



SOCIEDAD ARGENTINA DE
MEDICINA ANTROPOLÓGICA

MEDICINA ANTROPOLÓGICA

Órgano de la Sociedad de Medicina Antropológica

Periodicidad Semestral
Año 2012 - Número 8



Staff

Director Responsable
Francisco Maglio

Jefe de Producción
Alicia Miranda

Secretaria de Redacción
Leila Mir Candal

Comité de Redacción
Jorge Alonso
Rubén Quijano
Alicia Losoviz
Adolfo Saadia
Agueda Müller

Asesores científicos
María Luisa Pfeiffer
Eduardo del Caño
Héctor Figini
Fiz Fernandez

Producción General
Liliana Revale

Edita

Medicina Antropológica
Sociedad Argentina de
Medicina Antropológica
Boulogne Sur Mer 730, 4º D
(C1213AAL)
Ciudad Autónoma de Bs. As.
República Argentina
Teléfono (0054-11) 4962-8550

Revista Semestral
Año 2012 - Número 8

La dirección no se hace
responsable de las opiniones
vertidas por columnistas,
entrevistados o notas firmadas.

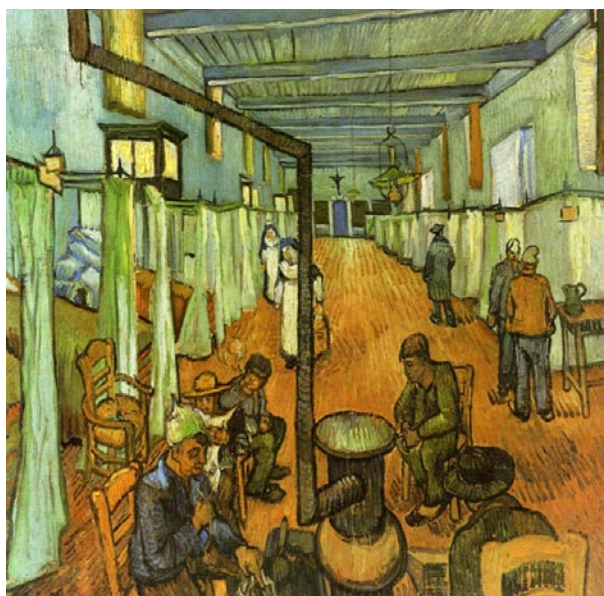
Se permite la reproducción
total o parcial del material
citando la fuente.

Registro de Propiedad
Intelectual en trámite
ISSN 1850-1818

Sumario

Editorial. ALICIA MIRANDA	3
La soledad de la razón médica. Entre las teorías y las prácticas. DR. MARIANO PAULO PRIEGUE.....	4
La dimensión contextual del encuentro médico-consultante en el primer nivel de atención de la salud. Algunas reflexiones y propuestas alternativas. DRA. MARÍA PAULA JUÁREZ	19
Aspectos éticos y construcción social del dolor y la discapacidad. DR. FRANCISCO MAGLIO	37
Comentario del libro: “Sentido del sufrimiento” AUTOR: PROF. RAFAEL GÓMEZ PÉREZ COMENTARIO DE LA DRA. ALICIA MIRANDA.....	43

Imagen de tapa



Ward in the hospital at Arles
Van Gogh - 1889

Editorial

Nos reencontramos en este espacio tan rico como lo es nuestra revista, en la que tratamos de verter los temas más cercanos a nuestra corriente de pensamiento como es la “Medicina Antropológica”.

En este número quizás como en ningún otro atravesamos la teoría y la práctica, en la conflictiva de la relación, inter-humana, es decir, la relación Clínica, es decir la relación médico-paciente.

Veremos en uno de los artículos un análisis exhaustivo sobre el modelo biomédico, y la antropología de la salud, que hace hincapié en la necesidad de un enfoque más profundo en la escucha entre docentes y alumnos de grado.

Esto sin duda nos ayuda a mejorar las herramientas para la enseñanza de la medicina, y en este caso de la medicina antropológica.

Entiende el autor que justamente en este modelo hay factores sociales e históricos más determinantes que los biológicos, por eso quizás es un desafío enorme el enfoque educacional hoy día en la medicina práctica. ¿Para qué? Para tal vez enfocar el sufrimiento humano desde una perspectiva más curativa, es así que los dos artículos que siguen completan muy bien esta búsqueda, en un caso viendo la relación médico paciente, como una relación médico consultante. Es un caso muy interesante, y sin duda desencadenará otras historias que valdrá la pena escuchar de nuestros lectores. En el tercer caso el Dr. Paco busca el análisis del sufrimiento y la discapacidad como concepto médico que debe ser desentrañado.

A mi parecer los tres artículos tienen un desarrollo magnífico que nos introducen en una reflexión propia y fundamental para la educación médica.

Esperamos como siempre recibir sus comentarios y aportes que nos permitan crecer en este conocimiento dinámico e infinito.

ALICIA MIRANDA



La soledad de la razón médica

Entre las teorías y las prácticas

DR. MARIANO PAULO PRIEGUE. AÑO 2011

Monografía Final del “Seminario de Antropología de la Salud”, de la Maestría de Antropología Social y Política de FLACSO, a cargo de la Dra. María Epele.

INTRODUCCIÓN

Tanto la producción teórica de las disciplinas socio-antropológicas (e incluso de la propia medicina) como la investigación empírica realizada han venido demostrando desde la segunda mitad del siglo XX¹ la inadecuación del denominado Modelo Médico Hegemónico² -o paradigma biomédico- en diferentes dimensiones.

Muchas de estas críticas se relacionan con las respuestas que la medicina occidental (en tanto disciplina e institución influenciada por dicho paradigma) ha planteado para comprender y solucionar diversas problemáticas sociales que involucran su campo de acción; como son la promoción de la salud, la epidemiología, la prevención, las enfermedades crónicas y mentales, etc. Dando con ello lugar al planteamiento de lo que algunos autores han denominado “la crisis de la razón médica”;³ que, como tema, ha sido abordado desde distintas perspectivas. Lo que permitió reconocer, entre otras cosas, las diversas circunstancias sociales, culturales e históricas que favorecieron la constitución (en buena parte, gracias a este modelo) de la medicina como disciplina científica -y de los médicos como profesionales científicos- desde mediados del siglo XVIII (Foucault, 1996 y 2004) e hicieron que, con el curso del tiempo y de los sucesivos aportes filo-

¹ De acuerdo a Martínez Hernández (2008), en el caso de la antropología médica, la inclusión de la biomedicina en la práctica etnográfica y en la reflexión teórica ha sido posible por la disolución de los criterios de demarcación que habían operado tradicionalmente en dicha disciplina; vale decir, la distinción entre ciencia y creencia. Así, es a partir de la tercera etapa del desarrollo de la antropología médica (que el autor llamará “del modelo crítico”) que se incorpora la medicina occidental como objeto de estudio.

² Dicha denominación se debe al antropólogo argentino Eduardo Luis Menéndez, quien realizara un desarrollo extenso del concepto en su tesis de doctorado (1990), para utilizarlo como instrumento metodológico en el estudio de la problemática del proceso de alcoholización en México.

³ Como ejemplos de esta perspectiva dentro de la medicina, en la Argentina, pueden consultarse, entre otros autores: Escardó, 1977; Mainetti, 1988; Meeroff, 1999 y Orgaz, 2007.

sóficos, metodológicos y tecnológicos,⁴ este paradigma biomédico deviniera “*nuestra propia y específica perspectiva cultural sobre la enfermedad*” dando como resultado, de hecho, que “*el modelo biomédico es en la actualidad el modelo folclórico dominante en el mundo occidental*” (Engel, 1977: 130). Llegando a un punto tal, de acuerdo a este último autor, que dicho paradigma se ha convertido en una suerte de “imperativo cultural”; lo que facilita que sus limitaciones sean pasadas por alto y permite que adquiera actualmente -y en determinados ámbitos en especial- la categoría de “dogma”.⁵

De allí puede colegirse la importancia del papel que cumple la educación universitaria (formal e informal) de los estudiantes -de las disciplinas afines a la salud en general y de la medicina en particular- embebida en las características de la doctrina del modelo biomédico, que influye no sólo en los aspectos cognitivos y técnicos, sino también en los planos vocacional, emocional y moral. Teniendo en cuenta -en relación a lo ya afirmado- que, “*en nuestra cultura, las actitudes y sistemas de creencias de los estudiantes y los médicos son moldeados por este modelo mucho antes de que aborden su educación profesional, que a su vez lo refuerza sin necesariamente clarificar cómo el mismo es utilizado*” (Engel, 1977: 130). Delineando de este modo un entramado que no sólo involucra las formas en la cual la medicina es pensada y puesta en acto en el proceso de salud/enfermedad/atención; sino que se proyecta también a otros ámbitos, como son la concepción del ser humano, la sociedad, la cultura, las relaciones interpersonales y la ética.

Partiendo de estos hallazgos, el presente trabajo procura indagar en las diferentes formas a través de las cuales la doctrina sostenida por el modelo biomédico influye en el campo de la educación médica argentina de grado, así como en los estudiantes que la atraviesan. Tomando para ello en cuenta no sólo los aspectos que hacen a los contenidos epistémicos y su currículo formal, sino también las técnicas pedagógicas empleadas para la transmisión de estos y otros conocimientos (que conforman el denominado “currículo oculto”) y las maneras de aplicación al intervenir con los individuos y los colectivos que se desprenden de ellas. De esta forma, adoptaremos un enfoque descriptivo y relacional (Menéndez, 2009) que nos permita -una vez recuperado el instrumento heurístico del “modelo biomédico”- señalar simultáneamente las características salientes de los saberes y las prácticas que se desarrollan en las diversas etapas de la formación universitaria, así como también rescatar aquellas otras dimensiones del ejercicio de la

⁴ Sobre esto, afirma Martínez Hernáez: “*La constitución moderna del modelo biomédico de las enfermedades puede rastreadse en tres paradigmas básicos y sucesivos en la historia reciente de la medicina occidental: 1) el desarrollo del modelo anatómico; 2) el paradigma bacteriológico (...) y 3) la medicina molecular*” (2008: 50).

⁵ Para sostener esta afirmación, el autor señalará que “*en ciencia, un modelo es revisado o abandonado cuando falla en dar cuenta adecuadamente de todos los datos. Un dogma, por otra parte, requiere que los datos discrepantes sean forzados para acomodarse al modelo o ser excluidos*” (Engel, 1977: 130). Situación esta última que se correspondería con mayor fidelidad al actual modelo biomédico.

medicina que son subalternizadas, excluidas o invisibilizadas explícita o implícitamente (aun a costa de lo que el propio discurso médico indica como lo más adecuado). Con este propósito se establecerán, de acuerdo a las fuentes bibliográficas consultadas, dos niveles de análisis: 1) el correspondiente a los contenidos epistémicos, y 2) el referente a las técnicas pedagógicas desarrolladas en los distintos ciclos de formación.

EL MODELO BIOMÉDICO

“Zalmoxis, nuestro rey, siendo como es dios, sostenía que no había de intentarse la curación de unos ojos sin la cabeza, y la cabeza sin el resto del cuerpo; así como tampoco del cuerpo, sin el alma. Ésta sería la causa de que se le escapasen muchas enfermedades a los médicos griegos: se despreocupaban del conjunto, cuando es esto lo que más cuidados requiere, y si ese conjunto no iba bien, era imposible que lo fueran las partes” Platón. Cármides, 156e

Como punto de partida para el desarrollo del trabajo, tomaremos la definición que de Modelo Médico Hegemónico (a partir de ahora, MMH) enunciara el autor que sistematizó el término:⁶ *“Por MMH entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”* (Menéndez, 1990: 83).

A continuación, el autor aclarará que el concepto de “modelo”, como tal, es un instrumento metodológico de un alto nivel de abstracción, que supone una construcción propuesta a partir de un conjunto de características que denominará “rasgos estructurales”⁷ y cuyo valor es básicamente heurístico.⁸ Vale decir, que no puede explicar cada una de las situaciones históricas determinadas y específicas; sino que actúa básicamente como una referencia teórica de dichas realidades que debe ser contrastada a través de la historia. Especialmente si se tiene en cuenta que los rasgos no son fijos, sino que

⁶ Nos referimos (como fue mencionado *supra*) a Eduardo Luis Menéndez. A los fines de este trabajo, dicha categoría será homologada a las de “Modelo Biomédico” y “Biomedicina”, las cuales fueron utilizadas por varios de los autores consultados (Engel, 1977; Bonet, 2004; Menéndez, 2009; etc.).

⁷ Estos rasgos se potencian entre sí debido al “efecto de estructura”, que es el que da la pauta de la intervención del modelo. De esta manera, advierte Menéndez, el comentario de cada uno de los rasgos (que excede las posibilidades de este trabajo) debe ser aceptado en términos pedagógicos, en la medida en que es el efecto de estructura el que da su capacidad explicativa al modelo, y no el análisis particular de cada uno de sus rasgos.

⁸ De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, el vocablo heurístico (proveniente de dos palabras griegas: el verbo *heurískein* -hallar, inventar- y el sufijo de relación o pertenencia *tikós*) es el adjetivo vinculado a la técnica de la indagación y del descubrimiento -la heurística-.

responden a una dinámica en la que intervienen las teorías, las prácticas y la sociedad.⁹ Por lo tanto, los rasgos del modelo proponen un primer nivel explicativo que, para su entendimiento procesal, debe ser necesariamente articulado con la descripción y el análisis de las situaciones específicas.

A su vez, el MMH supone tres submodelos fácilmente distinguibles: 1) el individual privado, 2) el corporativo público y 3) el corporativo privado. Y si bien cada uno presenta características específicas, los tres poseen los siguientes rasgos comunes: “a) *biologismo*; b) *concepción teórica evolucionista/positivista*; c) *ahistoricidad*; d) *asocialidad*; e) *individualismo*; f) *eficacia pragmática*; g) *la salud/enfermedad como mercancía*; h) *orientación básicamente curativa*; i) *concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia*; j) *práctica curativa basada en la eliminación del síntoma*; k) *relación médico/paciente asimétrica*; l) *relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica)*; m) *concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado*; n) *el paciente como responsable de su enfermedad*; o) *inducción a la participación subordinada y pasiva de los ‘consumidores de acciones de salud’*; p) *producción de acciones que tienden a excluir al ‘consumidor’ del saber médico*; q) *prevención no estructural*; r) *no legitimación científica de otras prácticas*; s) *profesionalización formalizada*; t) *identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos*; u) *tendencia a la medicalización¹⁰ de los problemas*; v) *tendencia inductora al consumismo médico*; w) *predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad*; x) *tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica médica de la investigación médica*” (Menéndez, 1990: 87).¹¹ Y si bien una cantidad importante de estos rasgos están presentes de manera más o menos evidente en las distintas etapas del proceso de formación profesional, tres de ellos merecen una atención particular.

⁹ Es decir, no obstante el “efecto de estructura”, es dable esperar que, según el contexto, se acentúen unos rasgos más que otros en la aplicación a procesos específicos, o incluso que los mismos expresen excepciones puntuales.

