



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Humanidades y biomedicina: las complejidades de su integración curricular en la carrera de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires

Autores (en el caso de tesis y directores):

Yanina Daniela Petracca

Laura Ida Ferrero, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2012

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





Humanidades y Biomedicina

Las complejidades de su integración curricular
en la carrera de Medicina del Instituto
Universitario del Hospital Italiano de Buenos
Aires.

Autora: Yanina Daniela Petracca. Tutora: Laura Ida Ferrero.
Mayo 2012

Petracca, Yanina Daniela

Humanidades y biomedicina: las complejidades de su integración curricular en la carrera de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2013.

E-Book.

ISBN 978-950-29-1464-0

1. Biomedicina. I. Título

CDD 610.7

Fecha de catalogación: 31/10/2013

Esta obra se encuentra protegida por derechos de autor (Copyright) a nombre de Yanina Daniela Petracca (2013) y se distribuye bajo licencia Creative Commons atribución No Comercial / Sin Derivadas 2.5.

Se autoriza su copia y distribución sin fines comerciales, sin modificaciones y citando fuentes. Para más información ver aquí:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Índice

Introducción.....	4
El lugar de las humanidades médicas en las carreras de medicina	5
El Hospital Italiano: el elegido	13
Marco teórico	14
Consideraciones metodológicas	20
Estructura de la tesina	22
 Capítulo 1 – La configuración del saber biomédico	25
De la unidad hombre-cuerpo al cuerpo como objeto de conocimiento	29
La medicina como profesión	38
La biomedicina hoy: Críticas y nuevos enfoques	43
 Capítulo 2 – La tensión estructurante en la formación de grado..	51
La tensión estructurante en el marco del aprendizaje: el ‘saber’ y el aprendizaje de las Humanidades Médicas	62
 Capítulo 3 – La legitimidad del saber	80
Disputas en torno de la legitimidad del saber	88
 Capítulo 4 – Planteos y respuestas	112
 Consideraciones finales	140
 Referencias bibliográficas	150
 Anexo	154
Referencias	155

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires	156
Universidades Públicas	158
Universidades Privadas	172
Institutos Universitarios	187
Institutos Universitarios – Objetivos y Perfil del Egresado	196
Instituto Universitario del Hospital Italiano	197
Universidad Favaloro	200
Fundación Barceló	204
CEMIC	206
Programas de Ciencias Humanas	208
Ciencias Humanas I	209
Ciencias Humanas II	216
Ciencias Humanas III	222
Ciencias Humanas IV	231
Ciencias Humanas V	239

Introducción

La presente tesina se propone analizar las representaciones y prácticas de los estudiantes que cursan el 5º año de la carrera de Medicina y de los docentes en el marco del proceso de adquisición y de transmisión de contenidos y conceptos que integran la materia *Ciencias Humanas*¹ del *Instituto Universitario del Hospital Italiano*.

A modo de hipótesis, se puede plantear que, como consecuencia de las condiciones históricas² en las que la biomedicina se consolidó como saber legítimo sobre el cuerpo, la inclusión de contenidos humanísticos en el plan de estudios de la carrera, como parte de la formación académica de los estudiantes, ha dado lugar a la manifestación de ciertas tensiones entre dos dominios distintos: el del ‘saber’, ligado al conocimiento científico propiamente dicho, y el ‘humanístico’, ligado a lo emocional y asociado al cuidado del paciente y que Bonet (1999) en su etnografía sobre la formación de los residentes de Clínica Médica en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires, analiza en los términos de la “tensión estructurante” de la medicina.

En términos específicos, los objetivos de la presente investigación están orientados a dar cuenta, desde la perspectiva de los docentes y de los alumnos, si la tensión estructurante relevada por dicho autor para su caso de estudio, se manifiesta y cómo lo hace, en el ámbito de la formación de grado de los estudiantes de medicina de la mencionada institución, esto es, como parte de la formación de los estudiantes previa a la experiencia de la práctica médica.

Asimismo, se propone analizar qué grado de legitimidad le asignan los alumnos a los distintos tipos de conocimientos –biomédicos y humanísticos- que integran la formación

¹ De aquí en adelante se usará la señalización en cursiva para hacer referencia a categorías nativas; el uso de frases entre comillas y señalizadas en cursiva se usará para referir a frases textuales dichas por los actores y el uso de comillas simples refieren a la voz del investigador a excepción de aquellos casos en que aparezcan dentro de una cita textual a fin de indicar una cita incluida dentro del texto citado en el cuerpo del presente trabajo.

² Entre otras, el surgimiento de una tradición que puede ubicarse históricamente entre el Renacimiento y la Modernidad y que define un tipo de pensamiento que en función de nuestro tema de estudio, permite comprender la noción de ‘cuerpo’ como una entidad separada –analítica y conceptualmente- de la noción de ‘persona’. Esta separación conceptual se verá reforzada a partir de la influencia del dualismo cartesiano y el predominio de una visión del mundo de carácter mecanicista. Ambas tendencias tendrán su correlato en la configuración de la tradición científica y, dentro de ella, del saber biomédico en el cual el cuerpo –separado de la persona- se fue convirtiendo plenamente en objeto de conocimiento y de intervención, tanto para la investigación médica como para el ejercicio de la medicina como profesión.

académica, así como dar cuenta de la forma en que dicha distinción se expresa en el comportamiento verbal y no verbal en el marco de las clases correspondientes a las materias del Ciclo Clínico y de la materia Ciencias Humanas. En particular, se tratará de analizar algunas de las especificidades del proceso de adquisición de los contenidos vinculados con las dimensiones sociales, culturales y psicológicas del proceso salud-enfermedad-atención tal como fueron abordados en los distintos ejes temáticos que componen la materia: *Psicología, Antropología, Historia de la Medicina y Bioética*.

Es por ello que se ha optado, como parte central del análisis, por un enfoque que privilegia el punto de vista de los actores a fin de dar cuenta de cómo los estudiantes de 5º año de la carrera de medicina y los docentes, conciben y experimentan el proceso de adquisición de los contenidos impartidos en los distintos ejes temáticos que componen la materia *Ciencias Humanas*, así como también, la forma en que los actores se representan la relación entre las materias médicas y humanísticas que forman parte del plan de estudios de la carrera de medicina.

Antes de abordar con mayor especificidad el caso de estudio considerado para la presente investigación, se hará una presentación sumaria de las instituciones, tanto públicas como privadas, en las que se dicta la carrera de medicina en nuestro país, así como también, se tratará de ofrecer un panorama de las instituciones que incluyen en sus planes de estudio materias en las que se imparten contenidos de las llamadas Humanidades Médicas

El lugar de las humanidades médicas en las carreras de medicina

Hoy en día existen en nuestro país veinte universidades, tanto públicas como privadas, en las que se dicta la Carrera de Medicina. Dentro de las universidades públicas encontramos a la Universidad de Buenos Aires (UBA), la Universidad Nacional de La Plata, la Universidad Nacional de Córdoba, la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad Nacional de la Rioja, la Universidad Nacional del Nordeste, la Universidad Nacional de Tucumán, la Universidad del Aconcagua y la Universidad del Comahue.

Dentro de las instituciones universitarias privadas podemos distinguir dos categorías: Universidades compuestas por facultades que dictan otras carreras de grado e Institutos Universitarios especializados en el ámbito de la salud.

Dentro de las primeras se puede mencionar a la la Universidad Católica de Cuyo, Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales (UCES), la Universidad Abierta Interamericana (UAI), la Universidad Austral, la Universidad de Morón, la Universidad del Salvador (USAL), la Universidad Maimónides y la Universidad Católica. Dentro de las segundas encontramos la Fundación Universidad Dr. René Favaloro (con el nombre de Instituto Universitario de Ciencias Médicas), la Fundación Barceló (Facultad de Medicina), el Centro de Educación Medica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno (CEMIC, Escuela de Medicina) y el Instituto Universitario del Hospital Italiano.

La duración de la carrera en las mencionadas universidades oscila entre los cinco y los seis años. Los planes de estudio están compuestos por un *Ciclo Biomédico*, un *Ciclo Clínico* y por el *Internado Anual Rotatorio*.

A los fines comparativos, se tomará como parámetro el plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. La elección se justifica por dos razones: en primer lugar, por su peso y trayectoria en el campo de la formación de los profesionales de la salud³; en segunda instancia, porque de acuerdo con lo referido por los actores durante el trabajo de campo, el plan de estudio de la carrera de la UBA, aparecía como parámetro para valorar los aciertos o desaciertos del plan correspondiente a la carrera que estaban cursando. Cabe hacer notar que los planes de estudio de las diferentes universidades –tanto públicas como privadas del país– comparten un patrón de distribución de materias semejante al de la UBA, más allá de las diferencias en cuanto a la cantidad de horas asignadas y a la ubicación en el programa de cada una de ellas.⁴

El denominado *Ciclo Biomédico* del plan de estudios de la UBA se compone de las siguientes materias: **el primer año** Anatomía; Histología, Biología Celular, Embriología y Genética; Salud Mental, Bioética I, Medicina Familiar I; **el segundo año** Química Biológica, Fisiología y Biofísica, **el tercer año** Inmunología Humana, Microbiología y

³ La carrera de medicina de la Universidad de Buenos Aires fue creada en el año 1822.

⁴ Se podrá observar en el anexo, en los distintos planes de estudios consignados entre las páginas 158 y 187, marcado en color verde aquellas materias que se encuentran en el plan de estudios de la UBA y que guardan similitud con las incluidas en el plan de estudios de cada una de las demás universidades. Dicha afirmación está efectuada sobre la forma de nominarlas, que permiten suponer una cierta similitud, y no sobre los contenidos específicos de las mismas ya que excede los límites y objetivos del presente estudio. La intención es ofrecerle al lector una rápida aproximación a ciertas regularidades que presentan los planes de estudios explorados.

