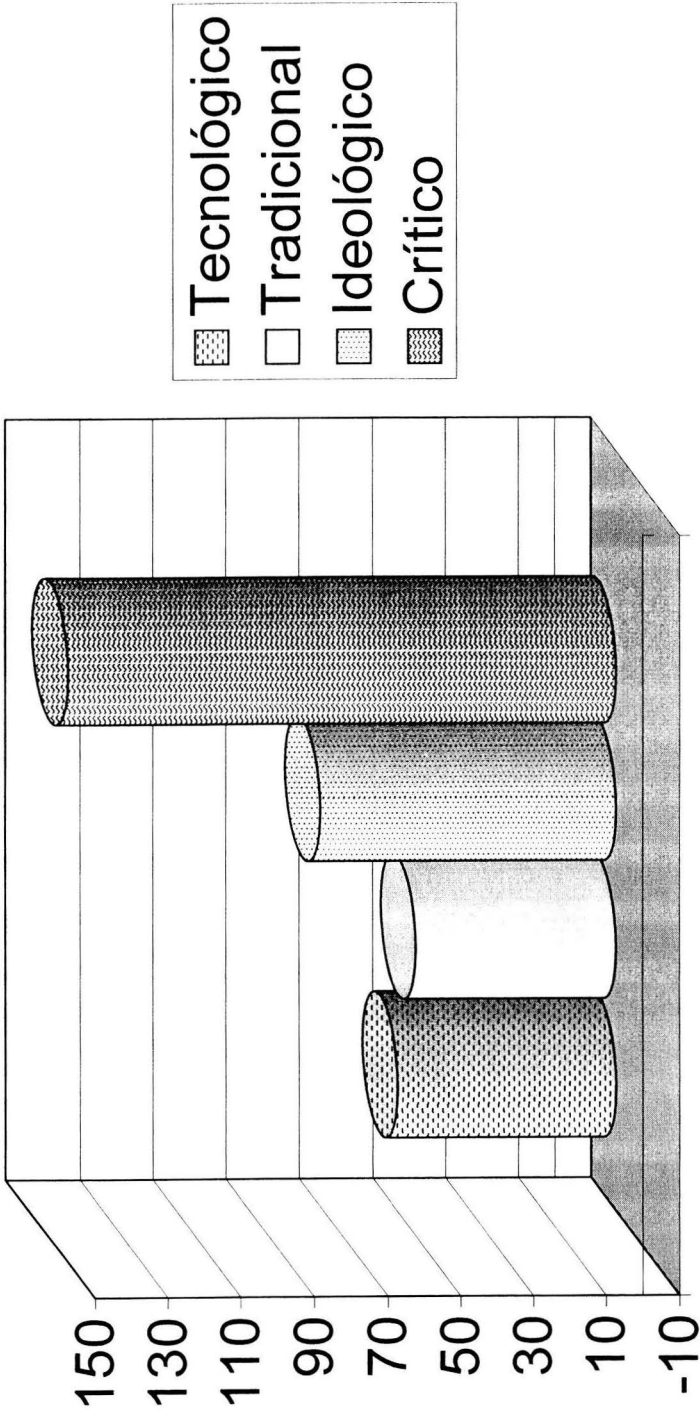
- Si un compañero actúa de manera poco profesional Ud. lo comenta con otros compañeros sin que él se entere.
- Ante un paciente con muerte cerebral, Ud. no desconecta el ventilador aún cuando lo soliciten los familiares para no practicar eutanasia.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica en la ética médica