¹⁰ Sobre ello señala el autor: “*Este proceso de medicalización se ha expresado por medio de la expansión de la cobertura médica a cada vez más áreas del comportamiento, convirtiendo algunos problemas (‘alcoholismo’) en enfermedad, u opacando la determinación económico-política de determinados cuadros de enfermedad (‘la contaminación’). (...) ‘El proceso de medicalización tiene que ver con una doble tendencia convergente; por una parte la creciente complejidad de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las ‘desviaciones’, y por otro el desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar y normar las ‘desviaciones’*” (Menéndez, 1990: 107).

¹¹ En trabajos posteriores, Menéndez agrupará los rasgos estructurantes que configuran el MMH o Biomedicina en siete bloques: 1) concepciones teórico/ideológicas dominantes, 2) exclusiones, 3) relación instituciones médicas/paciente, 4) trabajo médico, 5) pragmatismo médico, 6) autonomía médica y 7) la enfermedad y la salud como mercancías (2009).

Así, varios autores encuentran que el “biologicismo” es el rasgo estructural dominante, ya que desde él pueden extrapolarse la mayoría de las demás características del paradigma. Afirma Menéndez: *“El biologicismo constituye un carácter tan obvio del modelo que no aparecen pensadas las consecuencias que tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad”* (Menéndez, 1990: 96). El biologicismo es el rasgo que garantiza la “cientificidad” del modelo a través, por ejemplo, de la diferenciación y jerarquía para con los otros “modelos explicativos”¹² o de la ponderación de lo manifiesto de la enfermedad como lo causal. Por lo cual, identifica y constituye el principal planteo médico profesional, tanto en la clínica como en la epidemiología (área en la cual, por trabajar con colectivos, con mayor énfasis se hará evidente la dominancia de este rasgo). Al mismo tiempo, posibilita no sólo la creación de instrumentos eficaces para el trabajo (investigación y desarrollo tecnológico mediante) sino que también refuerza la identidad profesional.

Los otros dos rasgos a ser remarcados son el de la “ahistoricidad” y el de la “asociabilidad”. Del primero, se desprende que si bien la enfermedad (considerada natural y biológica) evoluciona, no tiene historia. De ahí la limitación de la importancia de los factores históricos y sociales (no biológicos) en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención y la aplicación de una epidemiología recurrentemente coyuntural. El segundo, comprende la no asunción de la importancia de los procesos sociales (incluyendo los sentidos y significados), por lo cual, confirma tanto al biologicismo como a la ahistoricidad. Y si bien los aspectos sociales son eventualmente reconocidos en un nivel manifiesto en determinados discursos, no son aplicados (distinguiéndose así la diferencia entre lo que puede ser la “discusión” de un tema y su legítima y concreta “integración”). Lo que trae como consecuencia -entre otras- que el modelo biomédico reproduzca la desigualdad del sistema social inconscientemente¹³ al pensar a la medicina en términos exclusivamente técnicos.

A propósito de esto último, es preciso tener en cuenta que cada rasgo puede ser manejado de forma diferencial en un nivel manifiesto y otro profundo; es decir, que el discurso médico puede apropiarse de un carácter determinado, mientras que en su práctica lo orienta en forma notoriamente distinta (como veremos que sucede en la

¹² La categoría de “Modelos Explicativos” (ME) fue originalmente desarrollada por el psiquiatra estadounidense Arthur Kleinman, quien señala que *“Los ME son las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico. La interacción entre los ME de los pacientes y los profesionales es un componente central de la atención en salud. El estudio de los ME de los profesionales nos dice algo sobre cómo ellos comprenden y tratan la enfermedad. El estudio de los ME de los pacientes y la familia nos dice cómo ellos dan sentido a los episodios de enfermedad y cómo eligen y evalúan los tratamientos particulares”* (Kleinman, 1980: 105).

¹³ Afirma en relación a ello Menéndez: *“La desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional; es decir, se procesa desde la interioridad y no desde procesos externos a su práctica. Esto no sólo opera en la práctica aplicada, sino también en la investigación”* (1990: 98-99).

formación universitaria con el currículo escrito y el oculto). Finalmente, y como intentaremos plasmar a través del caso de la educación médica, la institucionalización y la reproducción del modelo biomédico requiere de un continuo proceso de reconocimiento y desconocimiento que involucra saberes, prácticas y dimensiones que, cada tanto, interpelan con mayor o menor intensidad en los distintos contextos, pudiendo provocar las llamadas “crisis de la medicina”.¹⁴

ESTRATEGIAS EPISTEMOLÓGICAS

“Dicen algunos médicos y sabios que no sería posible saber medicina sin saber qué es el hombre; que, por el contrario, eso es algo que debe aprender el que quiera curarlo correctamente (...) Pienso, por mi parte, que todo aquello que los sabios y médicos han dicho y escrito sobre la naturaleza se ajusta menos al arte de la medicina que al de la literatura; y creo, además, que sólo a partir de la medicina es posible conocer algo cierto sobre la naturaleza”

TRATADOS HIPOCRÁTICOS. SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA, 20

Para comenzar con nuestra indagación sobre la presencia del modelo biomédico en la formación universitaria de grado nos aproximaremos, en un primer momento, a lo que es el currículo oficial (escrito) de la educación médica y a su consecuente manifestación a través de la organización de los programas y planes de estudios. Lo que nos lleva a comprobar que, en el caso de la educación médica argentina, los debates comenzados en especial a partir de la segunda mitad del siglo XX giraron (alternativamente) alrededor del carácter pedagógico, político y epistemológico de la misma. A su vez, ya desde los años ochenta, se comprendía que los factores que principalmente afectaban la educación médica estaban ligados no sólo a la institución formadora, sino también a la organización y prestación de los servicios de salud, y a sus mutuas interacciones (Borrrell Bentz, 2005); a lo que debería agregarse las presiones originadas por el mercado, así como la influencia de las industrias químico-farmacéutica y de equipamientos, y de la propia empresa médica.

De ahí que, a los fines de este análisis, rescatamos la importancia del planteamiento de diversos autores acerca del “currículo” como objeto social, como una categoría compleja en tanto expresa el encuentro de diversos intereses, estructuras de poder y de fuerzas puestos a disposición de un sistema educativo en un momento determinado; y que va más allá de los planes de estudio o de las propuestas escritas de formación. Vale decir, que el currículo no es indiferente al contexto donde se desarrolla, dado que tiene un significado real como resultado del encuadre político y administrativo, el reparto de

¹⁴ Un ejemplo casi paradójico de esto lo representa el citado rasgo de la “asocialidad”. Dado que el mismo modelo biomédico se instituyó en un período (siglo XVIII) en el que los procesos sociales no sólo aparecían como determinantes en la distribución diferencial de los padecimientos, sino también como un factor decisivo en el abatimiento de los daños -marcando el inicio de la formulación de campos como el del higienismo, la salud pública, etc.- (Menéndez, 1990; Foucault, 1996 y 2004; Bonet, 2004).

decisiones, la planificación y el diseño, la traducción en materiales, el manejo por parte de los profesores, la evaluación de los resultados, las tareas de aprendizaje que realizan los alumnos, etc. (Borrell Bentz, 2005).

Esto ha hecho que en la actualidad se abandonara la idea de considerar al currículo como algo cerrado, determinado y dogmático. Pasando a concebirse como una herramienta poderosa de producción y creación de significados que promueve sentidos sobre los distintos campos y actividades; y que siendo una construcción, se sostiene en elecciones explícitas o implícitas de acuerdo con los valores, las propuestas político-educativas y las creencias de determinados grupos; por lo que dista de ser algo “neutro y científico”. De ello puede desprenderse la importancia de su estudio en todas las etapas -circunscriptas al grado en este trabajo-, por ser éste un espacio privilegiado para analizar cómo se desarrollan las prácticas y cómo se expresan las diferentes posiciones filosóficas, epistemológicas, científicas, pedagógicas y, fundamentalmente, “*cómo se traducen en directrices los valores sociales de la medicina especializada*” (Borrell Bentz, 2005: 285) que se reproducen en la universidad.

Así, podemos afirmar que lo que se refleja a nivel de numerosas facultades de medicina (las argentinas entre ellas) al observar la organización curricular es que la misma está segmentada en varios sentidos (Bonet, 2004; Borrell Bentz, 2005; de los Santos & otros, 2007; Galli, 2009; Ricci, 2009 y 2011). Lo que parece ir a contramano de una época en que, al menos desde los discursos, los procesos de integración de los saberes van ganando cada vez mayor lugar y prestigio (Ricci, 2011).

En primer lugar, se da una segmentación “horizontal” por disciplinas que fragmenta académicamente el conocimiento, dificultando tanto la visión del ser humano como un todo, como la formación general e integral del futuro médico y la posibilidad del trabajo en equipo. En segundo lugar, se da una compartimentalización “vertical” entre los diferentes ciclos que conforman la carrera,¹⁵ que tienen -para decirlo suavemente- una escasa articulación. Lo que favorece, entre otras cosas, la posibilidad de incurrir en omisiones o repeticiones involuntarias, lo que implica un empobrecimiento temático final (siendo que, además, los estudiantes no alcanzan por esta circunstancia mayor profundidad en dichos conocimientos, ni mejor capacidad de evocación y aplicación) y

¹⁵ Como ejemplo puede tomarse la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires -la más importante del país en términos cuantitativos- que posee una estructura curricular claramente definida, compuesta por el Ciclo Básico Común (CBC), el Ciclo Biomédico (CBM) y el Ciclo Clínico (CC); este último conformado a su vez por las asignaturas que se cursan en las Unidades Docentes Hospitalarias (UDH) y las rotaciones del Internado Anual Rotatorio (IAR). De acuerdo a este currículo, cada etapa no solo está separada de las demás por estrictos criterios de promoción, sino también en los ámbitos físicos; ya que los alumnos del CBC no concurren al edificio de la Facultad, donde luego cursarán la mayoría de las asignaturas del CBM, mientras que los aprendizajes del CC tendrán lugar en alrededor de los 60 hospitales dispersos por la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires (de los Santos & otros, 2007).

la dicotomía que se presenta en la enseñanza entre los conocimientos “básicos”¹⁶ y los “clínicos”,¹⁷ situación inexistente en el ejercicio de la profesión médica, que se refleja hasta en la modalidad de cursada.^{18 19} Esta desarticulación es todavía más profunda en varios casos (Menéndez, 1990) para con las materias que -más allá de su ubicación dentro de los programas de estudio- incluirían conocimientos propios de las ciencias sociales como Bioética, Salud Pública, Medicina Legal, etc.²⁰

Esto, lejos de cambiar, se sostendrá posteriormente en el modelo educativo de las “residencias médicas”²¹ -de acuerdo al cruce de las experiencias de diversos autores- con un esquema bastante similar al del grado, en cuanto a las formas de acceso al conocimiento, la transmisión del saber o del aprender y las formas de organización (Bonet, 2004; Borrell Bentz, 2005). La diferencia fundamental entre ambos niveles de formación se encontraría en que el primero se orienta sobre una base teórica mayor, mientras que en el segundo, el eje del aprendizaje está más orientado hacia la práctica dentro de un servicio determinado.²²

¹⁶ Con esta designación se hace referencia a los conocimientos vinculados a las asignaturas que hacen de punto de partida y fundamento de este tipo de “plan de estudio”; como son Anatomía, Histología, Fisiología, Química Biológica, Microbiología, Patología y Farmacología.

¹⁷ Denominación que reciben las asignaturas que se cursan en los hospitales y que, en el caso de la Carrera de Medicina de la UBA, también están “ordenadas” de acuerdo a las especialidades existentes. Cursándose primero las materias “clínicas” propiamente dichas (Medicina Interna, Nutrición o Neurología) y luego las “quirúrgicas” (Cirugía General, Traumatología o Ginecología).

¹⁸ Esta afirmación se encontrará, de todas formas, sujeta a las particularidades de cada programa o plan de estudios de las universidades correspondientes, aun compartiendo una organización curricular común.

¹⁹ Lo descrito en no pocas situaciones se encuentra intensificado porque “*los docentes de cada ciclo poseen distintas formaciones académicas, muy diversos intereses y además operan de forma independiente, con escasa o nula comunicación recíproca*”; sucediendo que “*los profesores de las materias básicas seleccionan los temas teóricos y las prácticas que consideran importantes, muchas veces limitados por su condición de investigadores sin contacto directo con las problemáticas cotidianas planteadas por los pacientes*”. Mientras que “*los clínicos, con niveles variables de actualización sobre las novedades de las asignaturas biomédicas, esperan que los alumnos lleguen a los hospitales pertrechados con conocimientos que les permitirán comprender los mecanismos de las enfermedades, sus formas de diagnóstico, prevención y tratamiento*” (de los Santos & otros, 2007: 10).

²⁰ En el caso de estas materias (u otras que pudieren existir en los diversos programas de estudio y que suelen denominarse genéricamente “Humanidades Médicas”) debe agregarse los modos en los que se valoran en las Facultades de Medicina las diferentes asignaturas que integran el currículo. Lo que ha hecho que uno de los autores se refiriese a esta situación como de “ninguneo académico” (Ricci, 2011).

²¹ Siendo que “*El sistema de residencias médicas se considera ‘el mejor’ sistema de formación para la práctica de una especialidad y también para la práctica de la medicina general*” (Galli, 2009: 4).

²² Esta diferencia es, a su vez, origen de malestares, como señala uno de los autores consultados: “*Pude observar, en todos los residentes, el choque ocasionado por la entrada en la residencia y, consecuentemente, por la salida de la facultad que, en mayor o menor grado, van a representar esa transformación como ‘estresante’, debido a la falta de adecuación entre el aprendizaje realizado en la facultad y el día a día del hospital (me refiero a esa falta de adecuación al diferenciar la ‘medicina de libro’ y la ‘medicina vivida’)*” (Bonet, 2004: 62).

Finalmente, otra característica relacionada a este punto y que prácticamente se sucede de él, es la orientación básica del programa de estudio en lo que hace al ejercicio de la medicina propiamente dicho. Es decir, que los planes de estudio, a pesar de tener un propósito declarado de formar “médicos generalistas”, favorecen la formación de “especialistas”, ya que la perspectiva del modelo biomédico provoca (tanto por sus concepciones como por sus exclusiones) una enseñanza descontextualizada de las necesidades de salud de la población y del sistema de salud (Bonet, 2004; Borrell Bentz, 2005). Todo ello obviando la cuestión referente a que, de los tres pilares básicos que conforman la medicina como disciplina (investigación, asistencia y docencia) la formación está dispuesta hegemónicamente en todos los niveles hacia la segunda.

TÉCNICAS PEDAGÓGICAS

“La medicina hace tiempo que tiene todo lo que necesita para ser un arte, y ha descubierto un punto de partida y un método con el que se han conseguido a través de los años muchos y valiosos descubrimientos. Y los demás se irán consiguiendo en el futuro, si el que está capacitado y conoce lo ya descubierto parte de ahí en su investigación. Pero el que, rechazando y despreciando todo eso, intenta investigar con otro método y otros esquemas, aunque asegure que ha descubierto algo está equivocado y se engaña a sí mismo, ya que esto es imposible”

TRATADOS HIPOCRÁTICOS. SOBRE LA MEDICINA ANTIGUA, 2

Esta última parte de la indagación estará enfocada en los efectos más concretos de la doctrina del modelo biomédico en referencia a la formación universitaria: el nivel de las técnicas pedagógicas. Dado que ellas representan el nexo donde lo teórico deviene práctico a través de las personas cuya función es “transmitir conocimientos, impartir habilidades e inculcar los valores de la profesión” (Ricci, 2009: 8) y se hace cuerpo en las vidas de los estudiantes que atraviesan la experiencia; y que en muchos casos están vinculadas al desarrollo de lo que se ha llamado el “currículo oculto”²³ de la carrera de medicina.