Parasitología I, Microbiología y Parasitología II, Patología I, Farmacología I, y el denominado *Ciclo Clínico* comprendido entre el **cuarto y el quinto año** con las siguientes materias: Medicina I (Semiología-Fisiopatología), Medicina II (Medicina Interna, Nutrición, Diagnóstico por imágenes, Dermatología, Infectología, Neumonología, Neurología), Cirugía (Cirugía General, Urología, Ortopedia-Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurocirugía), Tocoginecología (Obstetricia y Ginecología), Pediatría, Patología II, Farmacología II, Salud Pública I, Salud Pública II, Psiquiatría, Medicina Legal - Deodontología Médica, Toxicología y Bioética II.

Como particularidad se puede señalar que las universidades privadas añaden a este esquema común correspondiente a la enseñanza médica, otras materias que pueden ser tanto obligatorias como optativas y que están relacionadas con el perfil educativo de la universidad, o bien, otras asignaturas que pueden complementar la práctica y el aprendizaje médicos. En relación a esto último, entre las más comunes, encontramos: Primeros Auxilios, Inglés Médico e Informática Médica. Como ejemplos de materias relacionadas al perfil educativo de la institución se puede mencionar el caso de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) que ofrece como materias optativas: Costos en Salud, Marketing en Salud o Gerenciamiento en Salud. También dentro de esta línea se encuentra la Universidad Austral que propone como materia obligatoria Teología en sus distintos niveles.

Por otro lado, los institutos universitarios adicionan a los *Ciclos Biomédico y Clínico*, no sólo materias como Informática Médica o Inglés Médico, sino también materias de índole humanística. Si bien en otras universidades también se puede observar esta tendencia⁵ a incluir materias vinculadas a las Humanidades Médicas -como es el caso de la Universidad Católica o de la Universidad de La Plata- los institutos, como el del Hospital Italiano, que a su vez se desempeñan en el campo asistencial como reconocidas instituciones de salud, tienen la particularidad de incluir estas materias dedicándole una mayor cantidad de horas obligatorias para la cursada, a diferencia de las otras universidades -como podría ser el caso de la Universidad Austral o la Universidad de Tucumán- que no

⁵ Se podrá observar en el anexo, en los distintos planes de estudios consignados entre las páginas 158 y 187, marcado en color amarillo las materias de contenido humanístico presentes en los planes de estudio de todas las universidades que las han agregado.

suelen incluir más que una o dos materias humanísticas distribuidas en diferentes años de la formación de los estudiantes de medicina.

Como se mencionaba anteriormente, estos institutos incluyen en su currícula obligatoria materias vinculadas a las Humanidades Médicas⁶. Con esto se quiere decir que, sumado a la materia Bioética, que es común a la enseñanza médica en todas las universidades, encontramos materias que de algún modo buscan relacionar e integrar los temas propiamente médicos con problemáticas socioculturales. Esto se puede rastrear a partir de la lectura de *los objetivos de la carrera y el perfil del egresado* que plantean estos Institutos a través de sus páginas web⁷. Los cuatro institutos universitarios -Barceló, Italiano, Fundación Favaloro y CEMIC- hacen mención, como parte de la especificidad de su aporte en el campo de la educación médica, a la formación en Humanidades Médicas como la vía para la adquisición de competencias profesionales que incluyan la “comprensión de los pacientes en su contexto sociocultural y económico” como un ‘saber positivo y un atributo deseable’ para el desempeño de los futuros médicos. Así, encontramos que el Instituto Universitario del Hospital Italiano al hablar del *perfil de sus egresados* y de los *objetivos* que se proponen lograr en los estudiantes que elijan cursar la carrera de medicina que ellos dictan, hacen hincapié, entre otros aspectos, en lo siguiente: “Un egresado de nuestra institución se diferencia por la capacidad de reconocer en el paciente a un igual, que debe ser respetado, comprendido y al que se le debe brindar calidad humana y científica. Nuestro principal objetivo es formar no sólo excelentes médicos sino también excelentes seres humanos. (...) Procuramos la formación integral de nuestros alumnos en el marco de las bases culturales de la sociedad donde habrán de desempeñar su labor profesional, con especial hincapié en los valores éticos y morales que tal ejercicio requiere”⁸. Por su lado, la Fundación Universidad René Favaloro al exponer sus *objetivos* y el *perfil del egresado*, entre otros, menciona: “el graduado poseerá características que lo inducirán a ejercer la medicina con las competencias de un médico general, de forma crítica

⁶ Se ampliará en el marco teórico qué se entiende por Humanidades Médicas

⁷ Páginas consultas: **www.barcelo.edu.ar**. Entrada:

<http://www.barcelo.edu.ar/carrera/27/36/Medicina#top>, **www.cemic.edu.ar**. Entrada:

http://www.cemic.edu.ar/instituto_universitario/iuc_carreras_med_objetivos.asp, **www.favaloro.edu.ar**.

Entrada: <http://www.favaloro.edu.ar/perfil-del-egresado-de-la-carrera-de-medicina-6.html>.

⁸ Fuente citada: “Carrera de Medicina”, sitio web “Hospital Italiano de Buenos Aires”, consultado el 16/05/2011. URL:

http://www.hospitalitaliano.org.ar/edu/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=7046&v=1259

y reflexiva, con una postura ética y una visión humanística para el paciente, su familia y la comunidad, observando los aspectos socioeconómicos, culturales, psicológicos y ecológicos relevantes del contexto, reconociendo las diferencias de género, basándose en los principios de la bioética y respetando los derechos individuales y sociales”⁹ Los otros dos Institutos, CEMIC y Barceló, se refieren de forma similar a las Humanidades Médicas cuando hacen mención a los *objetivos* y el *perfil del egresado*¹⁰.

Como ya se ha dicho, todos los institutos universitarios presentan materias vinculadas a las humanidades médicas, pero al observar en detalle todos los planes de estudio surge que no todos presentan la misma cantidad de carga horaria para estas materias. Se encuentra así que existe una diferencia en la cantidad de tiempo dedicado a la formación en el área de las Humanidades Médicas de los futuros médicos. A continuación se ordenan en forma ascendente las distintas instituciones educativas según la cantidad de años en los cuales se dictan materias de carácter humanístico. En primer lugar, la Fundación Barceló que en el primer año dispone, de modo cuatrimestral, una materia denominada Antropología Médica I, en el marco de lo que esta fundación denomina bases biológicas y antropológicas de la vida y otra materia llamada Filosofía de la Salud/Enfermedad en el marco de la Introducción a la Medicina, luego en el segundo año y con una modalidad de cursada anual, se desarrolla el Taller de Antropología Médica II cuyo área de integración es el médico, el hombre y el medio biopsicosocial; en segundo lugar, se ubica la Fundación Universidad Favaloro que a lo largo de cuatro años y con una modalidad de cursada anual incluye en su plan de estudios el llamado *Seminario Humanístico* en sus respectivos niveles I, II y III que se corresponde con el primer, segundo y tercer año de la carrera y el nivel IV, incluido en el quinto año de la carrera; en tercer lugar se encuentra el CEMIC que incluye, con una modalidad de cursada anual, la materia *Cultura y Sociedad* que se dicta desde el primer al quinto año de la carrera. En el primer año, se propone trabajar sobre la *historia del arte y la cultura*, en el segundo y en el tercer año se abordaría la *historia de la medicina-antropología* y por último en cuarto y quinto año lo referente a *sociología* y

⁹ Fuente citada: “Carrera de Medicina. Perfil del egresado”, sitio web “Universidad Favaloro”, consultado el 16/05/2011. URL: <http://www.favaloro.edu.ar/perfil-del-egresado-de-la-carrera-de-medicina-6.html>

¹⁰ Se podrá observar en el anexo, en el apartado ‘Objetivos y Perfil del egresado’ ubicado en la página 194, marcado en color rosa, los aspectos que hacen referencia a la formación en Humanidades Médicas que incluyen estos cuatro institutos universitarios.

bioética. De primero a tercer año incluyen en la cursada la materia *Psicología Médica*. Por último, en cuarto lugar aparece el Instituto Universitario del Hospital Italiano, que incluye a lo largo de los seis años de carrera y bajo una modalidad anual, la materia Ciencias Humanas, que comprende cuatro ejes temáticos: Psicología, Antropología, Historia de la Medicina y Bioética.

Se ha seleccionado para la presente tesina, al Instituto Universitario del Hospital Italiano por tratarse de la institución que más tiempo dedica a impartir contenidos del área de las Humanidades Médicas. Al entrar en contacto con el programa de la materia Ciencias Humanas se encuentra que, a lo largo de los seis años en los que se dicta la materia, la propuesta de trabajo, en términos generales, apunta a que los alumnos entiendan la medicina como *una práctica social y humana que depende de la sociedad y la cultura en la que se la practique*. En esta práctica, se ponen en juego *relaciones interpersonales* que involucran al *médico* y al *paciente* y sus respectivos entornos sociales. Esta problemática es abordada, también en términos generales y con ciertas variaciones en los últimos años, desde tres abordajes temáticos relacionados con el *proceso- salud-enfermedad*. Estos son: la noción de *persona*, el concepto de *cultura* y el de *rol* y *vocación* del médico. Se incorporan hacia el final de la carrera, las temáticas vinculadas con ciertos tramos de la vida del individuo -la *niñez*, la *vejez* y la *muerte*- y a las formas de orientar y transmitir la información a los pacientes, *las malas noticias*, entre otras. Estas temáticas son abordadas desde las distintas perspectivas que integran la materia que, como se dijo, son Antropología, Psicología, Historia de la Medicina y Bioética.

Según los programas que se han consultado para la presente tesina, cada año de dictado de la materia, se organiza en torno de objetivos diferentes aunque en términos generales el área de Humanidades se propone los siguientes objetivos:

- ◆ Articular conceptual y metodológicamente, los temas centrales de la currícula de la Carrera de Medicina para que los estudiantes tengan instrumentos para el abordaje integral de los problemas en su actividad profesional.
- ◆ Contribuir a que el futuro médico, construya una visión integradora y compleja de los problemas abordados por la Medicina.

- ◆ Proporcionar herramientas a los estudiantes para comprender e intervenir en las diferentes situaciones médicas en las que, como profesionales de la salud se verán involucrados.