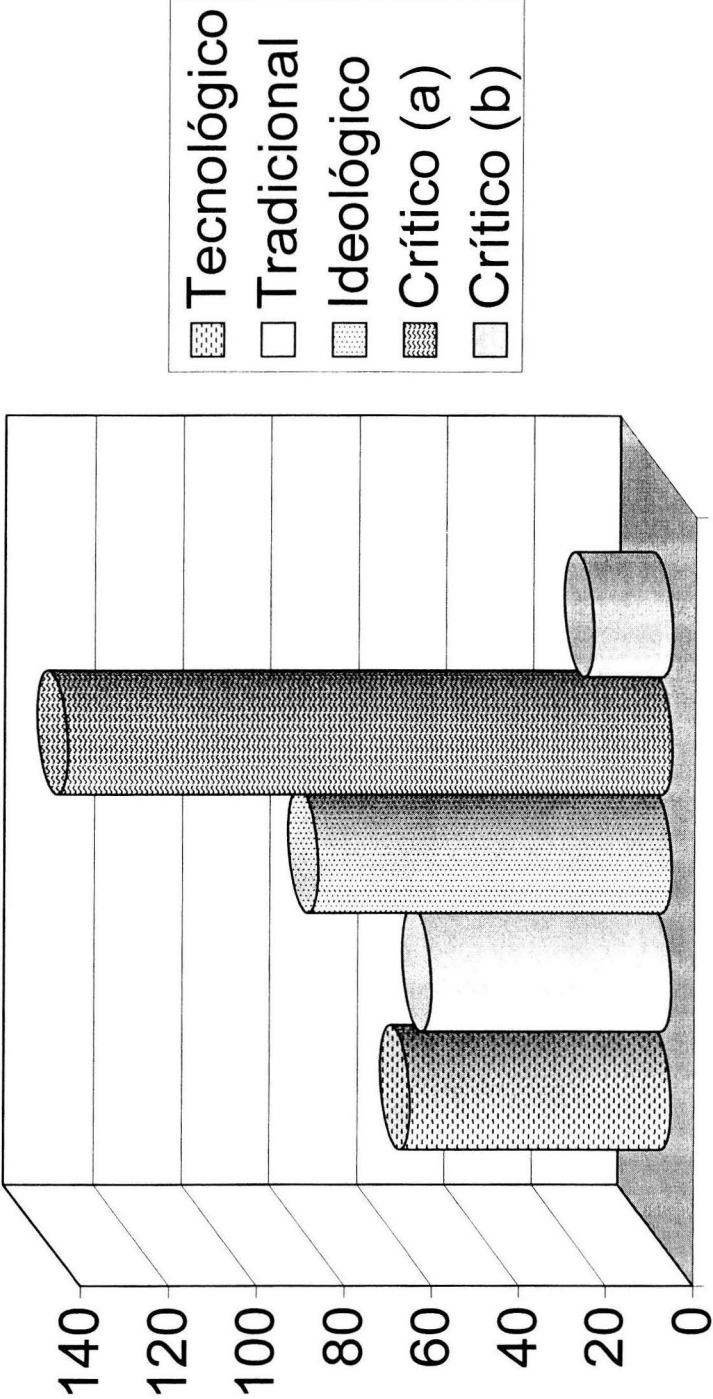


- Es compromiso del médico denunciar los errores médicos, por lo que debe adoptarse como una cultura.
- Si un compañero actúa de manera poco profesional lo hace del conocimiento de la autoridad competente.
- Ante un paciente con muerte cerebral retira los medicamentos que sostienen con vida al paciente, si no es candidato a trasplante.