Así, en este apartado comentaremos los procesos que los estudiantes atraviesan, distinguiendo con un fin meramente pedagógico (pero que es reflejo de la ideología del modelo biomédico que estos reciben) los que son más propios de la esfera cognitiva, de los que son más afines a la dimensión emocional. Ya que, como intentaremos demostrar a continuación, por el tipo de labor que caracteriza a la medicina como profesión, el

²³ Se rescata la noción de “currículo oculto” o “latente” como “configurador real de la acción, en tanto que el plan de estudio visible o un currículo escrito, no siempre constituye una herramienta fundamental del proceso educativo (...) las personas aprenden, además de lo que se les enseña a través de la instrucción, en virtud de su experiencia diaria en un ambiente organizado para tales fines. El currículo es, ante todo, una praxis antes que un objeto estático emanado de un modelo coherente de pensar la educación o los aprendizajes necesarios de los alumnos, que no se agota en la parte explícita y que reagrupa en torno a él una serie de subsistemas o prácticas diversas, entre las que se encuentra la práctica pedagógica” (Borrell Bentz, 2005: 288).

proceso de aprendizaje coloca tanto a los estudiantes avanzados como a los médicos recientemente graduados *“ante una ‘tensión estructurante’ de la práctica de la biomedicina: la tensión entre la búsqueda del saber y los sentimientos despertados en ese proceso”* (Bonet, 2004: 11).

Para ello, comenzaremos afirmando que, en cualquier profesión, el proceso de aprendizaje representa una etapa fundamental, ya que a través del mismo se posibilita no sólo la adquisición de los conocimientos teóricos, sino también la reproducción de los mismos mediante las prácticas asociadas a ellos (Bonet, 2004). En el caso de la medicina, y de acuerdo a diversos autores, la etapa formativa involucra al estudiante de una manera muy intensa.²⁴ Tan es así, que el antropólogo estadounidense Byron Good ha afirmado que *“exige un extraordinario esfuerzo adentrarse en este sistema de conocimiento y, para el estudiante de medicina, las consecuencias de aprender este singular camino son muy profundas (...) aprender medicina no consiste, simplemente, en la adquisición de nuevos conocimientos, ni siquiera en aprender nuevos enfoques sobre las técnicas y la solución de los problemas. Se trata más bien de un proceso que consiste en llegar a habitar en otro mundo”* (2003: 139). Aprender medicina exige adentrarse en un sistema de realidad propio, es como *“aprender un idioma”* -dirá Good- (aunque lo trasciende) debido a que *“la entrada en el mundo de la medicina no se consigue sólo aprendiendo el lenguaje y los conocimientos básicos, sino aprendiendo prácticas muy fundamentales a través de las que, quienes ejercen la medicina, afrontan y formulan la realidad de un modo específicamente ‘médico’. Esto incluye modos especializados de ‘ver’, ‘escribir’ y ‘hablar’”* (Good, 2003: 140).

Modos especializados, vale aclarar, de los cuales los estudiantes son muy conscientes de estar aprendiendo, pudiéndolos aplicar o no a voluntad. Y que constituyen una aportación significativa para una reconstrucción del ser humano adecuada para la mirada médica, al identificarlo como un cuerpo anatómico (muy distinto de los cuerpos con los que nos interrelacionamos en la vida cotidiana), un caso, un paciente o un cadáver. De ahí que el citado autor mencione que, si la persona es, de por sí, una construcción cultural, un modo de verse a sí mismo complejo y culturalmente moldeado, *“se requiere una ‘labor’ cultural para reconstituir la persona que es objeto de la atención médica. Esta reconstrucción de la persona es esencial para que un estudiante llegue a ser un médico competente”* (Good, 2003: 144).

De esta manera, puede afirmarse que los primeros años de la educación médica (aquellos en los cuales se cursan las asignaturas “básicas” o “pre-clínicas”) aportan una poderosa interpretación de la realidad, que permanece anclada en la experiencia

²⁴ Como afirman Smith & Kleinman (1989: 58) citando a su vez a otros autores: *“Mucho antes de entrar a la facultad de medicina, los estudiantes aprenden que su formación involucrará una presión constante y una fatiga continua. Los relatos populares los preparan para el aislamiento social, la imposibilidad de aprender todo, las largas horas (de estudio), la ansiedad por los exámenes y el hecho de que la facultad de medicina penetrará en sus vidas (Becker, Geer, Hughes, y Strauss, 1961)”*.*

del estudiante. De acuerdo a ella, los fenómenos que afloran a la superficie en forma de signos, síntomas y experiencias se muestran como susceptibles de ser comprendidos en relación con mecanismos subyacentes a un nivel ontológico previo (ya sea fisiológico, anatómico, celular, genético, bioquímico, etc.). Así, la enfermedad está completamente explicada por desviaciones de la norma de variables biológicas cuantificables. No dejando espacio en su marco de referencia para las dimensiones psicológica, social, cultural e histórica de las dolencias; con lo que se favorece la posibilidad de incurrir en un “*doble reduccionismo*” (Engel, 1977), al exigir no sólo que la enfermedad sea entendida como una entidad independiente de la subjetividad, la socialidad y la historicidad de la persona afectada;²⁵ sino también al proponer que todo otro tipo de “malestar”, “padecimiento” o “desviación” sean explicados sobre la base de desórdenes en los procesos somáticos. *“Estos medios para interpretar la realidad son poderosos, iluminadores de muchos fenómenos de la enfermedad y aportan la base para la terapéutica, pero al mismo tiempo, son profundamente ideológicos y a menudo desorientadores. Casi como un acto reflejo pensamos que el comportamiento reside en nuestros genes, y las causas de la enfermedad, en el cuerpo medicalizado individual”* (Good, 2003: 148).²⁶

Por otra parte, al igual que durante los primeros años de facultad “aprender a ver” las cosas de otra manera es fundamental para la construcción de los objetos de la medicina, “aprender a escribir y a hablar” es asimismo básico durante los años subsiguientes de la formación clínica hospitalaria (y fundamental en los años de la residencia). Durante este período, los estudiantes avanzados y los jóvenes profesionales aprenden a “construir” personas enfermas y a convertirlas en pacientes, percibidos, analizados y presentados como apropiados para el tratamiento médico -lo que se materializa con evidencia en diversas circunstancias, como pueden ser los informes que se comunican

²⁵ Este enfoque analítico, pragmático y positivista asociado al método utilizado por las llamadas “ciencias duras” (a las que, al menos en algunos discursos, la medicina pareciese tender como una meta) delimitarían en un mismo movimiento la autoridad profesional y la responsabilidad social de la medicina, influenciando con ello en las actitudes hacia los que solicitan su respuesta. Sin tomar en cuenta que *“la visión del experto, como es reduccionista -el reduccionismo es una estrategia de explicación- puede resultar disgregadora y absolutizar un punto de vista parcial y relativo”* (Lolas Stepke, 1997: 16).

²⁶ La biomedicina formula la enfermedad desde una perspectiva materialista e individualista, de acuerdo a la cual *“la enfermedad reside en el cuerpo del individuo, y el objetivo del tratamiento es entender los fenómenos superficiales con referencia a un orden ontológico más profundo, vincular los síntomas y los signos con una estructura o funcionamiento fisiológico y adoptar medidas a ese nivel. La enfermedad tiene un curso natural; la historia de la enfermedad carece de agente personalizado. La estrategia narrativa y la estructura fenomenológica de la experiencia de la enfermedad y la persona aquejada del sufrimiento son relevantes para las prácticas clínicas rutinarias sólo en la medida en que reflejan el orden fisiopatológico y permiten al médico formular y documentar el caso como un proyecto médico. La estrategia narrativa clínica -es decir, el caso tal como se presenta en las sesiones clínicas- y las historias clínicas asociadas a ella suelen considerar al paciente como persona y actor sólo cuando los pacientes sean considerados moralmente responsables de sus enfermedades -la hemorragia esofágica del despreciado alcohólico- o acepten de buen grado el tratamiento recomendado”* (Good, 2003: 161).

en los “pases de sala”, los “pases de guardia” o las “recorridas de sala”- (Good, 2003; Bonet, 2004).²⁷

Esto hace que los actos verbales más importantes en la práctica hospitalaria (*locus* por excelencia de la educación médica) no sean las entrevistas a los pacientes, sino la presentación de los mismos ante los pares; ya que este es en la práctica el contexto de crítica o aprobación en el que se mueven los estudiantes y los jóvenes profesionales (Good, 2003; Bonet, 2004; Borrell Bentz, 2005). Señala el primer autor: “*Las presentaciones de casos constituyen un género; (...) tienen un formato estereotipado pero varían en extensión en función del contexto (...) Aprender a ‘ir al grano’ de una manera persuasiva es básico para llegar a ser médico. Exige saber lo suficiente sobre el estado del paciente, los procesos de la enfermedad, las posibilidades diagnósticas y entre qué tratamientos elegir a partir de una larguísimo formulario lleno de información, y presentar las cuestiones básicas en pocos minutos*” (Good, 2003: 154).

Por otra parte, partiendo de la base de que la medicina es una profesión arquetípica que involucra, por las características de su ejercicio, dimensiones dramáticas (Smith & Kleinman, 1989; Good, 2003; Bonet, 2004) las normas vinculadas a la forma de comportarse y los sentimientos son de máxima relevancia. Pero de acuerdo a varios autores, si bien la ideología de la “neutralidad afectiva” es fuerte en medicina, no existen cursos en el currículo de la carrera que involucren directamente el control de las emociones. Es más, la discusión de los sentimientos de los estudiantes pareciese ser “tabú”; por lo que el desarrollo de la mencionada neutralidad afectiva forma parte del “currículo oculto”.

Para empeorar las cosas, los estudiantes aprenden pronto que no deben hablar sobre sus sentimientos con otros estudiantes o miembros de la facultad, salvo casos excepcionales o específicos. Por lo que dichos sentimientos permanecen en privado, impidiendo definir el problema como compartido o de trabajar soluciones en común. De todas formas, si bien los estudiantes no pueden desarrollar habilidades colectivamente, sus soluciones no son individuales, ya que utilizan las mismas estrategias básicas para el control de las emociones.

Esto es así porque las normas sociales, los modelos de la facultad, las prioridades curriculares y las expectativas oficiales y no oficiales les proveen una suerte de “guías y recursos” para hacerlo, más allá del silencio. Significativamente, los hombres y las mujeres tienen similares experiencias y encuentran las mismas soluciones. “*Las cinco*

²⁷ “*El informe no es una mera transcripción de una conversación. Es en sí mismo una práctica formativa, una práctica que modela la conversación tanto como la refleja, un medio de construir a una persona como un paciente, un documento y un proyecto (...) De modo que escribir informes e historias clínicas tiene muchas facetas. Confiere autoridad al estudiante de medicina, justifica la interacción con el paciente. Organiza la conversación con el paciente, todo el proceso de la labor con el paciente. Está escrito para el ‘público’: otros médicos que no sólo tomarán decisiones basadas en el documento, sino que juzgarán al estudiante basándose en su escrito*” (Good, 2003: 150-151).

estrategias para el control de las emociones utilizadas por los estudiantes ilustran la cultura de la Medicina Occidental” (Smith & Kleinman, 1989: 66). Estas cinco estrategias, que se fundamentan y articulan en la experiencia que los estudiantes adquieren durante su formación, son: 1) transformar al paciente o el procedimiento en un objeto o evento analítico; 2) acentuar los sentimientos confortables que provienen de aprender y practicar “medicina real”; 3) culpar a los pacientes o empatizar con ellos; 4) usar el humor; y 5) evitar el contacto sensitivo.

Al confiar en dichas estrategias, los estudiantes reproducen la cultura biomédica, creando una nueva generación de médicos que sostendrán el modelo biomédico de la medicina y el tipo de relación médico-paciente en la cual no sólo se adquiere la distancia jerárquica que le suministra al profesional una objetividad confortable y un cuidado médico científico, sino en la que también el paciente es muy frecuentemente “deshumanizado”. Interesante es entonces resaltar cómo los estudiantes, que muchas veces critican a sus profesores por su aparente insensibilidad hacia sus pacientes, recurren a estrategias de “desensibilización” en su esfuerzo por controlar las emociones que las situaciones médicas provocan. Estas estrategias favorecen así la comprensión y la formulación de sus prácticas delimitando o excluyendo los aspectos “no biológicos” tanto de la salud, la enfermedad, los cuerpos, las personas y los colectivos, como de la misma medicina.

COMENTARIOS FINALES

“También tú sabes que, siendo en las ciudades los enfermos esclavos y personas libres, en casi la mayoría de las ocasiones, son los médicos esclavos los que tratan a los esclavos, yendo de ronda casa por casa o permaneciendo en sus dispensarios. Ninguno de tales médicos da ni admite ninguna explicación, sino que ordena lo que le parece por experiencia, como si supiera exactamente, con obstinación, como un tirano, y se marcha, saltando a otro esclavo enfermo. Así facilita a su amo el cuidado de sus enfermos. Por el contrario, el médico libre trata y vigila por lo general las enfermedades de los libres, estudiándolas desde su surgimiento y de acuerdo con su naturaleza. Mientras comparte el tratamiento con el enfermo y sus seres queridos, aprende algo de los pacientes y también, en la medida de lo posible, lo instruye. No prescribe nada sin haberlo convencido antes por algún medio y, sólo entonces, cuando lo ha tranquilizado por medio de la persuasión, lleva a cabo el restablecimiento de su salud” Platón. Leyes, 720c-e

El propósito de este trabajo ha sido tanto aplicar el instrumento metodológico del “modelo biomédico” a un ejemplo concreto, la educación médica de grado en la Argentina, como en describir algunas de las circunstancias que caracterizan a esta última, explícita o implícitamente, a través del estudio descriptivo de su currículo escrito y oculto. Así, a partir de este “ejercicio de indagación” pueden realizarse varios comentarios en dos niveles diferentes: uno en referencia al modelo médico propiamente dicho, y otro en relación a sus aplicaciones prácticas.

Con respecto al primer punto, y como señalan diversos autores, sería injusto concluir que la formación médica es la única responsable por las “características” de los

estudiantes, los médicos y su cultura. Ya que los atributos básicos de la misma son coherentes con el más amplio contexto socio-cultural en el cual la medicina existe. Es decir, que el modelo de la biomedicina se ajusta, por tanto, con el énfasis que la cultura occidental viene realizando -de manera más evidente, a partir de la Modernidad- de la racionalidad y la objetividad científicas, de las cuales parten varias dicotomías epistemológicas (en éste caso manifestadas por oposiciones tales como ciencia/arte; cuerpo/mente; objetivo/subjetivo; saber/sentir; universal/singular; competencia/cuidado; biología/biografía) que lejos están de haberse superado aun. De ahí la certera posibilidad de que los patrones ideológicos y de conducta que se encuentran en la medicina existan también en otras profesiones, con sus particularidades específicas y “cambiando lo que deba ser cambiado”. En tal caso, el error que sí podría adscribirse a la educación médica es el reforzamiento de dicho modelo o paradigma de manera automática (inconsciente) o dogmática (deliberada).