- ◆ Proporcionar nociones básicas de Lógica y pensamiento crítico.¹¹

A su vez, en cada abordaje se fijan objetivos propios y, en función de ello, la bibliografía propuesta es específica para los mismos, por ejemplo, etnografías o artículos etnográficos, artículos periodísticos, textos de teoría crítica, fallos judiciales, entre otros.

Se puede observar también que hay referencias compartidas en cuanto a definir a la medicina como *práctica social* atravesada como tal, por dimensiones históricas y sociales. Uno de los interrogantes que se plantea para esta tesina es justamente, analizar, desde la perspectiva de los actores, cómo se adquieren los conocimientos y competencias médicas que permiten dar cuenta de algunas de las dimensiones del proceso salud-enfermedad-atención vinculadas con la cultura, con la producción de significados en función de cierto contexto histórico y social, habida cuenta que tradicionalmente la biomedicina –tanto en la práctica como en la enseñanza médica- ha construido su objeto de conocimiento sin tomar en cuenta estas dimensiones, a pesar de que, como dice Menéndez (1990: 98) esta está “saturada de procesos sociales que no asume en cuanto a su importancia ideológica, en cuanto a la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera” .

La reflexión y el debate sobre la inclusión de las Humanidades Médicas en los planes de estudio para la formación de los futuros médicos, integra una temática relativamente reciente, la que podemos ubicar aproximadamente a partir del año 1950 -al menos dentro del contexto latinoamericano¹². Existen varios autores que problematizan cuál es el rol que

¹¹ La información citada ha sido extraída del programa correspondiente a “Ciencias Humanas II”. Documento de cátedra. Pace, Rosa Angelina y otros. Año 2009. En el Anexo, en el apartado ‘Programas de Ciencias Humanas’ ubicado en la página 206, se podrán observar la totalidad de los programas de la materia Ciencias Humanas consultados. No se adjunta programa de sexto año ya que en esa instancia los alumnos no tienen un cursado ‘formal’ de la materia en el contexto del aula sino que realizan trabajos de portfolio a lo largo del año.

¹² Cabe aclarar que la definición de Humanidades Médicas implica en sí misma un nudo problemático. En el presente trabajo, adoptamos a modo operativo la siguiente definición de las Humanidades Médicas: “un campo interdisciplinario que incluye humanidades propiamente dichas como sería la filosofía, la estética, la epistemología, el estudio de las creencias religiosas, así como ciencias sociales, antropología, sociología,

las Humanidades Médicas desempeñan en la formación académica de los estudiantes de medicina, como es el caso de Diego Gracia -médico- o Manuel García Morente -filósofo-, ambos españoles. En el contexto local se pueden mencionar a Marcos Meeroff, Ricardo Ricci o Abel Agüero, todos ellos médicos, quienes coinciden en señalar ciertas deficiencias del modelo biomédico hegemónico y en destacar la importancia de que en la formación médica se incorporen los aportes de otras disciplinas que tradicionalmente no pertenecen al campo de la medicina. Asimismo, hay cierta coincidencia en cuanto a reconocer la posición desventajosa de las humanidades médicas al interior del campo médico. Uno de ellos, Ricardo Ricci, titular de cátedra de la materia Antropología Médica de la carrera de Medicina de la Universidad de Tucumán, desde su experiencia docente, ha escrito y publicado varios ensayos en los que plantea cómo las Humanidades Médicas ocupan, en el ámbito universitario, una posición poco valorada -tanto por docentes y alumnos- en relación a las materias que componen los denominados *Ciclo Biomédico* y *Ciclo Clínico*. La necesidad de explorar qué sucede efectivamente en el contexto de aprendizaje, cuando se incluye una propuesta que contemple la perspectiva que proponen las Humanidades Médicas, fue considerada por un grupo de investigadores suecos. Este grupo se propuso indagar el programa de “Humanidades y Medicina” de la Escuela de Medicina de la Universidad de Lund, en Suecia. Dicho programa tenía carácter optativo, era dictado bajo la modalidad de un curso o seminario y en la creación del mismo participaron tanto la Facultad de Medicina como la Facultad de Humanidades de la mencionada universidad. El interés de los investigadores estaba centrado en analizar la ideología que dicho programa proponía y su aplicabilidad práctica. Dicho estudio fue presentado en el año 2001 bajo una perspectiva etnográfica. En términos generales, los resultados obtenidos pusieron en evidencia la existencia de cierta oposición entre el enfoque biomédico y el que propiciaban las humanidades. Indicaron también que existía una jerarquización entre ambos tipos de saberes, en la cual, las humanidades ocupaban una posición inferior o subordinada respecto de los saberes asociados a la medicina. Los autores concluyeron que las diferencias de poder entre un tipo y otro de saber al interior del programa de humanidades que estaban investigando, imposibilitaba un auténtico trabajo interdisciplinario.

historia y las ciencias de la comunicación, o bien, ciencias de la mente como la psicología. Y las artes como la literatura, el teatro, las artes visuales, todas ellas aplicadas a la salud” (Agüero, 2010: 3)

Tomando en cuenta estos antecedentes, se refuerza la necesidad de explorar qué sucede en el contexto local con la articulación entre estas dos áreas de conocimiento en el proceso de formación médica.

El Hospital Italiano: el elegido.

Se considera conveniente realizar una breve contextualización del Hospital Italiano - institución elegida para llevar a cabo la presente investigación- a fin de dar cuenta de las características que hacen al perfil de esta institución asistencial y de formación académica.

El hospital fue fundado en el año 1853, conocido por ese entonces como Sociedad Italiana de Beneficencia, situado en las actuales calles Caseros y Bolívar de la zona sur de Capital Federal. Recién en el año 1901, el Hospital Italiano de Buenos Aires comenzó a funcionar en el edificio de Gascón 450, que es la localización actual del mismo más allá de las ampliaciones y modernizaciones sucesivas que ha sufrido la planta original. Ya desde sus comienzos, la formación académica formaba parte de los objetivos y actividades de esta institución. Por citar un ejemplo, hacia el año 1903 había comenzado a funcionar la Escuela de Enfermería. De allí en adelante, la actividad académica se mantuvo y los profesionales de diversas especialidades médicas del hospital comenzaron su trabajo docente hasta que en 1962 se creó la Unidad Docente Hospitalaria asociada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. A partir de ese año, la institución suma a su propuesta académica, programas de posgrado, jornadas, cursos y seminarios orientados a diferentes profesionales del ámbito de la salud. Posteriormente, en el año 1968, se crea el Departamento de Docencia e Investigación, producto del desarrollo de la actividad de investigación.

Teniendo como basamento académico estos antecedentes, en el año 2000, se crea el *Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano*. Junto con esto se desarrolla el *Campus Virtual y Del Hospital Ediciones*. Actualmente, en el Instituto Universitario del Hospital Italiano, además de la carrera de Medicina, se dictan las carreras de grado de Enfermería, así como la de Farmacia y Bioquímica.

Además, el hospital cuenta con un *Comité de Bioética* propio creado en el año 1995, el cual desarrolla funciones consultivas, normativas y de docencia. En los fundamentos del

Comité se resalta que en la actualidad, las funciones educativas son las de mayor importancia. En efecto, sus miembros participan como docentes en el dictado de la materia *Bioética*, tanto en la carrera de medicina de la UBA, como en la materia *Ciencias Humanas* del Instituto Universitario del Hospital Italiano. Dentro de otras actividades destacadas por el Comité, puede mencionarse las funciones consultivas y de asesoramiento desarrolladas por el mismo a partir de los requerimientos de las autoridades judiciales para que asesore y se expida en las donaciones de órganos y asimismo, para que intervenga en los casos en que los pacientes que profesan ciertas religiones, presenten objeciones motivadas por su fe, a la realización de tratamientos indicados por los profesionales médicos. Por otro lado, el hospital presenta un programa de *Atención Médica Transcultural* como respuesta a las dificultades que *generan las diferencias culturales en la comunicación entre el médico y el paciente*. La institución, en el marco de su página web¹³ en la que destina un espacio a la presentación de este programa, señala esta cuestión como una *barrera* que puede llevar a *malos entendidos*, a una deficiente prestación de los servicios de salud y a una baja conformidad por parte de los pacientes. Con el objetivo de superar esas diferencias culturales se puso en funcionamiento este programa que hoy en día trabaja principalmente con los pacientes chinos, coreanos y con la religión Testigos de Jehová.

Marco teórico

Dentro del presente apartado, es necesario realizar ciertas consideraciones sobre la elección de la metodología y las técnicas de recolección de datos utilizados en el presente trabajo en pos de lo que Bourdieu (1975) llama la “vigilancia epistemológica”.

Es importante destacar que uno de los objetivos del presente trabajo es analizar las representaciones y prácticas de los estudiantes y docentes en el contexto de la formación médica, en particular a lo que refiere a la formación humanística tal como es impartida en la institución. En tal sentido, la intención de la presente tesina es analizar dicho proceso como una construcción social y, como tal, atravesada no sólo por la forma en que los propios actores se representan ese proceso, sino también por los supuestos teóricos con los

¹³ Página consultada: www.hospitalitaliano.org.ar. Entrada: http://www.hospitalitaliano.org.ar/index.php?col_izquierda=col_izquierda.php&contenido=ver_curso.php&id_curso=4341

cuales el investigador construye su objeto. Con esto lo que se quiere decir es que la realidad social no se encuentra allí afuera esperando ser analizada sino que es el propio investigador quien activamente propone una mirada para abordarla. La construcción de un determinado objeto de estudio oscurece e ilumina aspectos de la realidad a conocer por lo que es necesario ser conscientes de los alcances y limitaciones del camino tomado. Para el caso del presente trabajo, quiere dejarse en claro que el recorte del objeto de estudio es una decisión epistemológica vinculada a los objetivos que se han propuesto investigar y que el enfoque aquí adoptado, no es el único modo de abordar una problemática tan vasta como son las Humanidades Médicas y su vinculación con la formación y la práctica profesional en el ámbito médico.