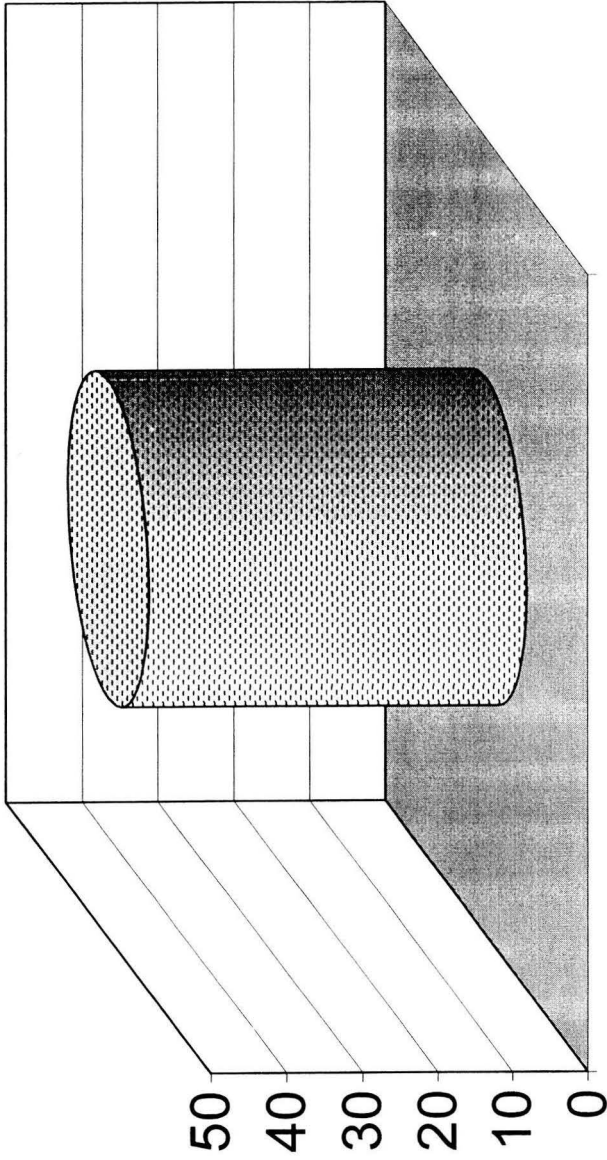
IX. MEDICALIZACIÓN



IX. MEDICALIZACIÓN

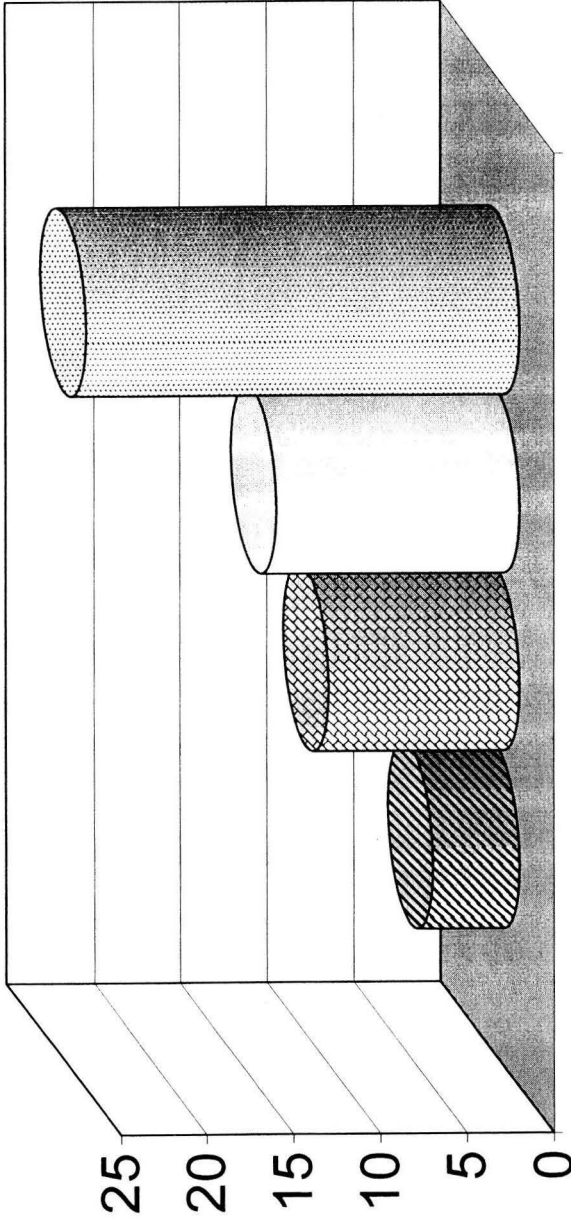


Contenidos que dan fundamento a la percepción tecnológica de la medicalización



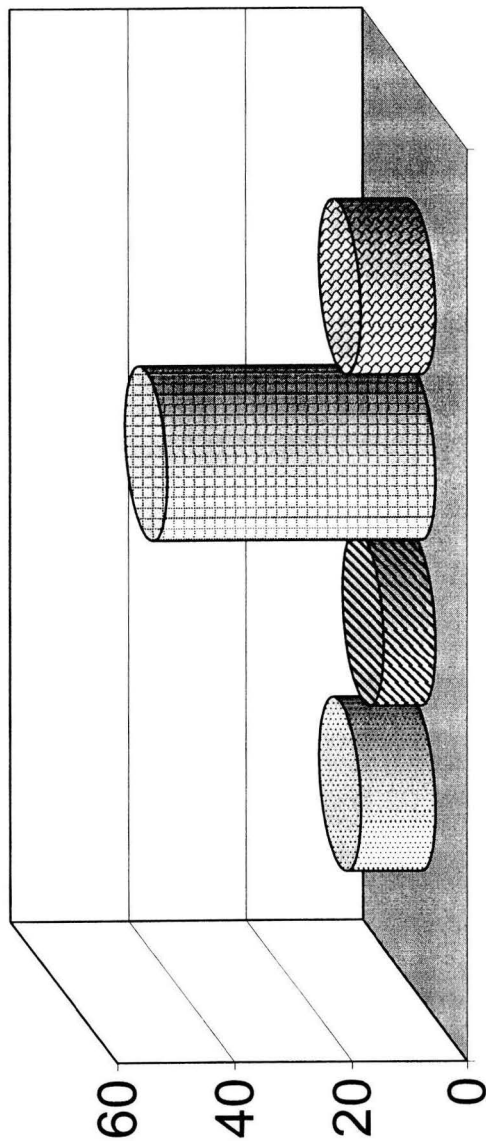
■ A una mujer en el climaterio le aconseja acudir a una clínica de climaterio para prevenir la osteoporosis.