Con respecto al segundo punto, podemos observar cómo de esta formación se desprende, entre sus resultados, la “soledad” que envuelve al “ser médico” que irreflexivamente hace suyos los principios estructuradores de esta razón o tradición, y que se manifiesta en varios niveles (dependiendo de las características personales y la trayectoria de cada individuo) a partir de la separación de las tres totalidades básicas intervinientes: “*el médico, el paciente y la relación entre ellos*” (Bonet, 2004: 118).

Esta “soledad” no sólo se evidencia en el ya mencionado silencio imperante en el orden del sentir o lo emocional, con todo lo que ello implica -desde lo moral, existencial y vincular- sino mismo desde la dimensión cognitiva (limitándonos a los dos planos que fueron tratados en el trabajo, pero sugiriendo la existencia de muchos otros). Dado que la delimitación de su comprensión y respuesta al plano científico-natural; esto es, sin ningún tipo de comunicación legítima con otros saberes, prácticas y protagonistas; impide no sólo la ampliación de su horizonte disciplinar, sino también la genuina articulación de la medicina dentro de la geografía de lo vivencial y comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

“Negar a otros la posibilidad de curar con técnicas o procedimientos distintos de los nuestros, es confundir al enfermo con los libros, y ni siquiera con los libros en general, apenas con los libros que nosotros hemos leído”

FLORENCIO ESCARDÓ. MORAL PARA MÉDICOS, 1977: 26

Bonet, O. 2004. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

Borrell Bentz, M.R. 2005. *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. OPS: Buenos Aires.

- de los Santos, A.R. & otros. 2007. "Conocimientos biomédicos al ingreso a la Unidad Hospitalaria". *Revista Argentina de Educación Médica*, 1(1): 9-16.
- Engel, G. 1977. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". *Science*, 8(196): 129-136.
- Escardó, F. 1977. *Moral para médicos*. A. Peña Lillo Editor, Buenos Aires.
- Foucault, M. 1996. *La vida de los hombres infames*. Altamira, La Plata.
- Foucault, M. 2004. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- Galli, A. 2009. "Situación actual de la educación médica en Argentina". *Educación Médica*, 12(1): 3-5.
- Good, B. 2003. *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica*. Edicions Bellaterra, Barcelona.
- Hipócrates. 2000. *Tratados hipocráticos*. Editorial Gredos, Madrid.
- Kleinman, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley.
- Lolas Stepke, F. 1997. *Más allá del cuerpo*. Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile.
- Mainetti, J.A. 1988. *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina*. Quirón, La Plata.
- Martínez Hernáez, A. 2008. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos Editorial, Barcelona.
- Meeroff, M. 1999. *Medicina Integral. Salud para la comunidad*. Catálogos Editora, Buenos Aires.
- Menéndez, E. 1990. *Morir de alcohol. Saber y Hegemonía Médica*, Ediciones de la Casa Chata, México.
- Menéndez, E. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Orgaz, J. 2007. *Escritos sobre medicina*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Platón. 2007. *Diálogos*. (8 volúmenes). Editorial Gredos, Barcelona.
- Ricci, R.T. 2009. "Algunos desatinos en la Educación Médica". *Revista Argentina de Educación Médica*, 3(1): 8-10.
- Ricci, R.T. "¿Podrá hablarse de 'ninguneo' académico en Medicina?" Artículo publicado en el portal IntraMed el 27 de junio de 2011. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=71430&uid=453928>
- Smith, III, A.C. & Kleinman, S. 1989. "Managing Emotions in Medical School: Student's Contacts with the Living and the Dead". *Social Psychology Quarterly*, 52(1): 56-69.
- * Becker, H.; Geer, B.; Hughes, E. & Strauss, A. 1961. *Boys in White*. Transaction, New Brunswick. [Citado por Smith, III, A.C. & Kleinman, S., 1989]

La dimensión contextual del encuentro médico-consultante en el primer nivel de atención de la salud

Algunas reflexiones y propuestas alternativas

DRA. MARÍA PAULA JUÁREZ¹

El interés por la relación médico-consultante² en la actualidad no resulta casual ni azaroso, diversas situaciones constatan la imperante necesidad de estudios para su conocimiento y transformación.

Puntualmente, en este trabajo, la aproximación a la comprensión de dicho encuentro emerge de las conclusiones a las que se arribó a través de un proceso de investigación-acción desarrollado hace algunos años en una comunidad barrial de Río Cuarto (Córdoba) (Juárez, 2009).

En él, mujeres consultantes del Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud daban cuenta de situaciones negativas en el encuentro con los médicos y médicas, caracterizadas como problemas de comunicación. Se trató de la detección de una verdadera barrera psicosociocultural que se interponía entre los sectores populares y los profesionales efectores construida progresivamente por la acumulación de experiencias negativas por parte de ambos componentes (efectores - población), tales como el uso de vocabulario inadecuado empleado por las consultantes, el uso de vocabulario técnico o

¹ Becaria Posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), dirigida por el Dr. Enrique Saforcada y la Dra. Viviana Macchiarola. Dpto. Ciencias de la Educación. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Río Cuarto, Córdoba. Correo electrónico: mpaulajuarez@gmail.com

² Se emplea la designación “consultante” en reemplazo al tradicionalmente utilizado “paciente” dado que éste refiere a un sujeto padeciente, pasivo que se hace tratar en situación de enfermedad. Sin embargo, en la actualidad la persona sana también demanda los servicios del médico, resultando equívoca la palabra “paciente”. En búsqueda de una construcción lingüística superadora se recurre a la pedagogía freireana dado que abre la posibilidad a su problematización al recrear la noción de un *educando* que, en el marco de su cognoscibilidad hacia el mundo se desempeña “pacientemente-impaciente” (Freire, 1997). Atendiendo a ello, se emplea la denominación *consultante pacientemente –impaciente*, remitiéndose paciente en el sentido de un sujeto que tolera un sufrimiento y que en la antítesis inmediata de impaciencia lo reconoce, desde un rol activo y crítico. Se trata de un sujeto que significa su vivenciar en salud o enfermedad como una realidad integrante del fenómeno vital asumiendo una actitud de alerta para poder transformarla. Se caracteriza por una curiosidad insatisfecha, indócil, que le permitirá la construcción de un conocimiento de esa situación que promoverá su injerencia en su situación y un compromiso que lo trasciende del plano individual al colectivo y que lo involucra en actividades de participación, autogestión y defensa de los derechos en salud.

científico por parte de los efectores, el menosprecio profesional de la palabra del lego, y tantos otros elementos hallados en aquel primer estudio.

La situación mencionada puede graficar y extenderse a lo que sucede en algunos de los múltiples encuentros que mantienen profesionales y consultantes en los ámbitos de la Atención Primaria de la Salud en nuestro país, adquiriendo matices y características propias en las distintas regiones.

Son múltiples los estudios que han indagado en las problemáticas de esta relación, denominándolas de diversas maneras: vinculación inquietante (Ferrara, 1985); encuentro insatisfecho (Thompson 1990, p.33); choque de creencias (Kalinsky y Arrúe 1996, p. 261); dualidad vincular de tinte verticalista (Emmanuelle, 1998); relación inclusiva de desigualdad social (Mendoza González, 1999); barrera psicosociocultural (Saforcada, 2001, 2002), por sólo citar algunos.

Atendiendo a este escenario, con la intencionalidad de conocer qué es lo que sucede en el seno de las relaciones entre efectores y consultantes, se realizó un estudio cualitativo de casos que permitió la observación de la actividad en los consultorios de cuatro médicos y médicas pediatras del primer Nivel de Atención del subsistema Público de Servicios de Salud de la ciudad de Río Cuarto, Provincia de Córdoba, orientado a elaborar una propuesta de formación y entrenamiento médico desde la pedagogía dialógica³ de Paulo Freire⁴ y desde los planteos de la psicología de la prosocialidad de Robert Roche⁵, orientada a humanizar más dicha relación e incrementar su eficacia.

³ Con la expresión *dialógica* Freire se refiere a una relación intersubjetiva en la que la comunicación horizontal y simétrica es condición para que se desarrolle el acto cognoscente entre los sujetos implicados. Pedagogía dialógica es una pedagogía de la comunicación, orientada a superar el antidialogo, propio de los procesos de extensión asimétrica, desde una postura que se caracteriza por ser abierta, curiosa, indagadora y no pasiva. En ella, el sujeto se abre al mundo y a los otros, confirma su inquietud y curiosidad, reconociéndose como ser inconcluso en permanente movimiento en la historia (Vogliotti y Juárez, 2012).

⁴ Paulo Freire (1921-1997) fue un pedagogo brasileño creador de la pedagogía dialógica y crítica desde América Latina cuyo eje implica una educación liberadora. Su perspectiva es crítica en tanto denuncia toda forma de dominación humana, posee una base epistemológica que implica una teoría del conocimiento que promueve, a través de un trabajo educativo crítico, el paso de un conocimiento ingenuo de la realidad a uno crítico y objetivado. Asimismo, es potenciadora de cambios sustentados en un interés emancipador, ya que el conocimiento crítico de la realidad recupera la dimensión utópica desde la esperanza en las posibilidades de transformación de las situaciones y los sujetos concretos.

⁵ Robert Roche es uno de los precursores de la psicología de la prosocialidad, director del Laboratorio de Investigación Prosocial Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona. Define los comportamientos prosociales como aquellos que, sin la búsqueda de recompensas externas, favorecen a otras personas, grupos o metas sociales, aumentando la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaria en las relaciones interpersonales o sociales consecuentes, salvaguardando la identidad, creatividad e iniciativa de los individuos o grupos implicados (Roche, 1997).

Dicho estudio permitió advertir que la relación es compleja, constituida por múltiples dimensiones⁶, entre las cuales la contextual⁷ emerge como aquella que ofrece elementos que suscitan la reflexión en torno a las condiciones en que se sitúa el encuentro médico-niño-madre consultante en pediatría. Elementos susceptibles de ser repensados dado que muchas veces pueden beneficiar la relación y otras perjudicarlas.

Atendiendo a lo planteado, el presente artículo reflexionará sobre los componentes de análisis que caracterizan la dimensión contextual del encuentro médico-consultante. Para ello se ordenan en cuatro secciones: 1) inicialmente se analizarán los componentes principales del encuentro, 2) seguidamente los componentes contextuales del escenario de consulta e interferencias a la comunicación, 3) luego se analizará el tipo de trato pronominal empleado en la relación, para 4) finalmente realizar reflexiones en torno a la temática tratada.

1. Componentes que caracterizan el encuentro humano médico-consultante

El encuentro entre médicos y consultantes se puede caracterizar dando realce a los siguientes componentes: motivo de consulta, momentos del encuentro, conocimiento previo del consultante y tiempo empleado en la consulta.

1.1 Motivo de consulta

El estudio realizado (Juárez, 2012) permitió advertir 283 motivos de consulta que pueden organizarse en dos grandes categorías: control de niño sano y atención del niño enfermo.

Esta motivación inicial que conduce a la madre al consultorio de pediatría es la que va a determinar el accionar médico en el devenir del encuentro. Refiere a un componente contextual que puede identificarse a partir de la observación y que emerge inicialmente, permitiendo ofrecer un dato respecto a las características del encuentro

⁶ El estudio mencionado (Juárez, 2012) analizó también: la dimensión conceptual que los profesionales habían construido en torno a la relación, la dimensión axiológica y epistemológica de los profesionales en torno a su práctica, la dimensión intersubjetiva de la relación, la dimensión de género, maternidad y paternidad y su incidencia en el ejercicio profesional, la dimensión de cultura organizacional de los Centros de Salud en que los efectores se desempeñaban, la dimensión vinculada al sistema de salud y la realidad laboral del médico, la dimensión en salud comunitaria, la dimensión de extensión y/o comunicación desde la pedagogía dialógica de Paulo Freire y la dimensión de formación universitaria recibida por los profesionales, concluyendo con el desarrollo de una propuesta de formación y entrenamiento en pedagogía dialógica para médicos y médicas.

⁷ Lo contextual en el estudio, y en este artículo, refiere a aquellos aspectos que condicionan, favorable o desfavorablemente, el entorno en donde se establecen las relaciones e interacciones médico-consultante. En este sentido está conformado por aspectos que caracterizan el encuentro humano médico-consultante, así como lo espacial del ámbito de la consulta, lo comunicacional y el tipo de trato pronominal con que los interlocutores se dirigen entre sí en la relación.

pero que no determina las características de la relación posterior que pueda establecerse entre el profesional y la madre.

1.2 Momentos del encuentro humano médico-consultante

El encuentro entre médico y consultante se organiza en tres momentos: el inicio, el desarrollo y el cierre. El *momento del inicio* lo conforman aquellos aspectos que caracterizan el recibimiento y primer contacto en la consulta. El saludo, como intercambio inaugural es el que va a definir, muy probablemente, el desenvolvimiento de la consulta. Las siguientes narrativas grafican este momento:

C1⁸: ¡Cristina!

Ma6⁹: Hola, buenas

C1: ¿Cómo estás? ¿Qué anda pasando?

C4: ¡Hola Graciela! ¡Con bebe nuevo debutamos hoy!

Es el momento en el que se intercambian los saludos, permitiendo advertir la existencia de un conocimiento previo o no, lo que determina, de alguna manera, el ánimo posterior de la consulta. Si ha habido un saludo alegre y animado los auspicios para su desarrollo posterior son buenos, si por el contrario la consulta ha comenzado con un impacto negativo, de verbalizaciones o actitudes, es probable que la situación se oriente a un desarrollo poco promisorio.

El *momento del desarrollo* es el tiempo que se sucede luego del saludo inicial y antes del cierre. Durante su transcurso otros componentes intersubjetivos se presentan y definen el encuentro como: procesos de comunicación, de extensión, tipo de trato ofrecido a la madre o cuidador, al niño, la consideración o no del niño como interlocutor válido, la indagación en aspectos psicosociales y familiares por parte del médico/médica, etc.

El *momento de cierre* refiere a aquellos aspectos que caracterizan el momento de culminación de la consulta que implica verbalizaciones y gestos de despedida. La modalidad que asuma la misma, condiciona favorable o desfavorablemente la predisposición para un encuentro posterior con esa misma persona, sea médico/médica o niño y madre.

También es razonable pensar que, todo lo acaecido en los momentos del encuentro puede incidir en la adhesión o no a las indicaciones del pediatra. Este es un tema que

⁸ C1 significa Caso 1 y refiere a uno de los médicos pediatras observados en el estudio (Juárez, 2012). De igual manera en el desarrollo del trabajo se advertirán narrativas de C2, C3 o C4, que refieren al Caso 2, Caso 3 y Caso 4, correspondientes a los médicos y médicas del estudio.

⁹ Ma6 es la sigla que refiere a la Madre que el médico atendió en el sexto encuentro de una jornada determinada. En el desarrollo del trabajo podrán advertirse Ma5, Ma12, entre otros; así como Pa1 en caso de que el consultante haya sido un padre.

no ha estado involucrado en las investigaciones que dan origen a este escrito, pero lógicamente es un tema que se debería investigar.