Del mismo modo, la metodología y las técnicas de recolección de datos tampoco son inocentes en este sentido y por más neutral que parezcan siempre suponen una teoría respecto del funcionamiento social.

Hechas estas salvedades, se pasará ahora a presentar algunos aportes que se consideran relevantes para dar cuenta de los objetivos, así como la perspectiva metodológica y las técnicas recolección de datos utilizadas para el presente estudio, a las que se hará referencia en el apartado correspondiente a las consideraciones metodológicas.

En función de los objetivos propuestos y de la hipótesis planteada -que supone que la inclusión de la formación en el área de las Humanidades Médicas, dentro del plan de estudios que propone el instituto, ha dado lugar al surgimiento de ciertas tensiones entre dos tipos de conocimiento -biomédico y humanístico- la investigación estará guiada por las perspectivas teóricas y conceptos que se presentarán a continuación.

Una perspectiva analítica que nos permitió profundizar y orientar el análisis del material de campo es la noción de “tensión estructurante” planteada por Octavio Bonet (1999) en su etnografía sobre el trabajo de los residentes de Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires. Este autor¹⁴ señala que en el marco de la cultura occidental el tratamiento del proceso salud-enfermedad-atención ha priorizado los componentes biológicos por sobre otras dimensiones, al mismo tiempo que ha jerarquizado un tipo de saber sobre otros tipos de saberes que podrían iluminar la

¹⁴ El planteo de Bonet está en la línea de otros autores como es el caso de Menéndez (1990), Kleinman(1995), Good(1993) entre otros

naturaleza social y cultural de dicho proceso y que han sido incorporadas por otros enfoques, como es el caso de las llamadas “medicinas alternativas o blandas”¹⁵. No obstante, en relación con estos distintos tipos de saberes sobre el cuerpo, la biomedicina es la que cuenta, al menos en Occidente, con mayor legitimidad por su vocación de constituirse como una ciencia. El autor señala que “en el aprendizaje de la práctica biomédica se refleja esa poderosa asociación entre la biomedicina y ‘lo científico’”. Esa asociación –que implica excluir del análisis y de la práctica dimensiones definidas como ‘no científicas- dará lugar a una ‘tensión’ a la que consideraremos aquí siguiendo a Bonet (op.cit.) como la “tensión estructurante” de la biomedicina. La misma “coloca a los sujetos en una posición dividida entre lo que deben hacer para *saber* y lo que *sienten* al ‘hacer’. Saber y sentir, son manifestaciones de la tensión estructurante”¹⁶ (Bonet, 1999: 125). Asimismo, nuestro interés es analizar cómo se expresa esa tensión que Bonet releva en su etnografía –cuando los residentes toman contacto directo con los pacientes en el hospital-, en el ámbito de la formación de grado, donde aún los estudiantes no enfrentan las vicisitudes de la relación médico-paciente.

El autor plantea entonces que, como consecuencia de una nueva concepción del cuerpo, producto de un largo y complejo proceso que tuvo lugar entre los siglos XVI y XVII, se abrió un espacio para una medicina positiva¹⁷. A esto se suma la influencia de las concepciones dualistas que separan al ‘cuerpo’ como lugar de lo material, del ‘hombre’, como representación de lo espiritual. En palabras del autor “con ese dualismo-espiritual quedan definidas las bases de lo que llamamos la tensión estructurante de la práctica biomédica” (Bonet, 1999: 126).¹⁸

Se considera conveniente aquí aclarar qué se entiende por biomedicina o modelo biomédico en el contexto de esta investigación. Si bien existen múltiples denominaciones

¹⁵ "Hace algunos años se empezó a hablar de tecnologías blandas en oposición a las tecnologías duras propuestas por el sistema. Las medicinas blandas estudian al hombre en su globosidad, por tanto están en desacuerdo con las especializaciones. Consideran al hombre como un todo evitando así el separarlo por partes específicas como lo hacen los especialistas.(...)La persona tratada por medio de esta medicina la logra comprender fácilmente mejorando la relación médico-paciente, a diferencia de la medicina oficial en la que el paciente comprende cada vez menos la tecnología utilizada en su tratamiento."(Gallo, 1997: 1-2)

¹⁶ Original en portugués. Traducción propia.

¹⁷ Hablar de medicina positiva refiere a un tipo de conocimiento en el cual el único saber válido es el del conocimiento científico obtenido a partir del método científico, basado y verificado en la experiencia empírica.

¹⁸ Original en portugués. Traducción propia.

para definir el modelo médico imperante en nuestra sociedad, como “medicina occidental”, “medicina alopática”, etc. en el presente trabajo se preferirá utilizar el término “biomedicina” ya que, como plantea Kleinman (1995), este término representa la estructura institucional que establece la profesión médica dominante en occidente y en todo el mundo, al mismo tiempo que representa el objeto ontológico y epistemológico de la medicina, conformada principalmente en torno de los componentes biológicos del proceso salud-enfermedad-atención.

En términos generales se habla de un conocimiento concreto, de tipo científico, basado en la experimentación y la evidencia. Se caracteriza por el desarrollo y aparición de especialidades médicas. Este tipo de conocimiento avanza entonces hacia la fragmentación pudiéndose hablar hoy en día de subespecialidades médicas que son acompañadas por un fuerte desarrollo tecnológico. Al decir de Menéndez, “la biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso salud, enfermedad, atención” (Menéndez, 2003: 193).

Siguiendo a Taylor puede decirse que este tipo de medicina busca abordar de forma objetiva la enfermedad. En sus palabras “evidencia, objetiva, independientemente del testimonio del enfermo, aunque éste habitualmente sea una condición para obtener la evidencia” (Taylor 1979: 10)¹⁹.

En este estudio se propone ver a la biomedicina entonces como “un sistema cultural (...) entendida la cultura de una sociedad como aquello que le dice a sus miembros como está dividido el mundo, interconectado y conocido; especifica qué es valorado y qué no, qué es bueno, hermoso, correcto, equivocado o incorrecto, e indiferente; brinda o provee reglas de conducta mediante las cuales los miembros de la sociedad saben cómo comportarse y como juzgar el comportamiento de los demás” (Hanh 1995: 131).²⁰

Otra perspectiva teórica que se utilizará para el análisis, apela a algunos de los conceptos planteados por Pierre Bourdieu (1990). El autor propone ver a la sociedad no como una totalidad, sino como un conjunto de esferas que él denomina “campos”. Cada

¹⁹ Original en inglés. Traducción propia.

²⁰ Original en inglés. Traducción propia.

uno de estos campos se define por el tipo de capital que está en juego al interior del mismo y por sus intereses específicos. Para que el campo funcione debe haber algo en juego tanto como agentes dispuestos a participar en él. Es decir, agentes que posean el “hábitus” que implica el conocimiento de las leyes de juego vigentes en ese campo. Para él, los sujetos pueden moverse en el espacio social gracias al hábitus, que representa un conjunto de disposiciones, “estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones” (Bourdieu, 1991: 92). Para Bourdieu, este hábitus, que se incorpora en la práctica y en las instituciones, es el mismo que reproduce las prácticas y el sentido de las mismas. Así, puede decirse, que el hábitus del médico “es a la vez un ‘oficio’, un cúmulo de técnicas, de referencias, un conjunto de ‘creencias’ (...) propiedades que dependen de la historia (nacional e internacional) de la disciplina, de su posición en la jerarquía de las disciplinas y que son a su vez condición para que funcione el campo.” (Bourdieu, 1990: 136). Este hábitus médico funciona como un hábitus de grupo, es decir, “un sistema subjetivo, pero no individual de estructuras interiorizadas, principios comunes de percepción, concepción y acción” (Bourdieu, 1991: 104).

Los distintos tipos de capitales, al igual que una buena carta en un juego, determinan más posibilidades de obtener determinados beneficios en un campo particular. Los mismos pueden ser el capital sociocultural, el capital económico y el capital simbólico los cuales varían en volumen y composición. Cada campo entonces define cuál es el capital legítimo que es válido al interior del mismo y define también las condiciones de entrada al campo, las reglas y sus modos de funcionamiento legítimos. Aquellos agentes que decidan participar de un campo deberán poseer los capitales que el campo defina para su ingreso al mismo y, una vez allí, desarrollar estrategias que les permitan posicionarse de la mejor manera posible dentro de él.

Cuando aquí se hable entonces del ‘saber’ en tanto ‘capital’ se hace referencia a un capital específico²¹ que comprende el conjunto de conocimientos, habilidades y prácticas que son considerados legítimos al interior de un campo, en este caso, el de la medicina. Si bien la delimitación del campo médico con el rigor que requeriría tal tarea excede los

²¹ “Hablar de capital específico significa que el capital vale en relación con un campo determinado, es decir, dentro de los límites de ese campo” (Bourdieu, 1990: 136)

límites de este estudio, se considerará como tal a aquellas actividades, (académicas, docentes, asistenciales, etcétera) vinculadas al saber del cuerpo y al eje salud-enfermedad-atención. En dicho campo la “biomedicina es la medicina dominante” (Hahn 1995, 131)²²; pero convive con otros tipos de medicina, como es el caso de las llamadas “medicinas blandas”, como podrían ser la homeopatía, acupuntura, quiropraxia entre otras, según señala Gallo (1990). Se propone entonces analizar aquí a la biomedicina como la visión de mundo legítima dentro del campo de la medicina que “informa a los participantes qué condiciones de salud y enfermedad hay, como estas son causadas y tratadas, y cómo comportarse durante ellas” (Kleinman, 1980: 132)²³

Otro concepto que se utilizará a fin de explorar la perspectiva de los actores, es el de representación social, que será entendido aquí a partir de tomar en consideración la corriente durkheiminiana, que propone entender a las representaciones sociales como concepciones, valores, reglas y repertorios simbólicos que son producidos socialmente y participan activamente en la forma en que los actores producen y entienden la realidad. Como menciona Martini “para explicarse, organizar y entender su cotidianeidad y las relaciones y los proyectos que se juegan en ellas, para reconocerse y diferenciarse las sociedades construyen representaciones de sí mismos y de sus relaciones con los otros. Tales representaciones atraviesan de manera transversal prácticas, creencias y hasta opiniones y están en la trama misma de la cultura de una comunidad.”(Martini, 2002:3)

Por último, cuando en el presente trabajo se haga referencia al lenguaje como categoría analítica, se propone ver al mismo desde el modo en que lo entienden María Eugenia Contursi y Fabiola Ferro (1999), es decir, el lenguaje -tanto verbal como no verbal- como una mediación y al discurso, como una materialización de esa mediación. El concepto de mediación, ampliamente trabajado por teóricos de la comunicación, como es el caso de Jesús Martín Barbero, es retomado por dichas autoras para entenderlo como un proceso que “incluye la puesta en relación de los modelos ideológicos de inteligibilidad del mundo con las materialidades discursivas que los ponen en escena comunicacionalmente. De este modo, dado que involucra esos modelos, da lugar a que los sujetos que son interpelados por una mediación en particular, conceptualicen el mundo de modos

²² Original en inglés. Traducción propia.