Contenidos que dan fundamento a la percepción tradicional de la medicalización



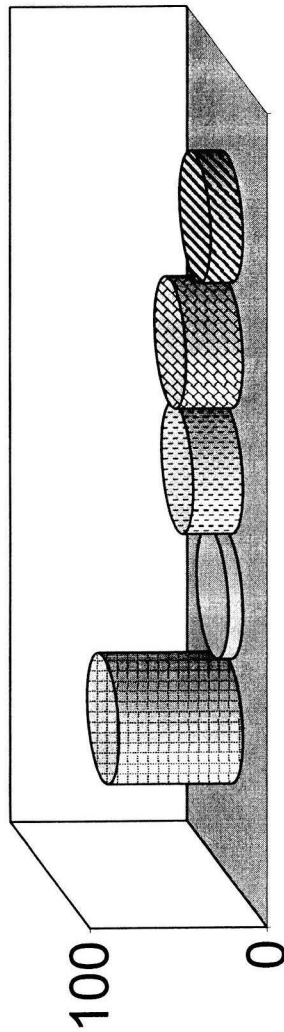
- El envejecimiento es un problema social que la medicina puede resolver mediante la investigación genética.
- A una mujer en el climaterio le aconseja acudir al médico para prescripción de sustitución hormonal.
- La niñez, adolescencia, madurez, vejez están determinadas genéticamente.
- El incremento de cesáreas se debe al aumento de casos de desproporción cefalo-pélvica y de sufrimiento fetal.

Contenidos que dan fundamento a la percepción ideológica de la medicalización



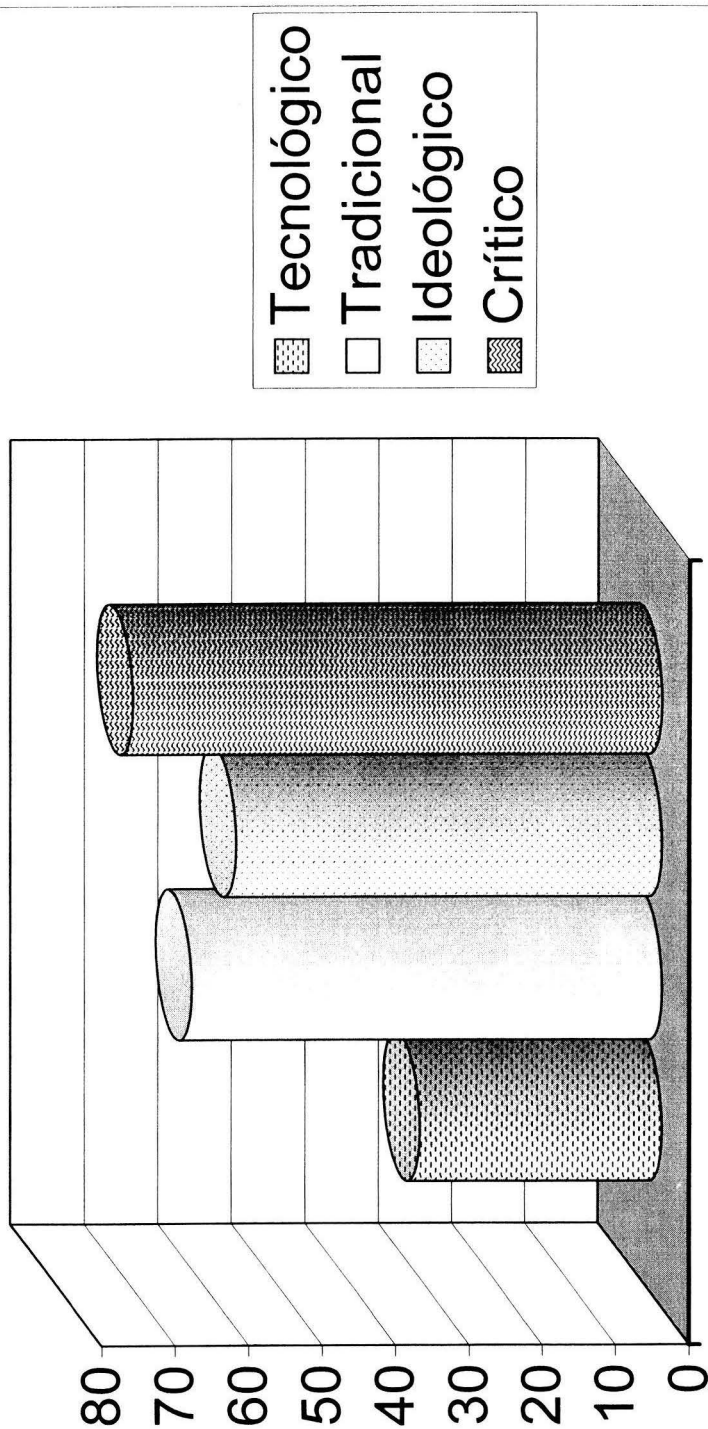
- El envejecimiento es un problema social que debe resolverse incrementando los asilos.
- A una mujer en el climaterio le aconseja tomar calcio y hormonas como sugieren las campañas de difusión.
- La niñez, adolescencia, madurez y vejez están definidas de manera natural.
- El incremento de las cesáreas se debe a temor de los obstetras a las demandas.