1.3 Conocimiento previo del niño/consultante

La observación de encuentros médico-consultantes permite advertir manifestaciones de los y las pediatras que dan cuenta o no de un conocimiento previo de la figura del niño o la madre consultante.

El médico o médica puede poseer conocimiento del niño y la madre o cuidadora en varios sentidos: de su historia clínica, su desarrollo vital en lo personal y laboral, aspectos de la vida del niño de orden psicológico y familiar, así como social, cultural y vida escolar y en comunidad, entre otros. Este conocimiento se construye mediante una relación entre ambos que requiere de un tiempo, en algunos casos podrá ser de años y en otros de meses, lo suficiente como para que el profesional haya apprehendido unos saberes en torno a la figura del niño y su familia que le permitan identificarlo como consultante conocido.



Es razonable pensar que la existencia de un conocimiento previo del niño y la madre consultante constituye un aspecto determinante del acto médico posterior, incidiendo en la posibilidad de un buen desarrollo de la consulta. Se trata de conocimientos que, adecuadamente empleados y gestionados desde la figura del profesional, deberían animar a ambos interlocutores, guiando los procesos comunicacionales sobre indagación, diagnóstico y tratamiento propiciando el compromiso de adhesión a los mismos. Aspectos que, por un empleo eficaz de este conocimiento previo, incidirían a una favorable predisposición del sistema psiconeuroinmunoendocrino (Kiecolt Glaser, 1999; Márquez López Mato, 2008) del niño, así como en el tipo de trato brindado a él y a la madre.

Diversos indicios permiten advertir que el médico/médica, como también el niño o la madre, se conocen de antes: el referirse con el nombre propio, el tratar de vos (tutear) al médico/médica, el mencionar una consulta anterior, el referirse a un cuadro clínico padecido, el preguntar por la familia, el trabajo, la vida del niño o madre consultante, aspectos en los que se dialoga más allá de la consulta clínica.

En el estudio realizado (Juárez, 2012) se pudo registrar que, del total de 283 consultas observadas a cuatro médicos y médicas pediatras, 206 fueron de atención a niños y consultantes conocidos.

A veces la posibilidad de ser conocidos para el médico depende del tiempo que la madre lleva a atender a sus hijos al Centro de Salud, así como que el profesional tenga una historia laboral de atención en este lugar. En estos casos se han observado situaciones en las que las madres que llevaban a sus hijos al pediatra habían sido a su vez pacientes de éstos cuando pequeñas, constituyéndose una verdadera historia de conocimiento del médico a lo familiar y viceversa.

Un hecho advertido en algunos Centros de Salud es que, los profesionales no logran permanecer un tiempo prolongado en una misma institución o que, por cuestiones burocráticas, rotan de un Centro a otro. Se trata de situaciones que los privan de la posibilidad de construir una historia laboral y de relación con conocimiento de los vecinos y las familias, en definitiva, de las comunidades consultantes lo cual obstaculiza la eficacia y eficiencia del accionar pediátrico.

1.4 Tiempo empleado en la consulta

El tiempo empleado en la consulta refiere a la duración en minutos del tiempo otorgado por el médico o médica para la atención del niño y la madre. Se registra desde el ingreso a la consulta hasta la salida del consultante del espacio físico del consultorio.

Para realizar una estimación puede registrarse el tiempo dispensado por el médico para la atención de cada consultante individual en el transcurso de una jornada de trabajo y calcular, al final de la misma, el tiempo promedio que ese médico otorgó a las consultantes.

Tomar en cuenta el tiempo empleado en la consulta ofrece una información interesante ya que permite prestar atención a cuestiones que inciden en la relación. Por ejemplo, el tiempo que el médico o médica dispensa a la atención de un niño y su madre puede estar condicionado por las exigencias que el sistema de prestación le impone, dado que algunos Centros de Atención Primaria de la Salud asumen una modalidad remunerativa de acuerdo a la cantidad de consultas atendidas¹⁰, de manera que a más consultantes vistos mayor retribución económica. Asimismo, otro aspecto que puede incidir negativamente en el tiempo ofrecido a las consultantes es una sala de espera colmada de personas que aguardan la atención de un único profesional, lo que de alguna manera presiona su práctica orientándola a la brevedad.

¹⁰ Se trata de una modalidad que tradicionalmente ha regido el subsistema privado de atención de la salud (prepagas y seguridad social) y que ha comenzado a advertirse también en la atención pública. Tal es el caso de la investigación realizada, que se basó en el desempeño de cuatro médicos públicos que recibían una retribución del municipio acorde a la cantidad de personas atendidas, y no a un sueldo estipulado.

Agrest (2008) plantea, con respecto al tiempo, que el médico está expuesto a un examen al que lo somete cada paciente: debe contestar en el tiempo más breve posible a las incógnitas del padecimiento de su paciente, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, las decisiones en cada campo, las posibilidades de aplicación de las decisiones y sus consecuencias, la respuesta del paciente y sus efectos sobre el contexto familiar y social.

La brevedad de este tiempo, en general, está fijada por condiciones de organización de los sistemas de salud y los sistemas de retribución. El autor expresa: “No creo equivocarme si digo que el tiempo dedicado a cada paciente es, para el médico, superior al que puede ofrecerle por la compensación económica e inferior al que necesita para resolver adecuadamente el problema del paciente” (Agrest, 2008, p. 196).

Ferrara (1985) considera que uno de los rasgos agravantes en el incremento de la incomunicación entre médicos y pacientes, resultado de la proletarización de la medicina occidental actual, es la terminante exigencia de las prepagas y mutuales en cuanto a tiempos breves de atención. El profesional se ve forzado por el apuro y el paciente por la ansiedad de comunicar ante el apuro de su interlocutor, lo que conspira en contra de las posibilidades de expresar y comprender por parte de los interlocutores.

En este contexto, se podría esgrimir que el sistema de prestación va en detrimento del tiempo real necesario para la adecuada atención de un niño y su madre, sumado al escenario frecuente de Centros de Salud con salas de espera saturadas de gente que aguarda, lo que condiciona el ritmo de desempeño y el tiempo que dispense el profesional a sus consultantes.

El tiempo promedio de duración de las consultas hallado en el estudio citado (Juárez, 2012) fue de 11, 29 minutos.

En esta investigación pudo advertirse que los profesionales emplean distintas estrategias en el uso del tiempo de atención, algunas de las cuales van en beneficio y otras en perjuicio de la relación.

En *beneficio*, se observó la estrategia de una pediatra que consistió en revisar las Historias Clínicas (HC) de los niños antes de hacerlos ingresar a la consulta y luego de finalizada la misma tomaba nuevamente la HC para actualizarla y comenzaba a revisar la HC del niño o niña siguiente. De esta manera le otorgaba más tiempo a la consulta misma, más tiempo disponible para el diálogo y la interacción con la madre consultante y su hijo o hija. En el completamiento de la HC de la consultante que se retiraba y la revisión de la HC que iba a entrar, solía emplear de 3 a 5 minutos.

En *perjuicio*, se observó un comportamiento (extendido entre los médicos y médicas) que consistió en que el profesional realizaba las explicaciones sobre una indicación al mismo tiempo que la escribía en la receta. Proceder que pareció estar más orientado a economizar tiempo que a beneficiar el encuentro dialógico entre los interlocutores,

atentando contra la comunicación y la posibilidad de comprensión real de la madre. Como contrapartida, un médico que se detiene a explicar cara a cara una prescripción, cerciorándose que las expresiones verbales y gesticulaciones de la madre dan cuenta de haberlo comprendido y sólo después se dispone a la redacción de las mismas, emplea más tiempo de atención pero favorece la calidad de la misma.

Si bien el tiempo es un factor fundamental para la atención, el desarrollo de una consulta en un tiempo breve, de 6 o 7 minutos, no amenaza directamente la calidad de la misma cuando el profesional se desempeña de manera dialógica y prosocial.

Las observaciones realizadas permitieron advertir que no existe, al menos en los casos de los médicos y médicas estudiados, correspondencia entre un tiempo escaso y una mala atención. Se observó cómo es factible, en un lapso de tiempo reducido, que el médico pueda atender con calidad profesional clínica y al mismo tiempo desempeñarse desde una actitud de escucha y predisposición dialógica para con la madre; como así también, se observó que es posible atender a los consultantes en tiempos prolongados, pero de manera extensiva¹¹, unidireccional y esquiva hacia ellos.

Se considera que la relación no se mejora con el solo hecho de proporcionar más tiempo a la consulta, sin embargo se entiende que es un elemento que no debe desestimarse dado que anima a una predisposición favorable para el encuentro y su desarrollo. Los tiempos no son un factor decisivo siempre y cuando sean administrados por profesionales cálidos, dialógicos (Freire, 1998; 2000) y prosociales (Roche, 2010).

Atendiendo a lo desarrollado, se considera que los componentes fundamentales del lapso denominado *tiempo necesario de consulta* son:

- La palabra de la consultante (“Escuchatorio” del médico -Maglio, 2008-)
- La indagación clínica del médico (Interrogatorio dialógico del médico –Juárez, 2012)
- El control clínico realizado por el médico al consultante (Auscultación, palpación, etc.)
- La explicación del problema o el motivo de consulta, por parte del médico al consultante (Escucha profunda del consultante –Juárez, 2009-)
- La comprensión del problema o situación del motivo de consulta, por parte del consultante (Respuestas de retroalimentación del consultante que den la pauta al profesional de haber comprendido)

¹¹ Esta expresión proviene de extensión, que en el sentido freireano refiere a un intercambio comunicativo en el que no hay acuerdo en torno a los signos, como expresiones del objeto significado, no hay comprensión entre los sujetos, se imposibilita la comunicación y se genera asimetría. En este contexto se emplea un sistema simbólico ininteligible para los sujetos, impera un lenguaje técnico en relación a un hecho con un universo de signos lingüísticos propios que puede no ser comprendido por los interlocutores. Es allí donde se inicia la extensión (Freire, 1973).

- El tiempo de la escritura, anotación de las prescripciones, por parte del médico con grafía clara en imprenta mayúscula (Tiempo de silencio de ambos interlocutores).
- La comprensión de las prescripciones que realizó el médico, por parte de la consultante (Tiempo de la explicación de lo escrito, de esta comprensión dependerá la adhesión al tratamiento y su buena realización, así como la curación posterior).

La sumatoria de todos estos componentes y procesos necesarios para una buena consulta requieren de un lapso considerable, el sólo pensar en dos minutos por componente arroja un total de un cuarto de hora como tiempo mínimo aproximado para una consulta de calidad.

2. Componentes que caracterizan el escenario de consulta

El escenario de consulta refiere a un espacio físico y a unas condiciones y dinámicas contextuales en que se dan los encuentros médico-consultantes, siendo particulares en cada caso. En lo que sigue se analizará el contexto de consulta y las interferencias a la comunicación que en él pueden presentarse.

2.1 Contexto de la consulta

Dos componentes pueden describirse en este escenario: las condiciones edilicias del consultorio, las condiciones contextuales del mismo.

Con respecto al primer componente es razonable suponer que el entorno físico, los lugares de acceso, la habitación, los vestíbulos, su situación en el plano institucional, la decoración que presente, entre otros aspectos, condicionan las relaciones e interacciones que se dan entre médicos y consultantes, facilitándolas o perjudicándolas.

Las condiciones contextuales refieren a elementos tales como la cantidad de personas en el consultorio al momento de la consulta, aspecto físico o semblante de los médicos y consultantes, estados de ánimo del médico, de la madre, del niño o niña, de las enfermeras, de los administrativos, el clima psicoemocional en general, así como las conversaciones que se desarrollan en ese contexto, los gestos, comportamientos y acciones, etc. Son elementos que definen el contexto general en que se desarrolla una consulta, son cuestiones que inciden en la calidad humana y clínica de la misma.

2.2 Interferencias a la comunicación

Todo contexto situacional que rodea el marco de la consulta en el que se perciben sonidos y/o conversaciones que interfieren el diálogo y que no tienen que ver con la

misma, así como la falta de privacidad adecuada para que una persona exprese temas que le exigen gran reserva (por vergüenza, miedo, etc.) refieren a interferencias a la comunicación.

Las interferencias a la comunicación pueden vincularse a conversaciones paralelas a la consulta entre médico y madre, así como llamados telefónicos, llantos de niños, conversaciones de otros adultos que están en el mismo espacio, todo lo que intercepta el diálogo de la consulta y que no tienen que ver con la misma.

3. Componente intersubjetivo de trato pronominal en el encuentro médico-consultante

La relación médico-consultante implica siempre una forma pronominal de trato empleado por sus interlocutores y esta forma da cuenta de horizontalidad o asimetría de poder que se manifiesta en los pronombres utilizados.

Morin y Almeida (2000) consideran que en cualquier comunidad los hablantes se valen de diferentes recursos lingüísticos para marcar aspectos sociales referentes a la interacción y, eventualmente, las relaciones de poder. En este sentido, los pronombres de trato (tú/vos/usted) usados en la interacción son formas lingüísticas muy significativas que ponen en relación las propiedades abstractas del paradigma gramatical de una lengua con una matriz de componentes de naturaleza social, cultural y emocional. De ahí su papel fundamental en las interacciones cotidianas en tanto expresan significados no sólo lingüísticos, sino también socioculturales y emocionales.

Estos pronombres tienen un papel central en los intercambios comunicativos ya que son capaces de absorber una amplia gama de significados sociales como la deferencia, la cortesía, el respeto, la intimidad, la formalidad, la solidaridad, etc. (Morín, 2002; Almeida, Rodríguez, y Morín, 2006).

De acuerdo con Friedrich (citado en Almeida et al., 2006, p. 12) puede afirmarse que es el significado lingüístico de estos pronombres lo que los hace más o menos apropiados en determinadas situaciones. Si *tú* (a lo que se agrega vos), pronombre de segunda persona, designa al individuo más próximo al emisor y *usted*, pronombre de tercera persona, designa al individuo más alejado del emisor, no es sorprendente que la primera sea la forma preferida en aquellos contextos en que los interlocutores no necesitan expresar una mayor o menor proximidad social y afectiva entre ellos y la segunda sea la forma que se emplee en los casos en que los hablantes tengan que manifestar una mayor distancia.

De ese modo, *tú* o *vos* suele ir asociado a las situaciones que expresan informalidad, familiaridad, afecto o intimidad, mientras que *usted* parece ligado a contextos en que domina la formalidad, la cortesía, la deferencia, el respeto, así como la distancia social y psicológica.

La posibilidad de observar consultas entre médicos y consultantes permite conocer la modalidad de trato pronominal empleada por ellos. Su análisis aporta un dato interesante dado que ofrece indicios acerca del tipo de relación que se establece entre ambos, dando cuenta de relaciones de mayor asimetría u horizontalidad.

Agüero desarrolló en la década del 80` (citado en Solano Rojas, 1995) un estudio en el que analiza el uso extendido del “voseo” en Costa Rica, expresa que así como el *vos* se usa en relaciones entre amigos y familiares, lo mismo sucede entre médicos y pacientes, con algunas salvedades que dejan la posibilidad de un trato asimétrico que denota un *vos/usted*. El autor entiende un mal “hábito” que los médicos traten de *vos* a los pacientes, argumentando que éstos deben ser tratados con consideración y respeto desde el empleo de un tratamiento pronominal más formal entre ambos (*usted-usted*) como la forma indicada para esta relación.