²³ Original en inglés. Traducción propia.

particulares” (Contursi y Ferro, 1999: 30). Que sean particulares no significa que sean propios sino que están atravesados por otros discursos, por lo que los “diversos modos particulares de inteligibilidad son sociales y por ende culturales” (Cfr. 31). Estos modos constituyen modelos que dan la posibilidad de construir sentido y que pueden entrar en conflicto con otros modelos, anteriores o contemporáneos.

Consideraciones metodológicas

Como se ha dicho, dar cuenta de las representaciones y prácticas de los estudiantes de quinto año y de los docentes del Instituto Universitario del Hospital Italiano referidas a la formación en Humanidades Médicas, permitió entender cómo los propios actores experimentan y conciben las vicisitudes de la formación en el marco de las tensiones propias de la biomedicina.

Este recorte se efectuó bajo el supuesto de que los alumnos que cursan el último año de la carrera, han adquirido la mayoría de los contenidos que propone el plan de estudios, tanto en lo que refiere a las Humanidades Médicas como lo referido al Ciclo Biomédico y al Ciclo Clínico. A su vez se considera que han incorporado ciertas estructuras de lo aquí se considera, en los términos planteados por Bourdieu, como hábitus médico. Cabe aclarar, que no se ha optado por extender la observación a los alumnos de sexto año, ya que si bien podrían ser considerados los estudiantes más avanzados, esa instancia de la carrera –de índole práctica- no tiene ningún espacio regular de aprendizaje en el aula, por lo tanto, no permitía tomar contacto y analizar el proceso de adquisición de conocimientos y las formas contrastantes en las cuales tanto alumnos como docentes, fueron incorporando los contenidos bajo las modalidades propias de dichas asignaturas.

Con estos parámetros como guía, se llevó a cabo un trabajo de campo entre los meses de junio y julio del año 2011 -correspondientes al primer cuatrimestre de cursada- y entre los meses de septiembre, octubre y noviembre del mismo año -correspondientes al segundo cuatrimestre de cursada del año lectivo-. Dicha división se implementa a partir de tomar en consideración la estructura de la materia Ciencias Humanas V. Como se dijo, la misma se divide en cuatro ejes, de los cuales dos tienen lugar en el primer cuatrimestre y dos en el segundo cuatrimestre de la cursada. Con la intención de observar una clase de cada eje,

para luego poder contrastarlas entre sí, se optó por la mencionada estrategia para la realización del trabajo de campo.

Además de las cuatro clases de la materia Ciencias Humanas observadas, se optó también por incluir dos clases correspondientes a la materia Clínica y Cirugía II - Neurología y Oftalmología- que se dictaron en el primer cuatrimestre. El objetivo fue ampliar, con fines comparativos, la observación del comportamiento de los alumnos y docentes en relación con las llamadas materias ‘clásicas’ de medicina, estos es, aquellas materias cuyos contenidos delimitan el conocimiento clínico que, de acuerdo con lo plantado en el informe Flexner, se define como uno de los pilares en la formación de los estudiantes de medicina.²⁴

Dado que uno de los objetivos propuestos apunta a poder relevar las representaciones y prácticas que tienen lugar dentro del marco seleccionado, se ha optado por la técnica de la observación participante²⁵ con la intención de poder dar cuenta de las mismas a partir de un contacto directo con los actores en los ámbitos en que los mismos interactúan cotidianamente. Esto implicó, por un lado, presenciar las clases de las materias seleccionadas, con el fin de relevar las acciones e intercambios que tuvieron lugar en un contexto formalizado institucionalmente y, por otro lado, se optó también por incluir y extender la observación en contextos de menor formalización -como es el caso de los recreos o los almuerzos en el salón comedor-, a fin de tener acceso a un conjunto variado de actividades que permitiera relevar continuidades o rupturas en función de lo observado en el contexto de las clases.

Partiendo del supuesto que plantea que no alcanza con observar y describir los comportamientos de los actores sino que es necesario reintroducir la voz de los mismos a

²⁴ Dicho informe constituye una referencia válida en lo que respecta a la educación y formación médica. El mismo fue publicado en Estados Unidos y desde su presentación en el año 1910 ha sido tomado como criterio para la elaboración de los planes de estudios de las carreras de medicina en diferentes contextos.

²⁵ Más allá de las transformaciones ocurridas dentro de la disciplina antropológica, entendemos que la observación participante es una técnica de recolección de datos que permite trabajar con la perspectiva nativa a partir de la participación del investigador en las actividades cotidianas que realiza el grupo dentro de su contexto habitual. Permite tener acceso a la visión de mundo que ellos comparten desde su propia perspectiva y ofrece una aproximación al significado de las prácticas del modo en que los actores las interpretan y a las categorías a partir de las cuales los mismos asignan y producen sentido. Siguiendo a Guber (1991:71), entendemos que la perspectiva del actor es “una construcción orientada teóricamente por el investigador, quien busca dar cuenta de la realidad empírica tal como es vivida y experimentada por los actores”.

fin de dar cuenta del modo en que explican y reflexionan acerca de sus acciones y pensamientos, se realizaron también un total de ocho entrevistas en profundidad, de carácter semi-estructurado, de las cuales tres fueron efectuadas a docentes de la materia Ciencias Humanas y las cinco restantes fueron efectuadas a distintos alumnos de quinto año. La selección de los informantes fue efectuada, en todos los casos, con la intención de obtener diversidad en las opiniones y puntos de vista. En el caso de los docentes, fueron elegidos por tres criterios distintos. El primero se basó en la formación académica de los mismos para poder contrastar sus posturas a partir de su formación de grado; el segundo tomó en cuenta el cargo ocupado dentro de la materia para tener otro punto de vista de la historia, organización y dinámica de la materia y, por último, se tomó en consideración que cada uno tuviera a su cargo un eje distinto de los cuatro ejes que componen la materia Ciencias Humanas para obtener una aproximación a cada uno de los mismos. En el caso de los alumnos, a partir de lo observado en los distintos contextos de interacción, se consideró entrevistar a aquellos estudiantes que, a partir de sus intervenciones y el planteo de sus opiniones, abrieron el debate dentro del curso o bien obtuvieron el apoyo y el acuerdo de sus compañeros frente a sus posturas y planteos. Además fueron tomados en consideración distintos materiales escritos, entre los cuales se encuentran los programas de la materia Ciencias Humanas para cada uno de los distintos años de la carrera, así como folletos promocionales de la carrera de medicina que dicta la institución, con la intención de contrastar la información proporcionada por los distintos actores con lo enunciado en otras instancias más formalizadas y enmarcadas dentro del proyecto de la institución.

Estructura de la tesina

A fin de dar cuenta de las representaciones y de las prácticas que están en la base del proceso de formación médica en la institución elegida, la tesina estará estructurada en 4 capítulos.

El capítulo 1 está orientado a contextualizar al lector a partir de una breve reseña histórica. La misma considera los procesos sociales de mayor relevancia que han influido en la configuración del saber biomédico y su constitución como saber legítimo sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Además, se ofrece una aproximación al proceso que

condujo al establecimiento de la medicina como “profesión de consulta” (Friedson, 1978: 29) y al devenir de los médicos universitarios como detentores de la autoridad legítima para el ejercicio de la cura. Permite también un acercamiento a la configuración de las Humanidades Médicas a partir de la confluencia de diferentes disciplinas, como así también, de sus planteos, propuestas y dificultades.

El capítulo 2 tiene como objetivo presentar el análisis de los datos obtenidos a partir del trabajo de campo tomando centralmente el concepto de “tensión estructurante” propuesto por Bonet (1999) en su etnografía. El capítulo desarrolla un recorrido que intenta poner en relación lo dicho discursivamente por los actores con otras instancias del comportamiento no verbal observado en el campo, a fin de dar cuenta del modo particular en que se manifiesta la tensión estructurante de la medicina en el marco del proceso de adquisición de conocimientos, como así también, presentar las distintas formas en que se expresa la tensión según el contexto que se esté considerando: en ocasión de las clases, en relación con otras actividades y en las instancias recreativas.

En el capítulo 3 se analiza en particular el grado de legitimidad que posee la materia Ciencias Humanas tomando en cuenta la perspectiva de Bourdieu (1990) en el sentido de establecer cómo los distintos conocimientos impartidos a los alumnos pueden ser entendidos como capitales. Asimismo, se tomó en consideración el tipo de relaciones que se establecen al interior de la institución entre los distintos actores –alumnos y docentes- y su vínculo con la biomedicina en tanto visión dominante en el campo médico. La propuesta pretende dar cuenta de estas cuestiones a partir de contrastar, por un lado, las distintas relaciones que se establecen entre los alumnos y los docentes de las distintas materias consideradas y, por el otro, las representaciones que dichos actores tienen de estas relaciones.