Contenidos que dan fundamento a la perspectiva crítica de la medicalización

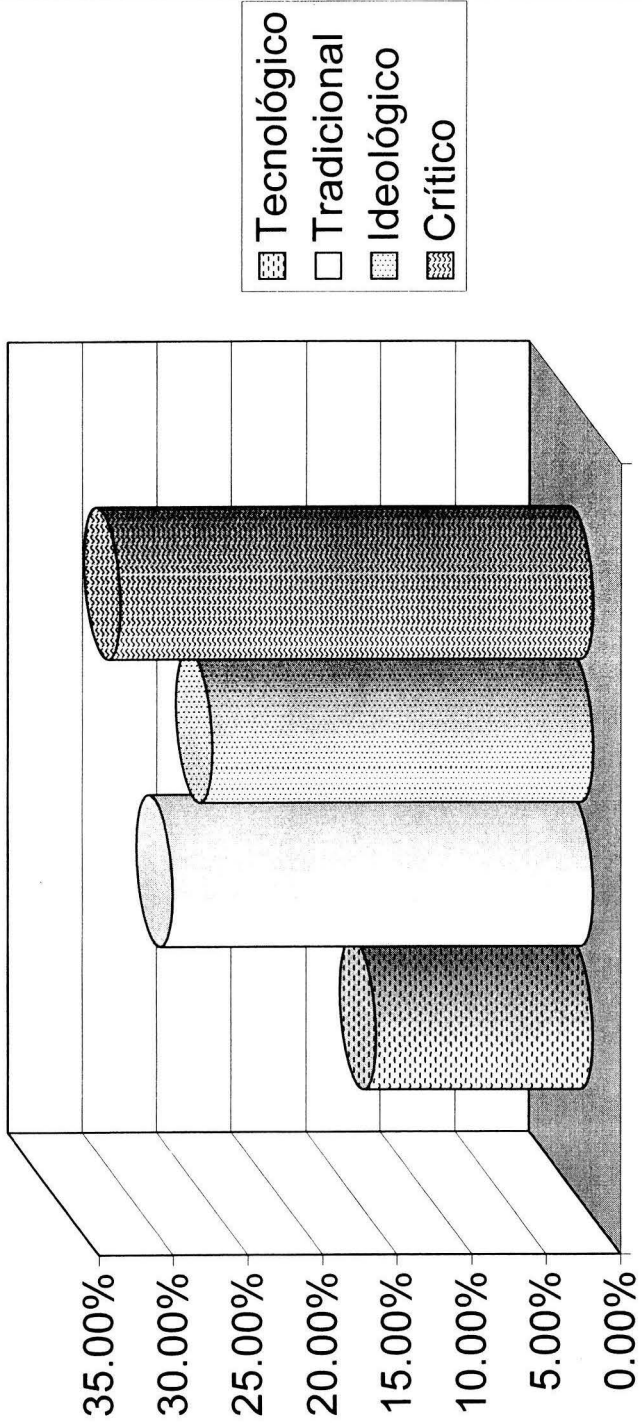


- El envejecimiento es un proceso natural al que debe adaptarse el individuo.
- A una mujer en el climaterio le recomendaría hacer ejercicio.
- La niñez, adolescencia, madurez, vejez, son definidas por la cultura y la sociedad por lo que han cambiado a lo largo de la historia.
- (a) El incremento de cesáreas se debe a comodidad de los obstetras para programarlas.
- (b) El incremento de cesáreas se debe a deseo de los obstetras de aumentar sus ingresos económicos.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ELEMENTOS EN EL CUESTIONARIO



DISTRIBUCIÓN GLOBAL DE LOS ELEMENTOS EN EL CUESTIONARIO



DISTRIBUCIÓN GLOBAL DE LAS RESPUESTAS