A continuación se analizan los modos de trato pronominal empleados por médicos y médicas a consultantes, así como de éstos a aquellos, observados en consultas.

3.1 Trato pronominal empleado por el médico/médica para interactuar con las consultantes

En el estudio realizado (Juárez, 2012) se halló variabilidad en los modos de trato del médico o médica para dirigirse a la madre o consultante. Sobre un total de 283 consultas observadas, los profesionales emplearon en orden de preferencia¹²: el *vos* para referirse a la madre o consultante en un 84%; el *vos* y nombre propio en una misma consulta y para una misma persona en el 10%; el *usted* y *vos* en una misma consulta y para una misma persona en el 2%; el *usted*, en el 1%; el *vos* y madre en una misma consulta y para una misma persona en el 1%; el madre en el 1%. Algunas narrativas y análisis que grafican estos intercambios expresan:

a) Médicos/médicas tratan de vos a las madres o consultantes:

C2: sí, ya *vas a ver* que con el remedio que te voy a dar ahora como mejora.

C4: ¿la *prendiste* a la teta Zulma...?

b) Médicos/médicas tratan de usted a las madres consultantes:

Se advierte que los médicos y médicas que utilizaron el *usted* para referirse a las madres consultantes, lo hacían cuando estas no eran conocidas previamente por ellos o cuando eran consultantes de edad avanzada, como abuelas o abuelos, también cuando los consultantes fueron los padres.

¹² En esta sección se ofrecen datos cuantitativos a los fines de complementar datos cualitativos obtenidos, y así enriquecer el significado en relación a lo intersubjetivo de la cuestión de trato pronominal.

c) Médicos/médicas se refieren alternativamente de usted y vos a una misma madre o consultante durante la consulta:

C1: ¿fuiste al cirujano, al hospital?

Ma6: no

C1: te lo *pedí* en julio ¿te lo vuelvo a pedir? ¿te parece?

Ma6: (silencio)

C1: ¿Por qué *no lo pudo* llevar?

Se percibe una inconstancia en el tratamiento pronominal propiciado por la figura de los médicos y médicas hacia las consultantes. Observarlo da la impresión que les cuesta decidirse por un tipo de trato determinado adecuado al interlocutor, dado que se presentan condiciones que generan indecisión, como el hecho de ser conocidos de antes o no, el tener confianza o no, si son mayores o no, entre otros.

d) Médicos/médicas se refieren de vos y por el nombre propio de la madre consultante:

C4: bueno... *María*, entonces a Juliana *le vas* a dar, bueno, controlar la temperatura y vas a seguirle ¿el ibuprofeno le baja bien la temperatura?

El empleo del nombre propio de las madres consultantes por parte de los médicos o médicas es frecuente cuando hay una relación con transcurso en el tiempo, donde se conoce a los padres del niño o niña, la Historia Clínica del niño, así como su vida personal, familiar y social.

3.2 Trato pronominal empleado por los consultantes para dirigirse al médico/médica

Puede advertirse una variabilidad en los modos de trato del médico o médica para dirigirse a la madre o consultante.

Sobre un total de 283 consultas observadas se advirtió que, en orden de preferencia las madres o consultantes utilizaron el *usted* para dirigirse al médico/médica en el 35% de los casos observados, no utilizaron ningún tipo de trato pronominal en un 29%, el *doctor y usted* en el transcurso de una misma consulta en el 17%, el *doctor* en el 9%, el *vos* en el 7%, el *nombre propio* del profesional en el 2% y el *usted y vos* en la misma consulta en el 1% de los casos.

Así como en los médicos, en los consultantes también se registró gran variabilidad en los modos de trato hacia el profesional. Incluso durante una misma consulta se dirigen a él empleando el *usted* y el *vos*, mientras en otras no emplean ningún tipo de trato pronominal, probablemente por la indecisión respecto a la forma adecuada de hacerlo. Lo señalado en las siguientes narrativas grafican lo planteado:

a) Consultantes que se dirigen de usted al médico o médica:

Ma5: sí, sí, porque ya fui a la fonoaudióloga que me mandó *usted* y me dio un turno...

El trato de *usted* por parte de la madre o consultante es predominante en la relación, en la que generalmente el profesional responde empleando el *vos*, generando semánticas de poder y asimetría.

b) Consultantes que tratan de doctor y usted al médico o médica:

Ma2: ...y doctor sabe que le quería preguntar yo, porque no sabe que el padre de él está preso y yo quería ver si *usted* me podía hacer un certificado por el dedo...

Esta narrativa manifiesta el uso extendido por parte de las madres de referirse al profesional por un grado académico de postgrado, que no todos los médicos poseen, acompañado del *usted*, evidenciando formalidad y deferencia en una relación jerárquica.

c) Consultantes que se refieren de vos al médico o médica:

Ma1: ...el Uriel *viste* que me *diste* la pomadita, le salió algo en la cara ¡pero se la toca permanentemente, cómo se va a curar!, ¡pero vos le hubieras visto C4! (Llama por el nombre propio a la médica).

El voseo por parte de los consultantes a los médicos se registró en los encuentros como una práctica habitual cuando: la médica o médico eran personas jóvenes y las madres consultantes de edad mayor, así también cuando las madres eran jóvenes y de pequeñas habían sido consultantes de la médica pediatra a la que se consultaba en ese momento.

d) Consultantes que tratan de usted y de vos al médico o médica en una misma consulta:

Ma10: la sobrina mía vive con mi hermana, ¡ay pero *usted* viera como tiene la pieza del bebé! Es inaceptable, y eso que es mi sobrina (...)

C2: ¿se separó mal... o bien?

Ma10: ¡no bien! Pero no... no *mirá*, yo el otro día la mandé y...

Con respecto a esta variabilidad, en las formas de trato de las consultantes hacia los profesionales, una de las pediatras entrevistadas expresaba:

C3: ...por ahí tienen mucha disyuntiva los pacientes que te dicen “doctora eh C3 (menciona su nombre propio)”, decime como vos te sientas cómoda -le digo yo- pero a mí no me molesta ni que me digas de una forma ni que me digas de la otra” en Córdoba era la doctora C3 (menciona su nombre propio) porque así me conocían todas, pero acá digamos....

La médica reconoce la indecisión que se les presenta a muchos consultantes a la hora de dirigirse al profesional, situación que también se ha percibido en las observaciones de consulta, como lo expresan las narrativas citadas.

Solano Rojas (1995) considera que la falta de correspondencia en el trato pronominal entre los interlocutores provoca inseguridad en el hablante en cuanto a la forma de tratamiento que debe usar en las distintas interacciones lingüísticas que enfrenta.

Morín (2002) considera que existen actitudes de inseguridad lingüística o de hiper-corrección generadas por la vacilación acerca del empleo adecuado de un tipo de trato pronominal u otro.

Estas actitudes de inseguridad lingüística fueron observadas entre médicos/médicas y consultantes donde éstos últimos cambiaban en el transcurso de la consulta su forma de trato, refiriéndose al profesional de vos, de usted, de doctor. Incluso se ha registrado, como un comportamiento extendido, el no empleo de ningún tipo de trato pronominal, denotando el consultante cierta pasividad al no preguntar nada al profesional o bien haciendo sus consultas formulando frases sin incluir el pronombre del sujeto al que van dirigidas, quedando enunciados sueltos referidos a la persona del médico por la obviedad de ser el único interlocutor presente, sin mediar una especificación del pronombre que permita explicitar a quien van dirigidos esos enunciados.

Frente a la indecisión de los consultantes algunos profesionales suelen denotar cierta flexibilidad al expresarles “*decime como vos te sientas cómodo*”, ofreciendo apertura al diálogo. Quizás esta modalidad se enmarca en lo que Brown y Gilman (Citado en Morin y Almeida, 2000, p. 61) definen como una semántica de la solidaridad, la que implica un tratamiento pronominal simétrico o recíproco (*tu-tu- vos-vos* o *usted-usted*) según sea el grado de solidaridad existente entre los miembros de la interacción comunicativa.

e) Consultante se refiere de vos y por el nombre propio al médico/médica:

Ma2: (sin responderle) ¡*mirá C2!* (lo llama por el nombre propio) ¡*Mirá como vomita!*, así vomita todo el día...

Ma5: *sabes qué pasó C4* (la llama por el nombre propio)

Tratos como el voseo de los médicos a los consultantes, así como el llamar por el nombre propio el profesional a la madre, o bien la madre al profesional, son prácticas frecuentes en la medida que ambos se conocen desde tiempo y establecen un trato de horizontalidad, simetría y confianza en el encuentro.

3.3 Trato pronominal asimétrico: el esquema clásico de la relación médico-consultante

La información obtenida en las investigaciones realizadas (Juárez 2009, 2012) dan cuenta de un modo de trato que privilegia el uso del vos por parte del médico al consultante (84% de las consultas observadas) y del usted (35% de las consultas observadas) así como el *doctor y usted* por parte del consultante al profesional (17% de las consultas observadas). Narrativas que dan cuenta de la preeminencia de este tipo de trato son las siguientes:

C2: *¿cómo están?*

Pa2: bien y *usted?*

C2: bien *che*, *¿está descompuesto el Brian?*

Ma14: *usted* vio si el pechito o la gargantita está tomado...o algo?

C2: *vos* me estas preguntando si qué?

Ma13: si el pecho está tomado...o algo

Brown y Gilman (citado en Morin y Almeida, 2000, p. 61) plantean una semántica del poder frente a una semántica de la solidaridad, entendiendo por semántica la “covariación entre el pronombre usado y la relación objetiva entre hablante y destinatario”.

La relación de poder supone atributos sociales como la riqueza, la edad, el sexo y la profesión, entre otros, conlleva una relación no recíproca entre dos personas, con un tratamiento pronominal asimétrico que implica el control de un individuo sobre el otro, lo que se traduce, en el nivel semántico, en un trato no recíproco donde un interlocutor superior emplea *tú* o *vos* y recibe del otro el *usted*.

Almeida et al. (2006) entienden que el poder tiene que ver con la capacidad de los individuos para influir o controlar a otro. Sea cual sea la fuente de poder, el individuo de más poder tiende a recibir un tratamiento deferencial; el subordinado, en cambio, no atrae ningún tipo de deferencia, de ahí que el superior reciba *usted* y el inferior reciba *tu* o *vos*.

Atendiendo a lo desarrollado hasta aquí, se advierte que la relación pediatra-madre consultante expresa una díada sociolingüística interesante para un estudio en profundidad sobre el poder y el lenguaje hablado, sumado a los efectos del mismo, dado que en esta relación se hallan patrones de trato pronominal asimétrico típico de encuentros médico-consultantes tradicionales, así como relaciones de simetría o de solidaridad semántica.

4. Reflexiones finales:

Dimensión contextual y trato pronominal del encuentro médico-consultante.

¿Inseguridad lingüística o transición a un nuevo escenario sociolingüístico en la relación?

Se advierte cómo lo contextual en que se desarrollan los encuentros médico-consultante ofrece elementos emergentes que posibilitan o entorpecen las relaciones entre ambos. Puede pensarse que algunos de estos elementos contribuyen a la estructuración de la barrera psicosociocultural que explica, en buena medida, la ineficacia de esta interacción o bien, se trata de elementos que tienden a diluirla, siendo factible su incidencia

en un incremento de la eficacia de la relación (mayor adhesión a las prescripciones, baja del umbral de alerta por parte de las madres, etc.).

La posibilidad de que los profesionales dediquen tiempo a realizar un análisis reflexivo sobre sí mismos, sus actitudes y comportamientos con las personas consultantes les ofrece una herramienta que, llevada al campo de sus prácticas laborales, puede oficiar como promotora de cambios en pos de la humanización de la relación y el incremento de su eficacia profesional.

Reflexionar sobre los componentes de la dimensión contextual de este encuentro como son el motivo de consulta, el momento del encuentro, el conocimiento previo del consultante, el tiempo empleado en la consulta, los aspectos contextuales del escenario de consulta, las interferencias en la comunicación, así como el tipo de trato pronominal empleado, permitirá al profesional elaborar una decodificación crítica y profunda respecto a su propio desempeño y al contexto de su trabajo, todo ello orientado a la intencionalidad de transformación hacia una mayor humanización de las prácticas profesionales.

Haber registrado un escenario que manifiesta una gran variabilidad en el trato pronominal empleado por médicos y consultantes lleva a pensar, más allá de las posibilidades de inseguridad lingüística de los interlocutores, en un ámbito que da muestras en cuanto a que, paulatinamente y mediante un trabajo de reflexividad del profesional sobre sus propios estilos relacionales y comunicativos, es posible desarrollar actitudes cada vez más flexibles que podrían estar derivando en interacciones con un mayor grado de horizontalidad y dialoguicidad entre las partes implicadas.

En este sentido, si bien la variabilidad en el tipo de trato pronominal se registró en ambos interlocutores, los porcentajes más altos se advierten en las consultantes que se dirigen a los profesionales en forma *respetuosa* (usted 35%; no emplea trato pronominal 29%; doctor y usted 17%; doctor 9%, vos solo el 7%); mientras que en los médicos predomina el uso del *voseo* (vos 87%; vos y nombre propio de la consultante 10%).

Si bien estos datos podrían llevar a pensar en un trato asimétrico en la relación, es dable pensar que probablemente emergen como un indicador que da cuenta no tanto de una actitud de inseguridad lingüística por parte de las consultantes sino más bien de una necesidad de transición a un nuevo escenario sociolingüístico y contextual que nivele la relación de poder.

Probablemente estos sean los inicios de una transformación en el tratamiento pronominal, en lo contextual y en lo comunicacional en general de la relación médico-consultante orientada hacia comportamientos y actitudes más flexibles, dialógicas y pro-sociales que contribuirían a una redefinición de las tradicionales relaciones jerárquicas entre estos interlocutores.

Si bien se trata de un escenario que aún no ha alcanzado una estabilidad que se decante por un uso más informal y próximo del trato, será fundamental el papel que asuman los médicos y médicas en este contexto, dado que al ser responsables de un uso extendido del voceo hacia sus consultantes, denotando poder al ver que la contraparte trata de usted o impersonalmente, deberían propiciar un trato análogo de los consultantes hacia ellos en aras de semánticas de la horizontalidad para la relación.

Semánticas de la horizontalidad que se acompañarán de una genuina intencionalidad dialógica del profesional desde mensajes comprensibles, claros, organizados, en lenguaje sencillo, acompañados por la escucha profunda, la empatía, la confirmación del otro y la búsqueda de marcos significativos comunes con sus consultantes (Juárez, 2012) orientados a una verdadera humanización de esta relación.