El capítulo 4 está centrado en analizar los modos de interacción entre los alumnos y los docentes de Ciencias Humanas en las distintas situaciones en las que se suscitaron controversias entre ambos actores, a fin de identificar las pautas y mecanismos que los mismos establecen entre ellos para dialogar, debatir y, eventualmente, dar respuesta a ciertas problemáticas que surgieron en el desarrollo de la cursada. El capítulo tiene un cierto carácter integrador ya que se orienta a presentarle al lector las formas bajo las cuales aparecen las otras dos categorías analíticas, es decir la noción de tensión estructurante y la

perspectiva relacional, a partir de la cual, se define la legitimidad de los distintos capitales, en la situación de interacción considerada para el análisis.

En las conclusiones se intentará esquematizar sucintamente los resultados del análisis de los datos presentados en los distintos capítulos a fin de que el lector pueda tener acceso a una breve revisión que contenga los ejes centrales recorridos en el presente trabajo. Se pretende también abrir un espacio de reflexión sobre las preguntas que han surgido a partir de poner en relación los materiales obtenidos en el campo con las categorías analíticas que orientaron el análisis.

Por último, se incluye un Anexo en el que se podrán encontrar los distintos materiales escritos consultados en el curso de la investigación a fin de que el lector pueda cotejar la información y las fuentes que se han utilizado para la presente tesina.

Capítulo 1: La configuración del saber biomédico

Los dos aspectos claves que interesan analizar en la presente investigación son, por un lado, la legitimidad que tienen en tanto capitales los distintos tipos de conocimientos que forman parte de la formación académica de los estudiantes de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano y, por el otro, analizar la forma en que se expresa la “tensión estructurante” relevada por Bonet (1999) en la formación curricular previa a la obtención del grado de dichos estudiantes. Para poder trabajar esto, se considera necesario hacer previamente una breve contextualización histórica con el objetivo de caracterizar, en primer término, los rasgos más relevantes que tuvieron lugar en el proceso de configuración del saber biomédico y relacionar este proceso, en una segunda instancia, con lo que entendemos como las bases de su legitimidad dentro del campo de la medicina –tanto en lo referido a la consolidación de la profesión médica (Friedson, 1978; Foucault, 2008) como a la enseñanza (García Campayo, 1998)-. Se considera que así se estará en condiciones de dar cuenta, en la presente investigación, no sólo cómo se expresa la tensión estructurante en el marco del caso de estudio seleccionado, sino también, vincular esta tensión con ciertas condiciones estructurales de la biomedicina.

Se mencionó al principio de este trabajo que para caracterizar a la biomedicina se propone enmarcarla en los términos de Hanh (1995) quien la define como un “sistema cultural”. Siguiendo al autor, se dijo que la cultura es entendida como un conjunto de representaciones sociales por medio de las cuales los sujetos interpretan el mundo. Así definida, implica que la biomedicina se encuentra atravesada por los contextos históricos y culturales en los que se desarrolla y en los que modela sus condiciones particulares de existencia. Es decir que, para gozar de la legitimidad que posee hoy en día y que, en consecuencia, hace que sea percibida como la visión de mundo dominante del campo de la medicina en Occidente, ha tenido que atravesar un proceso histórico de configuración de su saber en el cual se han visto involucradas distintas representaciones sociales vinculadas al cuerpo, la salud y la enfermedad de los miembros de la sociedad, las que se han ido modificando y resignificando en los términos de lo que la biomedicina define como el saber legítimo sobre los procesos de salud, enfermedad y atención y que Menéndez (1990)

caracteriza en los términos del “modelo médico hegemónico²⁶”. En dicho proceso, la medicina ha ido desplazando otro conjunto de prácticas -saberes e ideologías vinculadas con las formas de definir y tratar la enfermedad- a un lugar de subalternidad, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. Cabe aclarar que el uso de la noción de “modelo” que propone este autor habilita a poner entre paréntesis los procesos históricos, aunque no para ignorarlos sino a los fines de formalizar el análisis, como el mismo afirma (Cfr.84). En esta investigación no se recurrirá a este concepto, pero sí interesa resaltar algunos “rasgos estructurales” definidos por Menéndez y que permiten comprender el proceso hegemónico en el cual la biomedicina se impuso a otras formas de saber. Algunos de estos rasgos son, siguiendo a Menéndez (1990:87): a) biologismo; b) ahistoricidad; c) asocialidad; d) individualismo; e) eficacia pragmática; f) no legitimación científica de otras prácticas y g) identificación ideológica con la racionalización como criterio para la exclusión de otras formas de conocimiento.

Un factor central para abordar la configuración de la biomedicina como la visión del mundo dominante en occidente -en la medida en que se expandió e impuso sobre otras formas de conocimiento-, es problematizar la noción de cuerpo -en tanto objeto de ese conocimiento- y remarcar la idea de que lo que entendemos por ‘cuerpo’ no es algo definido de una vez y para siempre, sino que es una construcción de sentido atravesada desde múltiples perspectivas: sociales, políticas, económicas y culturales vinculadas a una visión de mundo particular. El saber sobre el cuerpo está relacionado también con los modos en que los sujetos aprehenden su propio cuerpo, vivencian sus enfermedades y con los modos en que las interpretan. A su vez, está estrechamente ligado a la noción de ‘persona’ que predomina en un determinado contexto histórico social de una sociedad en particular.

Uno de los autores que ha trabajado este tema es David Le Breton (2010). El autor habla de esta problemática a través del recorrido por diferentes cambios en las formas en que el sujeto se relaciona con la sociedad de su tiempo, las cuales no han sido iguales lo largo de la historia. Dichas transformaciones han contribuido a la noción moderna de

²⁶ Menéndez define “modelo” como el “conjunto de las prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica” y que para dicho autor se ubica a fines del siglo XVIII”

cuerpo que predomina en Occidente. Siguiendo al autor, las representaciones sobre el cuerpo que surgen en la modernidad son resultado, entre otros aspectos, del proceso de individualización, del surgimiento de la razón como única fuente de conocimiento confiable, de la disminución de la influencia del clero en los asuntos sociales, de la cruzada por eliminar las costumbres y pensamientos populares y del surgimiento de la medicina como disciplina y como profesión que detenta el saber legítimo sobre el cuerpo.

Lo que importa señalar aquí es que la concepción de cuerpo generalmente aceptada en las sociedades occidentales actuales, donde “el cuerpo se asocia al poseer y no al ser” (Le Breton, 2010: 47), es heredera en gran parte del saber anátomo-fisiológico proveniente de las Ciencias Naturales y que constituye una de las fuentes de la llamada biomedicina. El cambio de miradas del saber médico sobre el cuerpo habría contribuido en buena medida, a profundizar el proceso de ruptura entre el ‘cuerpo’ y la ‘persona’ hasta el punto de convertir al primero en un mero resto factible de intervención técnica.

Si bien resulta central a los fines de este estudio hacer un breve rastreo de las condiciones históricas y sociales que han contribuido a configurar el proceso de construcción social de la biomedicina en occidente y su expansión y predominio sobre otras concepciones y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad-atención, este proceso no quedará mínimamente comprendido sin hacer referencias, aunque sean sumarias, a los modos en que se fueron articulando las distintas representaciones en torno al cuerpo -y el saber sobre el mismo-, a través de la forma en que la tradición biomédica construyó al cuerpo como su objeto central de conocimiento y de intervención médica. Este saber biomédico, como se verá más adelante, es hoy objeto de diversos cuestionamientos desde las disciplinas que se han dado en llamar Humanidades Médicas. La medicina “cuando cura al hombre enfermo no tiene en cuenta su historia personal, su relación con el inconsciente y sólo considera los procesos orgánicos. La medicina sigue fiel a la herencia de Vesalio, se interesa por el cuerpo, por la enfermedad y no por el enfermo. Esta es la fuente de muchos debates éticos contemporáneos vinculados con la importancia de la medicina en el campo social y con la particularidad de su concepción del hombre” (Le Bretón, 2010: 10).

Revisemos ahora las transformaciones de las representaciones sobre el cuerpo que han tenido lugar a lo largo de la historia y que, entre otros procesos, posibilitaron la configuración del saber biomédico como hegemónico.

En primer lugar, se remitirá a continuación, al contexto sociocultural de la Edad Media, con la intención de poder identificar representaciones sociales vinculadas al cuerpo, anteriores a las que conocemos y definimos como dadas y no como productos históricos. Una mirada analítica sobre las fiestas populares de aquella época, como puede ser el carnaval, permite aproximarnos a las representaciones que circulaban por aquel entonces en relación al hombre y su cuerpo.

Mijail Bajtín (1987) es uno de los autores que trabaja la temática del carnaval centrando su análisis en las representaciones populares sobre el cuerpo que se ponen en juego en ese momento en particular. El autor se centra en este aspecto porque le interesa relevar la ‘tensión’ que existe entre los distintos significados que circulan en una cultura y que organizan las prácticas sociales. Bajtín se propone demostrar que existe una cultura oficial, que es la cultura dominante, y otras culturas dominadas, que encuentran su momento de expresión en el festejo del carnaval. Este autor analiza la cultura popular de forma indirecta, a través de la obra de Rabelais titulada *Pantagruel y Gargantúa*, la que se compone de un conjunto de cinco novelas publicadas entre los años 1532 y 1564. Este recurso metodológico es utilizado por el autor como vía para el análisis de la cultura popular ya que esta no tiene voz propia sino que siempre es contada a través del discurso de la cultura dominante. Mientras la cultura oficial se caracterizaba por la erudición -basada en la palabra y la escritura-, la cultura popular se caracterizaba por la oralidad, por el sentido transmitido de generación en generación, siendo el cuerpo el lugar y el vehículo en el que se expresaban los lazos sociales. Puede decirse que durante el medioevo y, aunque en menor medida, en el Renacimiento, el cuerpo era una especie de gran cuerpo comunitario. Estaba amalgamado con el resto de la comunidad de la cual formaba parte y no existían límites precisos entre el propio cuerpo y el de los otros.