Referencias

- Agrest, A. (2008). *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Almeida, M; Rodríguez, J. y Morín A. (2006). Pronombres de trato y clase social en una comunidad canaria. En: *Revista de Filología*. [Versión electrónica]. (24), 11-24. Recuperado el 21 de abril de 2011 de Biblioteca Universitaria de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria: <http://acceda.ulpgc.es/handle/10553/912>
- Emmanuele, E.S. (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico*. Buenos Aires: *Novedades educativas*.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. (1º ed. en castellano, 1997). México: Siglo XXI.
- Freire, P. (1998). *¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural*. (1º ed. en castellano, 1973). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freire, P. (2000). Lenguaje “culto” y lenguaje “popular”. En Freire P. y A. P. de Quiroga: *El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere* (pp.78-82) Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Juárez, M.P (2009). *Comunicación de Calidad Prosocial desde la perspectiva del paciente en la comunidad barrial Hipódromo, Argentina*. Tesina de Suficiencia Investigadora no publicada. Doctorado Psicología de la Comunicación: Interacción Social y Desarrollo Humano. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Juárez, M.P. (2012). *Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención del Subsistema Público de Salud. Estudio de casos y propuesta de formación médica en pedagogía dialógica*. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Nacional de San Luís. Argentina.
- Kalinsky B. y W. Arrúe. (1996). Cap. 6: El conflicto de creencias en la relación médico/paciente. ¿Un equívoco adrede? En Kalinsky B. y W. Arrúe (1996): *Claves antropológicas*

gicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural. Buenos Aires: Miño y Dávila.

- Kiecolt Glaser, J. (1999). Stress, personal relationships and immune function: health implications. *Brain, behavior and immunity*, 13, 61-72. Recuperado el 18 junio de 2007 de: <http://www.idealibrary.com>
- Maglio, F. (2008). *La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía.* Buenos Aires: Zorzal.
- Márquez López Mato, A. (2008). *Introducción a la psiconeuroinmunoendocrinología.* Recuperado el 10 de abril de 2010 de, Intramed: <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/PNIEIntrol.pdf>
- Mendoza González, B.Z. (1999). La relación médico-paciente en pueblos indígenas: algo más que la búsqueda de la curación. [Versión electrónica] En *Salud Problema*. (4), 7. Recuperado el 16 de marzo de 2007 de la web de la Universidad autónoma metropolitana. Unidad Xochimilco. México.: <http://www.xoc.aum.mx/aum/publicaciones/revistas/saludproblema/pagina/texte/sietef.pdf>
- Morín, A. (2002). Actitudes lingüísticas y formas pronominales de trato. En: *Nuevas tendencias en la investigación lingüística*. [Versión electrónica] pp. 571-580. Recuperado el 21 de abril de Biblioteca Universitaria de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria: <http://acceda.ulpgc.es/handle/10553/447>
- Morín, A. y Almeida, M. (2000). Formas pronominales de trato en las Palmas de Gran Canaria. En: *Philologica Canariensian*. [Versión electrónica] 6-7, 2000-2001, p. 59. Recuperado el jueves 21 de abril de Biblioteca Universitaria de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria: <http://acceda.ulpgc.es/handle/10553/4014>
- Roche, R. (1997). *Psicología y Educación para la prosocialidad.* Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Roche, R. (2010). *Prosocialidad: Nuevos desafíos. Métodos y pautas para la optimización creativa del entorno.* Buenos Aires: Ciudad Nueva.
- Saforcada, E. (2001). *El factor humano en la salud pública. Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva.* Buenos Aires: Proa XXI.
- Saforcada, E. (2002). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud.* Buenos Aires: Paidós.
- Solano Rojas, Y (1995). Las formas pronominales: vos-tu-usted en Costa Rica. Análisis de una muestra. En: *Pensamiento Actual*, 1(1). Recuperado el 21 de abril de: http://www.so.ucr.ac.cr/Coordinaciones/Investigacion/Revistas/Revista%201/006_capitulo_5.pdf
- Thompson, T. L. (1990). Cap. 3: Patient health care: issues in interpersonal communication. En: Berlin Ray, E. y L. Donohew.1990. *Communication and Health. Systems and applications.* Jersey, Hillsdale: LEA (Lawrence Erlbaum Associates, Publishers).
- Vogliotti, A; y Juárez, M.P. (2012). *Glosario Freireano. Significados para comprender y recrear la teoría de Paulo Freire.* Córdoba: Universitas. Jorge Sarmiento Editor.

Aspectos éticos y construcción social del dolor y la discapacidad

DR. FRANCISCO MAGLIO

Dolor

Se lo debe distinguir del sufrimiento. El primero es una construcción biomédica, es la sensación física como respuesta a un estímulo.

El sufrimiento, en cambio, como respuesta psico-afectiva a una situación negativa es una construcción socio-cultural e histórica.

En la edad antigua el dolor era el perro guardián de la salud, en la edad media era redención o castigo y en la posmodernidad se ha medicalizado.

El sufrimiento es el dolor *total*, además de físico, es psíquico (mental), social (abandono) y espiritual (desesperanza).

La medicalización, por el contrario, lo de-construye socialmente, lo biologiza, lo “naturaliza”, el Estado se des-responsabiliza, el sufrimiento y los conflictos sociales se transforman en patologías individuales, que hay que medicar y controlar.

Así, los sistemas hegemónicos de poder “criminalizan” a la víctima pero también nos “medicaliza” a nosotros los médicos a través de sistemas de atención médica mercantilistas e inhumanos y nos obligan a “canjear” sufrimientos por psicofármacos. Si en vez de esos quince minutos nos dieran tiempo para escuchar (y no solamente interrogar) la situación sería totalmente distinta y de medicalizadora se convertiría en “sanadora”. Uno de los aforismos de Hipócrates ilustra: “muchos enfermos se curan con la satisfacción que les da un médico que los escucha”

Cuál sería una actitud ética frente a un paciente que sufre? En la parte V de su *Ética*, Spinoza dice: “Cuando tenemos un conocimiento cabal de para qué sufrimos, dejamos de sufrir, puede persistir el dolor pero sólo biológico para el cual hay analgésicos”.

Por lo tanto la mejor actitud ética (y terapéutica) frente al sufrimiento es ayudar al paciente para que encuentre el *significado de* su propio sufrimiento (no el del médico o los familiares).

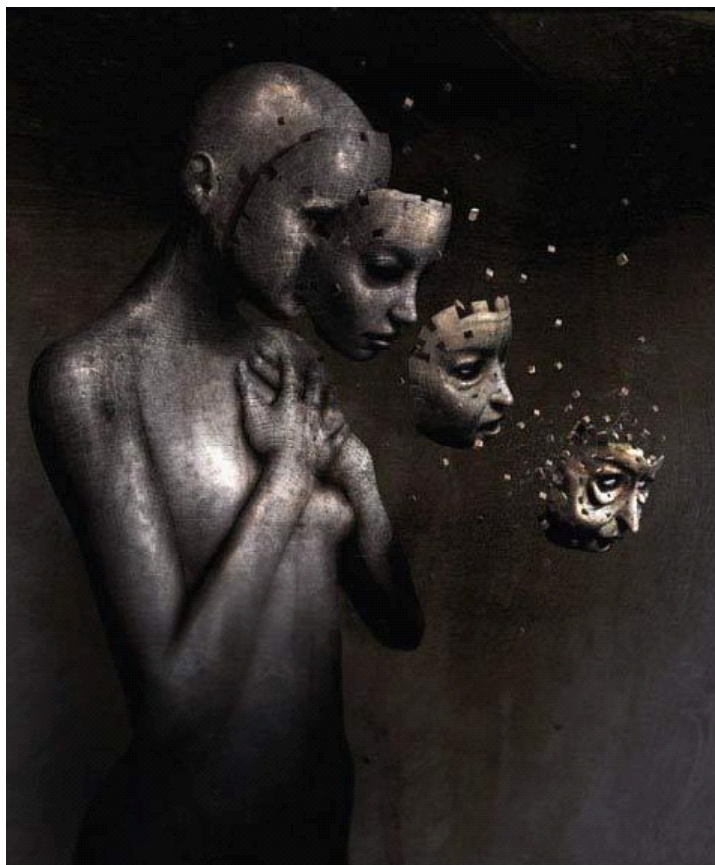
Siempre sufrimos *para algo*, porque nada es al azar, por lo que Borges decía: “todo encuentro casual es una cita”.

Al encontrara el significado, el para qué, dejamos de sufrir, todo es más llevadero, en palabras de Nietzsche: “quien tiene un *para qué* vivir tolera cualquier *cómo* vivir”.

Esto no es fácil, quizás lo más difícil (y por eso sublime) de la relación médico-paciente

Reich describe tres etapas en el sufrimiento:

- 1º El sufrimiento mudo, lo cual no quiere decir silencioso, puede gritar incluso; lo mudo es porque no aparece ningún significado.
- 2º El sufrimiento expresivo: comienza la búsqueda del significado a través de la narrativa del paciente, su historia de vida (no sólo clínica), su experiencia social de lo vivido humano.
- 3º El sufrimiento re-significado: aparece el significado, al encontrar para qué sufre, el paciente recupera su integridad, aunque continúe el dolor físico pero para el cual tenemos analgésicos.



Cuando de la relación médico-paciente no surge este re-significado debemos apelar a profesionales de la psicología para tal fin.

Voy a poner un ejemplo de la cotidianeidad que por eso es casi obvio, el famoso “dolor de parto”.

Representemos la escena: en pleno trabajo de parto los dolores se exageran cada vez más. “Pujá, pujá”, demanda imperativa y desaprensivamente el obstetra (claro, no es él el que está pariendo). Pero la mamá, en pleno dolor, escucha el grito del bebé, se lo ponen en el pecho y su semblante cambia radicalmente; ya no está atravesado por el dolor, al contrario, se refleja en él una sensación indescriptible de bienestar y felicidad.

Entonces, la mamá dice “ya no me duele más”. En realidad no es así, no hay motivo biológico para que no le duela, lo que sucede es que apareció el *significado* de su sufrimiento: su hijo. Entonces dejó de sufrir.

Discapacidad

Un discapacitado es más que un concepto médico, es una construcción social. Es lo que una sociedad en un momento histórico dado define y decide lo que es un discapacitado.

Más que un concepto científico es una categoría moral con funciones de normatividad, disciplinamiento y estigmatización cuyo objetivo es el control social, es decir las diferencias se construyen en desigualdades y de allí a la discriminación hay un solo paso.

Discapacidad del latín “capere” dar cabida, por lo tanto cuando una sociedad no da cabida, la discapacitada es la sociedad.

El discapacitado en tanto des-igual es un peligro y un obstáculo para la armonía del conjunto, de allí la estigmatización de la definición “es un discapacitado” cuando tendríamos que decir “persona” con discapacidades. Privilegiando persona en términos kantianos: por ser persona tiene dignidad y no precio, es sujeto y no objeto, es un fin en sí mismo y no un medio.

Más allá de las discriminaciones obscenas tenemos que cuidarnos de las discriminaciones “naturales”, cuando las discapacidades se biologizan, se “naturalizan”, en consecuencia cuando algo es “natural” no se analiza, no se problematiza, en fin, no se cuestiona.

Al “naturalizar” se persigue calmar algunas conciencias: pobres hubo siempre, paralíticos también hubo siempre.

Se invoca la naturaleza humana, lo cual es un oximoron por que si es natural no es humano, y si es humano no es natural, ya que lo humano, en tanto humano, es ontológicamente *social*.

La yoidad no se construye sola ni naturalmente, sino a través de la otredad, en palabras de Levitas. “Yo no soy el otro, pero necesito al otro para ser yo”.

Otra discriminación subliminal (pero no por eso menos deletérea) es el “tutelaje paternalista” que tiene mucho de lástima y muy poco de respeto. No se trata de hacer *por el otro*, tampoco *hacer con el otro*, sino ayudar y posibilitar lo que el *otro quiera hacer*.

Los paternalismos (como todo ismo son autoritarios) no sólo no eliminan las desigualdades, sino que las legitiman y las reproducen, cuando dicen, por ejemplo, capacidades “diferentes” están *señalando al diferente*. Debemos evitar ciertos eufemismos que lo único que intentan es calmar algunas conciencias.

Claro que la discriminación no es de ahora. En la cultura griega del siglo de Pericles, la ética se asociaba con la estética, a tal punto que Platón en La República ordena que “los médicos se limitarán al cuidado de aquellos con cuerpo sano y alma hermosa y se castigará con la muerte a aquellos con cuerpos mal constituídos y alma mala e incorregible” (Platón. Diálogos. México, Porrúa, 1979)

Los espartanos tiraban al vacío desde el monte Eguito a los recién nacidos minusválidos. Un examen superficial diría qué bárbaros!!!! Pero acaso, después de 2500 años no seguimos construyendo nuevos montes Eguito, cuando no ponemos rampas, cuando no ponemos pasamanos, cuando no ponemos señales acústicas para los no videntes (en realidad con “otras videncias”). Cuando a los mutilados de Malvinas no se les da

la recompensa (más que el subsidio) que se merecen y los obligan a mendigar en los semáforos, cuando a los Centros de Rehabilitación el Estado no les da el presupuesto correspondiente y excluye a los profesionales y técnicos del equipo de salud de condiciones de trabajo y salarios dignos, cuando el 40% de los argentinos por debajo de la línea de pobreza, que también son discapacitados, en vez de generar trabajos dignos se los ofende con un asistencialismo sin justicia que en realidad es humillación.

Cuando a las mujeres violadas se las señala como culpables porque “algo deben haber hecho”, cuando el 65% de nuestros mayores de 65 años no tienen las necesidades básicas satisfechas, cuando a las 120.000 familias en todo el país que viven en Villas Miseria (Emergencias es un eufemismo) las “etiquetan” como delincuentes y narcotraficantes por lo que no tienen “derecho” a una vida digna, cuando a nuestros hermanos aborígenes (de ab: desde el origen) se los persigue robándoles sus legítimas tierras para regalarlas (porque ni siquiera las venden) a intereses espúreos transnacionales.

En fin, son los nuevos montes Eguito, las nuevas discapacidades y discriminaciones del posmodernismo.

En discapacidades hay un concepto que debe ser analizado y es el de “calidad de vida”

De 142 puntuaciones (scores) para medir dicha calidad sólo 5 le preguntan al paciente qué es calidad de vida para él; todos los demás son parámetros biomédicos.

La calidad de vida debe ser definida por la propia persona y no por la biomedicina, porque, a veces, no solo no coinciden sino que son francamente discordantes.

Pondré dos ejemplos que hacen a esta discordancia y que mucho tienen que ver con la evaluación de una discapacidad.

Caso 1.- Calidad de vida relativamente buena para la medicina y nula para el paciente.

El famoso caso Parodi. Se trató de un paciente diabético al que se le debe amputar una pierna por presentar una gangrena, firma el consentimiento informado y la intervención se realiza. A los tres meses repite la gangrena en la otra pierna pero en este caso se niega a firmar el consentimiento. Los médicos le explican que con prótesis adecuadas y una buena rehabilitación su calidad de vida iba a ser aceptablemente buena. Tenía un índice AVAC (años de vida ajustados a calidad) en una escala de 1 a 10, en 7.1. A pesar de esta información el paciente seguía rechazando la amputación y argumentaba: “*mi* calidad de vida pasa por tener aunque sea una pierna, sin ninguna para mí no es vida”.

Intervino el Juez Hoft y en una sentencia que sentó jurisprudencia ordenó a los médicos acatar la determinación del paciente, pero además ordenó al Hospital (ya que la muerte iba a ser inevitable) que arbitrara los medios físicos y sociales para que tuviese una muerte digna.