El festejo del carnaval era tiempo de júbilo. Ofrecía una visión del mundo, era un estado particular de la sociedad. Podía considerarse como una segunda vida del pueblo. No se asistía a la fiesta sino que se la vivía. No había actores ni espectadores sino que todos formaban parte del juego. Los cuerpos se entremezclaban entre sí, las jerarquías entre los hombres eran anuladas, al igual que los usos y costumbres, los cuales se convertían en motivo de burla y risa. En el carnaval todo era transgresión y confusión. La burla hacia las figuras oficiales ponía en evidencia la existencia de significados en disputa. Es así cómo

distintas formas de pensar, de entender el cuerpo, de vivir el festejo, entraron en tensión. En el carnaval, lo material y lo corporal se unían entre sí. El cuerpo grotesco de la Edad Media se caracterizaba por la exacerbación, por las protuberancias, era un cuerpo abierto, unido al cosmos, que renacía de forma permanente y en el que la vida y la muerte se entremezclaban. “El acento está puesto en un hombre que no puede ser percibido fuera de su cuerpo, de su comunidad y del cosmos” (Le Breton, 2010: 32).

Como señala Bajtín (1987), con el llamado grotesco romántico, hay una reapropiación del sentido del carnaval por parte de la sociedad burguesa y la cultura popular y, en consecuencia, sus representaciones se van a ir transformando a la par del proceso de desarrollo y expansión del capitalismo. Esta concepción del cuerpo grotesco irá modificándose en algunos sectores de la sociedad acercándose a una visión más racional del mismo “que prefigura las representaciones actuales” sobre el cuerpo (Le Breton, 2010: 32). Aparecen los límites entre un cuerpo y otro, produciéndose así una separación del cuerpo propio y del de los demás, una separación de la comunidad y del cosmos. El sentido del carnaval y de sus personajes característicos comienza a declinar. La festividad del carnaval ya no es algo universal sino que pasa a ser vivida de manera individual, al interior del sujeto. Ese mundo compartido se transforma en un mundo exterior que genera preocupación y temor. Los órganos privilegiados en las imágenes del carnaval de la Edad Media, como la boca o los genitales, se convirtieron en los órganos que inspiraban pudor de acuerdo con la moral de la burguesía. El cuerpo abierto de la Edad Media pasó a ser algo que se tenía que ocultar. Los focos de atención que se exaltaban en las pinturas de la época, cambiaron su ubicación. La relevancia pasó a estar puesta en la mirada naciendo así el rostro como factor de individualización.

Este camino abierto hacia el relegamiento del hombre a su propia individualidad, se manifestó en el arte, y esto tuvo su correlato con la aparición de la firma del autor en los retratos. Ese cuerpo que era integrador del sujeto, de la comunidad y del cosmos pasa a ser progresivamente un factor de individualización. En lo que sigue, se tratará de dar cuenta de algunos acontecimientos que serán centrales en este proceso.

De la unidad hombre-cuerpo al cuerpo como objeto de conocimiento

Si bien no se pretende realizar un análisis pormenorizado de la ideología del individualismo, sí se hará mención del carácter dominante de dicha ideología en la cultura occidental. Esta “cosmovisión”, siguiendo a Duarte (2004), incluye todo el complejo sistema de valores que tiene como ejes las ideas de “libertad” y de “igualdad” y que es asimismo tributario de las formas institucionales dominantes en los siglos XVII y XVIII. Dos procesos centrales y concomitantes son, la racionalización de los saberes y la racionalización de las relaciones sociales. La especialización de los dominios que ha dado lugar a las ciencias del hombre es también inseparable de la actitud de negación de las totalizaciones, de las relaciones ‘jerárquicas’ y de ‘complementariedad’, que caracterizó el creciente desplazamiento de la religión y de la noción de trascendencia, del lugar central que ocupaba. Al mismo tiempo, la conceptualización de la sociedad en términos de modernidad, se asentó en una representación de la misma que suponía la yuxtaposición de individuos atomizados otorgándole un status menos privilegiado a los vínculos entre los mismos.

Un conjunto de prácticas que ilustra esta noción moderna del cuerpo a la que se ha venido refiriendo y, que a su vez, permite problematizar el modo en que el saber médico se apropió del cuerpo en tanto objeto, es el de las primeras disecciones y el surgimiento de un ‘saber anatómico’ del cuerpo (Le Breton, 2010).

Como se mencionó anteriormente, el cuerpo de la Edad Media en el occidente europeo, formaba parte de la comunidad, se lo representaba unido al de los otros miembros de la sociedad, al cosmos y a la naturaleza. Era un cuerpo social, lo cual quedaba evidenciado en los modos de castigo a quienes infringieran normas sociales. La peor pena que se le podía aplicar a un hombre del Medioevo era el destierro ya que implicaba arrancarlo de la trama social en la que se encontraba inmerso. Cuando la pena era más dura aún e implicaba el desmembramiento del cuerpo, este desmembramiento no apuntaba a la noción de tortura que conocemos actualmente, sino que representaba un acto simbólico. La tortura y el desmembramiento del cuerpo del infractor representaban la ruptura producida por el acto criminal respecto de las reglas de su comunidad de pertenencia. Se lo castiga por fallar a las reglas en las que se apoya el pacto social. La separación del sujeto del tejido

social al que pertenecía, tenía su manifestación material y simbólica en el cuerpo desmembrado. Pero en ningún momento esto significaba la reducción del cuerpo a mera materialidad como sucede en la tradición moderna. Así, pese a haber roto los lazos con su comunidad por el delito cometido, el hombre tras la muerte sigue siendo un hombre ante la Iglesia y los ojos de Dios.

Para Le Bretón, esto permite conceptualizar qué tan estrecha era la relación cuerpo-persona para la mentalidad de aquella época, ya que resultaba imposible entender al hombre separado de su corporalidad. Representarse el cuerpo como una dimensión separada del hombre implicaba una abstracción carente de significado para esta concepción del hombre que se está caracterizando aquí.

Bajo esta concepción inseparable del hombre respecto de su cuerpo y de este a su entorno social, la idea de ‘trabajar’ con el cuerpo era prácticamente impensable para la época. Transgredir sus límites, al igual que el hecho de derramar sangre, aunque sea con fines terapéuticos, implicaba una acción que no era bien considerada por la sociedad. Esto implicaba que aquellos que trabajaban con la impureza de la sangre -cirujanos y barberos- fueran despreciados por sus contemporáneos.

Como señala Le Breton (2010), a raíz de este carácter intocable del cuerpo, muy vinculado al pensamiento religioso predominante de la época, las disecciones estuvieron prohibidas durante toda la Edad Media por parte de la Iglesia. Se consideraba a la incisión sobre el cuerpo como una violación al hombre, a su carne e incluso a Dios por ser una criatura creada a su imagen y semejanza.

Las primeras disecciones eran autorizadas entonces con mucho recelo por los eclesiásticos quienes ponían a disposición de los anatomistas los cadáveres de aquellos que habían sido condenados a muerte. Sin embargo, la Iglesia procuraba que el hombre diseccionado gozara de su derecho a una misa y velaba por que pudiera ser enterrado bajo las costumbres de una ceremonia cristiana. Así, aunque fuera descuartizado por el verdugo o se convirtiera en objeto de las incisiones de los anatomistas, podía permanecer “ontológicamente entero” (Cfr. 35).

Las primeras disecciones tenían una larga duración y apuntaban principalmente a un objetivo pedagógico. Las mismas se dirigían a médicos, cirujanos, barberos y estudiantes.²⁷

Dentro de estas categorías que se acaban de mencionar, los médicos universitarios, pertenecientes en general al clero, eran los que gozaban de mayor prestigio. No sólo por sus conocimientos médicos y por la efectividad de sus tratamientos, sino también, por sus conocimientos religiosos, de tanta importancia como los primeros. Ellos sólo se ocupaban de las enfermedades externas al cuerpo y no tenían contacto con el enfermo. Los cirujanos gozaban de menos prestigio que los médicos por trabajar el cuerpo a nivel interno y transgredir la prohibición de no derramar sangre.

Según Le Bretón, estas diferentes miradas sobre el cuerpo y las distintas tomas de posición frente al hombre enfermo, muestran el valor simbólico atribuido al cuerpo y a aquello que lo compone. Resultan relevadoras del carácter intocable del cuerpo que era tratado como una unidad con la 'persona'. El cuerpo era visto como la persona e inmiscuirse con él era considerado como un atentado a la integridad de dicho hombre en tanto ser total.

Por otro lado, puede verse que hasta el momento los médicos formados a partir del saber anatómico no gozaban de la misma legitimidad que hoy en día. Que el saber médico tuviese aún prácticamente la misma relevancia que los conocimientos teológicos, revela que las explicaciones religiosas como modo de inteligibilidad del mundo gozaban aún de un fuerte consenso social por sobre los saberes eruditos aprendidos en las universidades²⁸. Por

²⁷ A comienzos del siglo XIII se había fundado en París el Colegio de San Cosme, uno de los patronos de la cirugía. Este Colegio subió de *status* a los cirujanos: los maestros cirujanos, clericales, que sabían latín, vestían toga larga y hacían la cirugía mayor, incluida en ésta la litotomía; los cirujanos barberos, laicos, que ignoraban el latín, quedaban limitados a la flebotomía, extracción de dientes y curación de heridas, y para ejercer debían ser aprobados por los primeros. Los médicos clínicos tenían un *status* superior al de los cirujanos. Desde entonces la categoría social de los cirujanos ascendió poco a poco adelantándose Francia al resto de Europa en suprimir las diferencias entre médicos y cirujanos. (...) Pero sólo en el siglo XVIII se producen oficialmente los cambios decisivos: la fundación de la *Académie Royale de Chirurgie* en 1731, la ordenanza de Luis XV prohibiendo a los barberos el ejercicio de la cirugía y, después de la Revolución Francesa, la abolición de las diferencias entre médicos y cirujanos con la creación de las Escuelas de Salud y el título de *Doctor*. (Belohlavek, 2005: 189)

²⁸ Siguiendo a Asúa (*mimeo* sin fecha), se hará una breve descripción de qué se entendía por universidades en aquella época. El autor sostiene que, al igual que otras instituciones, la universidad es un producto del Medioevo. Su aparición implicó una transformación en el modo de transmitir conocimiento. Hacia el final siglo XII se inició el proceso de organización de las primeras universidades. "La universidad medieval cumplía la función de educar juristas (civiles y canónicos), teólogos y médicos. Conocimiento, durante esos siglos era equivalente a *scientia*, un saber fundado en principios evidentes, deductivamente sistematizado y jerárquicamente organizado. La Universidad de París fue la más importante del siglo XIII y el modelo por

otro lado, ejemplifica que la concepción del cuerpo seguía unida a su vinculación con la trama social y el cosmos, ya que estos cuerpos estaban aún lejos de ser reducidos a mera materialidad.