Pero, como decía Azorín: “para novedad los clásicos” transcribió el siguiente párrafo extraído del manual General de Ciencias Filosóficas de Krug: “Quien prefiera la muerte a ser amputado o mutilado, es plenamente libre, en la medida en que esté en condiciones de expresar libremente su voluntad” Este texto fue escrito en **1827!!!**

Caso 2.- Mala calidad de vida para la medicina y buena para el paciente.

La exquisita y extraordinaria cantante Ella Fitzgerald también tenía diabetes pero con una evolución muy tórpida: dos amputaciones, pérdida de la visión, hemodiálisis y marcapaso cardíaco. Siempre dio el consentimiento para todas esas intervenciones. Un día tiene una descompensación respiratoria severa y entra en terapia intensiva; su AVAC era de 1.8, pésima calidad de vida para la medicina por lo que cuando le solicitan el consentimiento informado, los médicos pensaban que era razonable dado el mal pronóstico, que la paciente lo rechazara. Para su sorpresa no sólo aceptó la internación en terapia intensiva sino que les pidió “háganme todo, todo lo que haya que hacer porque **mi** vida pasa por cantar, aunque sea para mí sola”.

Cuáles serían las posturas éticas frente a una persona con discapacidad?

- 1º.- Recordar que con estas personas en cuanto a relación humana se refiere, son más las cosas que nos unen que las que nos separan.
- 2º.- Más que buscar la perfección **valorar la debilidad**: Dios nos hizo débiles no para lamentarnos sino para necesitarnos.
- 3º.- Trabajar también con el lado sano buscando otras capacidades nuevas o remanentes.
- 4º.- Potenciar los proyectos de vida o generar nuevos, que si bien no son curadores son sí “sanadores”. Stephen Hawking en su autobiografía dice: “cuando comenzaron los primeros síntomas (esclerosis lateral amiotrófica) yo sabía que iba a terminar totalmente inválido. Tuve tres intentos de suicidio, felizmente no logré ninguno, porque un día apareció como proyecto de vida desentrañar el universo, asomarme al misterio de la vida. Mientras pueda hacer eso yo se qué **estoy** cada vez más enfermo pero no me **siento** cada vez más enfermo”
Por supuesto no hay que esperar los grandes proyectos de vida como éste, pero sí no desperdiciar los pequeños proyectos que dan sentido a nuestras vidas.
- 5º.- Promocionar los grupos de ayuda mutua (no de “auto ayuda”) sin ejercer funciones de control, pero asegurarnos que no se transformen en muros de lamentos ni en “ghetos” que terminan en auto-discriminación que es la peor de todas.
- 6º.- Estimular la espiritualidad como un sistema de creencias; esto es, formas de pensar, de sentir y de actuar orientadas hacia una trascendencia religiosa o secular; ésta también

es válida. La trascendencia es un principio organizador de la vida, ya que serán muy distintas nuestras relaciones sociales si pensamos que con nosotros se termina todo o más bien esperamos trascender en algo, en alguien o en algunos; afirmaba Borges: “me moriré realmente cuando se muera el último que me recuerde”.

7°.- Fortalecer la esperanza, aunque esto parezca inútil o al menos contradictorio en este tipo de pacientes. Los que han sufrido o sufren no pueden tener optimismo pero sí esperanza que motorizará la vida.

Se podrá argüir “yo he perdido toda esperanza”, entonces recordar que esas palabras las puso Dante en la puerta del infierno en La Divina Comedia. Este es el desafío: encontrar un motivo (porque siempre hay) para tener esperanza. Volviendo a Borges, cuando le preguntaron si los argentinos tenían derecho a la esperanza contestó: “Derecho no, tienen la **obligación** de la esperanza”.

8°.- Jamás tener lástima, pero compadecer que es padecer-con, pero para no caer en un “burn-out”, recordar las sabias palabras de Miguel de Unamuno: “El arte de la medicina es estar **con** el enfermo pero sin **ser** el enfermo”.

Por fin, la ética de la solidaridad, no solamente con los pacientes sino entre todos nosotros, sanos o enfermos.

Esta ética no es nada más ni nada menos que ver en los otros rostros, rostros tan humanos y tan queribles como nuestros propios rostros.

Bibliografía sugerida

Eroles C y Ferreres C. *La discapacidad: una cuestión de derechos humanos*. Ed. Espacio. Buenos Aires. 2002

Otegui Pascual, Rosario. *Factores socio-culturales del dolor y sufrimiento*. En Comelles J y Perdiguero E. Medicina y Cultura. Belaterra, Barcelona 2000.

Morris D. *La cultura del dolor*. Ed. Andrés Bello, Bs As, 1994.

Litovska S, Naviganti A, Lewi D. *La hipótesis biológica de la esperanza*. Revista Argentina de Medicina. 2001; 31: 175-178

Prado JM y Aimar E. *Reformulación del concepto de discapacidad*. Publicación de las IV Jornadas de Reingeniería en Salud Mental. Entidad organizadora: Federación Argentina de Cámaras y Asociaciones Psiquiátricas. Bs. As. Noviembre 2000.

Ley 25280/2001: Convención Interamericana sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

La discapacidad como problema social. Colección Temas, Eudeba, 1987.

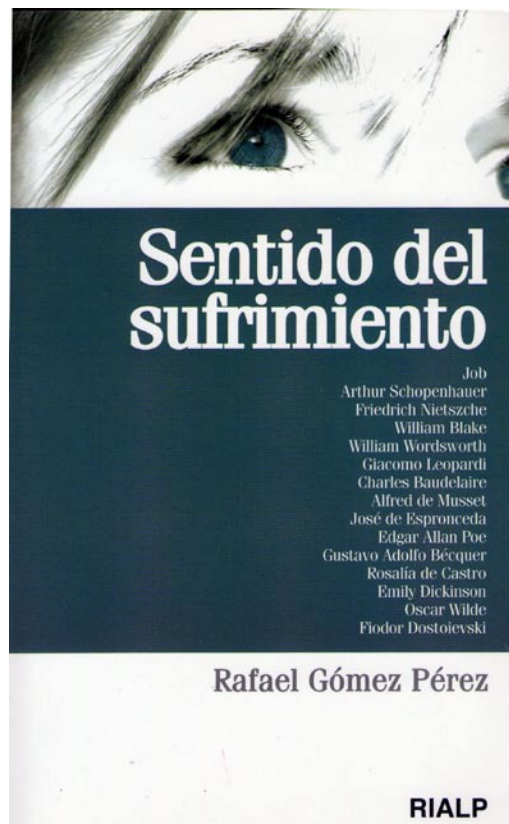
Marachlian C. *La irrupción de lo diferente*. Rev. Arg. de Psiquiatría de la Niñez, adolescencia y Familia. 2001; 2: 33-35..

Comentario del libro

SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

AUTOR: PROF. RAFAEL GÓMEZ PÉREZ

COMENTARIO: DRA. ALICIA MIRANDA



Nuestro comentario en este número es sobre un texto llamado “El sentido del Sufrimiento”.

En principio nos llamó a la lectura su título, y también a pensar por unos momentos si el sufrimiento tiene “sentido”, evidentemente, es lo que nos constituye en Persona, y el texto abarca desde un pensamiento bíblico, a un pensamiento filosófico como el de Schopenhauer y Nietzsche.

En los tiempos actuales, es muy difícil ver esta línea de análisis, pues todo apunta a evitar el sufrimiento, no quiere decir esto que inevitablemente hay que sufrir, mucho o todo el tiempo para poder llegar a sensaciones más plenas de bienestar, sino que el sólo pensar en algo que nos haga sufrir, ya es un sufrimiento en tanto que la fuerza está en evitarlo y no en sobrellevarlo o transformarlo en ese “sentido” que nos equilibra y nos permite superarlo.

El libro toma entonces en una segunda parte la poética de autores que plasmaron en la poesía ese sufrir y ese sentido. Hay autores como Musset, Poe, Bécquer, Rosalía de Castro, Dickinson y Dostoievski, etc., como vemos autores muy diversos en sus expresiones y dramatismo.

Es nuestro interés despertar en ustedes la inquietud de buscar en ellos y en otros autores, el lenguaje histórico del “sufrir” para comprender a través de la historia de la literatura las variables culturales sobre este “entender”, el sufrir en nuestra existencia.

El libro no está editado en nuestro país, pero la idea sería ampliar la búsqueda a través de los autores que se mencionan en el índice.

ÍNDICE

Introducción.....	7
1. El continente Sufrimiento	13
Sufrimiento y dolor.....	13
Sufrimiento y libertad	21
2. El contraste bíblico: Job.....	25
3. Arthur Schopenhauer, el filósofo del sufrimiento	35
4. El sufrimiento, según Friedrich Nietzsche	39
5. Los poetas y el dolor.....	47
William Blake	48
William Wordsworth	52
Giacomo Leopardi	68
Charles Baudelaire.....	72
Alfred de Musset.....	79
José de Espronceda	82
Edgar Allan Poe	85
Gustavo Adolfo Bécquer	92
Rosalía de Castro	96
Emily Dickinson	102
Oscar Wilde.....	109
Fiodor Dostoievski.....	114
6. Vademécum del sufrimiento	121

Actividades para el año 2012

REUNIONES ACADÉMICAS

Segundo lunes de cada mes, de 19 a 21hs.

Asociación Médica Argentina, Av. Santa Fe 1171. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CURSOS A DISTANCIA

FUNDAMENTOS DE LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA

CONTENIDOS A DESARROLLAR

MÓDULO I - INTRODUCCIÓN

Orígenes de la medicina antropológica. Enfoque teórico de la medicina antropológica. Medicina de la Persona. Medicinas que caben en el Modelo Antropológico.

Pensamiento médico. Profesión, sentido filosófico y social de la medicina.

MÓDULO II - CAMBIO DEL MODELO MÉDICO

-APORTE DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA A LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA

Caracterización de la antropología. La antropología hoy. Dominios de estudio de la antropología. Particularidad del abordaje antropológico. El caso particular de salud. Antropología Médica. Su campo de aplicación. Premisas básicas: la salud como un proceso social complejo con múltiples dimensiones. La antropología en el contexto del modelo médico actual. Aportes de la Antropología a la medicina antropológica.

-MEDICINA BASADA EN LA NARRATIVA

Qué es la narrativa. Fundamentación. Los enfoques narrativos. Narrativas y la construcción de salud-enfermedad-atención. Hacia una medicina basada en la narrativa

MÓDULO III - FUTURO DE LA MEDICINA ANTROPOLÓGICA

De la medicina biológica a la medicina bioantropológica. Relación médico paciente - Historia clínica - Docencia. Educación médica

CONTRIBUCIONES PARA LA CONFORMACIÓN DE UNA MEDICINA ANTROPOLÓGICA

CONTENIDOS A DESARROLLAR

MÓDULO I: LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Introducción al estudio de la experiencia de la enfermedad y su importancia para la Medicina Antropológica. El abordaje sistémico de Talcott Parsons. El interaccionismo simbólico de Erving Goffman. El enfoque hermenéutico. La perspectiva de la Antropología Médica Crítica. La orientación fenomenológica.

MÓDULO II: EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL

Introducción: Importancia del enfoque utilizado en el estudio epidemiológico para la Medicina Antropológica. Visiones críticas sobre la epidemiología convencional y la pertinencia de un cambio epistemológico en salud. El planteamiento de la epidemiología sociocultural. Ejemplos de aplicaciones del enfoque epidemiológico sociocultural en el estudio de diversas problemáticas sanitarias.

MÓDULO III: SISTEMA DE SALUD - INEQUIDAD

Introducción: Breve historia del Sistema de Salud argentino. Fragmentación del derecho. Contexto socio-económico. Articulación entre teoría social e historia. Espacios de confrontación y negociación ética.

Para Información

Teléfono (0054-11) - 4962-8550

E-mail: mmeeroff@intramed.net

Sociedad Argentina de Medicina Antropológica

Comisión Directiva

Presidentes Honorarios:	Dr. Marcos Meeroff Dr. Eduardo del Caño
Presidente:	Dr. Francisco Maglio
Vicepresidenta:	Dra. Alicia S. Miranda
Secretaria General:	Lic. Leila Mir Candal
Prosecretario:	Dr. Héctor Figini
Tesorero:	Dr. Rubén Quijano
Protesorero:	Dr. Alberto Valente
Vocales Titulares:	Bioq. Juan Canella Dr. Mariano Priegue Dra. Alicia Ortiz

Vocales Suplentes:	Dra. Esther Martínez Lic. Alberto Buchholz Lic. Graciela Pechersky Dr. Sergio Paira Dra. Alicia I. Losoviz
---------------------------	--

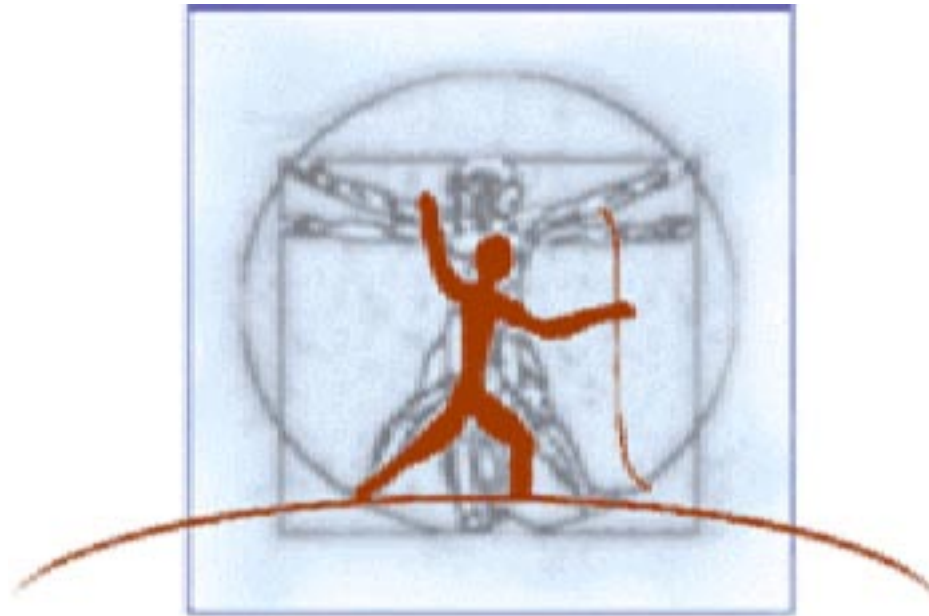
Comisión Fiscalizadora Titulares:	Dra. Águeda Müller Lic. Rebeca Cohen Dra. Marta Lachowicz
--	---

Comisión Fiscalizadora Suplente:	Dr. Julio Arce
Asesor letrado:	Dr. Carlos Luis Do Pico

Secretaría: Boulogne Sur Mer 730, 4° D - (C1213AAL)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina
Teléfono (0054-11) 4962-8550

E-mail: mmeeroff@intramed.net

Página de Internet: <http://www.sama.org.ar>



**SOCIEDAD ARGENTINA DE
MEDICINA ANTROPLÓGICA**

La Sociedad Argentina de
Medicina Antropológica
agradece a los colaboradores
que contribuyen a explicar el
contenido del modelo médico
que propicia. Invitamos a todos
aquellos que quieran participar
en esta tarea que estimamos de
gran importancia en la brega por
mejorar la calidad del cuidado
de la salud.