Según Le Bretón (2010), con el camino abierto por las primeras disecciones, las cuales empiezan popularizarse en el siglo XVI, se da la posibilidad de que las mismas se dirigiesen no sólo al público erudito, sino también, al público general a modo de espectáculo y de curiosidad. Esto disparó una serie de hechos novedosos que implicó abrir la mirada sobre el cuerpo bajo la forma de espectáculo. Empiezan a abrirse en los domicilios particulares consultorios anatómicos en los que se muestran partes del cuerpo disecadas las cuales son tanto objeto de colección como de exhibición. Para el autor, esto ilustra cómo comienza a materializarse cierta fractura ontológica entre el cuerpo y la persona. El cuerpo comienza a ser desplazado hacia fuera de la persona para pasar a convertirse en un 'objeto anatómico' para ser investigado en su estructura interna así como pasible de ser exhibido públicamente.

Según Le Breton (*op.cit.*) “el avance del individualismo”, vinculado con la desacralización de la naturaleza, la desaparición del animismo y la disminución de la influencia del cristianismo en los modos de inteligibilidad del mundo, llevó a que esa unidad hombre-cuerpo se fuera escindiendo. No sólo el hombre comienza a percibirse como algo distinto de su cuerpo, sino también, que se lo separa del cosmos que lo contiene tornando cada vez más débiles los lazos comunitarios que lo unen al cuerpo social.

Este fenómeno que tuvo lugar primeramente en las capas más altas de la escala social y en determinadas zonas geográficas, se mantuvo dentro de ese ámbito social, durante mucho tiempo. Este cambio en la mentalidad de la época, como ya se ha mencionado, se encuentra en estrecha relación con la constitución de un saber anatómico sobre el cuerpo y con la vulgarización de ese saber en la práctica de las disecciones. Más adelante, cuando se haga referencia al aporte de Michel Foucault, se verá más claramente cómo el vínculo cuerpo-saber constituyó lo que el autor dio en llamar una “microfísica del poder” (Foucault, 1991:10).

autonomía de sus hermanas. Los estudiantes entraban muy jóvenes a la escuela de 'artes' (*artes liberales* y filosofía) y, una vez graduados con el título de bachiller, abandonaban o pasaban a alguna de las tres facultades mayores: teología, derecho (civil y canónico) y medicina” (Asúa, mimeo sin fecha, pág.2).

Se insiste en retomar esta cuestión porque resultará un factor clave para comprender los cambios en las representaciones del cuerpo. A su vez, abrirá camino para entender las condiciones de emergencia de la biomedicina y de la “tensión estructurante” como núcleo de dicha práctica. Es así que, “las primeras disecciones practicadas por los anatomistas con el fin de obtener formación y conocimiento muestran el cambio importante en la historia de las mentalidades occidentales. El cuerpo adquiere peso, dissociado del hombre, se convierte en un objeto de estudio como realidad autónoma. Deja de ser el signo irreductible de la inmanencia del hombre y de la ubicuidad del cosmos” (Le Breton 2010: 47)

La obra de Andreas Vesalio (1514-1564)²⁹ muestra el nacimiento de esta nueva forma de pensamiento, pero a su vez, ilustra las tensiones que se producen entre un modo y otro de entender al cuerpo. Su obra podría ser considerada como bisagra entre las representaciones sobre el cuerpo, propias de la cultura de la Edad Media, y la nascente representación del cuerpo que comienza a verlo como algo susceptible de ser separado del hombre en tanto objeto de estudio del saber científico que lo observa y lo cuestiona.

Vesalio, consciente de las limitaciones del pensamiento de su época, señala la importancia de su superación: librarse de la mirada que ve en el cuerpo al hombre al que está indisolublemente unido. Para ello, será fundamental poder estudiar al cuerpo como una entidad separada. En los trabajos anatómicos de Vesalio, como en otros tratados contemporáneos, se observa que el anatomista se encuentra atravesado por los valores de la época al ilustrar un cuerpo que no es meramente un cadáver sino que de alguna forma sigue siendo ‘hombre’, que se resiste a ser aislado y a pasar a ser un mero resto. Si bien el trabajo de Vesalio sobre el cuerpo implica cortarlo, examinarlo, estos mismos cuerpos que se vislumbran en su obra tienen cierta vida, presentan rasgos y posturas humanas. En tal sentido, “Vesalio abre el camino, pero se queda en el umbral. Ilustra la práctica y la representación anatómica en un periodo en el que el que osaba realizar una disección no estaba totalmente liberado de sus antiguas representaciones (...) el hombre de Vesalio anuncia el nacimiento de un concepto moderno: el del cuerpo, pero en cierto sentido sigue dependiente de la concepción anterior como microcosmos.” (Le Breton, 2010: 55-56)

Mencionaremos dos figuras centrales para el proceso que se ha venido analizando. Una, es el filósofo francés René Descartes (1596-1650) -cuya obra más influyente para el

²⁹ La misma fue publicada en el año 1543 bajo el nombre original “*De Corporis humani fabrica*”.

pensamiento de la modernidad fue el *Discurso del método* (1637)-. En ella, el pensador le otorgaba primacía a la Razón como única fuente de conocimiento confiable frente a las imperfecciones del cuerpo. La otra figura de enorme trascendencia es la de Galileo Galilei (1564-1642). Para (Koyré, 2000: 125), “La revolución galileana puede ser resumida en el hecho (...) del descubrimiento de que las matemáticas son la gramática de la ciencia física. Este descubrimiento de la estructura racional de la Naturaleza ha formado la base *a priori* de la ciencia experimental moderna y ha hecho posible su construcción.” En esta época, en la cual comienza a configurarse el pensamiento mecanicista, se podrá observar el avance del concepto de cuerpo como una entidad autónoma, que tiene su origen en las primeras prácticas anatómicas. Es por esto, como se dijo, que el papel de los anatomistas fue fundamental ya que implicó la legitimación de las prácticas de disección para su utilización en la investigación médica y su uso educativo. Representó el surgimiento de un saber oficial del cuerpo que se opone al saber popular. Este saber biomédico naciente basado en la evidencia anatómica irá modificando lentamente la cultura y las mentalidades. “La medicina moderna nace de esta fractura ontológica y la imagen que se hace del cuerpo humano tiene su fuente en las representaciones anatómicas de estos cuerpos sin vida en los que el hombre no existe más” (Le Breton 2010: 59). Con el avance del incipiente capitalismo ya no será Dios quien esté en el centro de mundo y de la vida, sino que será el hombre quien pasará a ocupar ese lugar.

Con los trabajos de Nicolás Copérnico (1473-1543) y los aportes de Galileo mencionados anteriormente –los cuales generaron una ruptura epistemológica que implicó una Revolución Científica a comienzos del siglo XVII-, se ponen a disposición de las capas más eruditas de la sociedad las formulas matemáticas de intelección del mundo y de la naturaleza, no solo con el fin de conocerlo sino también de dominarlo. Estos conocimientos precisos, racionales, avanzan por sobre los fundamentos religiosos de explicación del mundo, como así también, por sobre los conocimientos de las clases populares, los cuales serán tildados de irracionales, mágicos, contra los que se combatirá en nombre de la razón y de la ciencia como única fuente certera de conocimiento. “Hay algo de lo que Newton es responsable (y con él la ciencia moderna en general). Se trata de la división del mundo en dos partes. (...) Esto lo ha conseguido sustituyendo nuestro mundo de cualidades, y de percepciones sensibles, mundo en el que vivimos, amamos y morimos, por otro mundo: el

mundo de la cantidad, de la geometría deificada, un mundo en el que cabe todo excepto el hombre. Y así, el mundo de la ciencia, el mundo real, se aleja indefinidamente del mundo de la vida que la ciencia ha sido incapaz de explicar. De hecho, estos dos mundos se unen cada día más por la praxis pero están separados por un abismo en lo que a la teoría se refiere. En esto consiste la tragedia del espíritu moderno que sabe resolver el enigma del Universo, pero sólo a costa de reemplazarlo por otro enigma: el enigma de sí mismo” (Koyré, 2000: 25)

Jonás (2000) propone ver entonces al dualismo cartesiano como una bisagra en la historia del pensamiento que, en el transcurso de su ascenso y trayectoria, contribuyó a separar dos modos de ver y entender el mundo que rodea al hombre, dejando tras de sí un mundo libre de toda representación espiritualista o animista. El dualismo cartesiano representa un papel histórico fundamental para el autor, ya que lo considera la pieza que ayuda a vehiculizar el paso del “monismo vitalista al monismo mecanicista”. La separación ontológica que realiza Descartes del hombre en alma y cuerpo serán claves para que suceda esta transición hacia una visión mecanicista del ser humano.

Descartes (1987), a través de la “duda metódica”, impone a la razón como fuente certera del conocimiento. El filósofo francés se preguntaba si existe alguna forma de alcanzar un conocimiento verdadero sobre la realidad que lo rodea y postula que el camino metodológico es la duda. Pone en duda todo aquello que perciben sus sentidos porque si bien Dios, que es sinónimo de perfección, creó y puso allí la realidad que está a nuestro alcance, bien podría existir un genio maligno que lo engañe y aquello que percibe no sea así en realidad. De lo único que no podía dudar es de su existencia. Si puede dudar es porque piensa y si piensa quiere decir que por ende existe. Así ubica al pensamiento y la razón como única fuente de conocimiento certero. El cuerpo pasa a ocupar un lugar secundario y despreciable. Es fuente de sospecha y se afirma como un objeto más entre la materia del mundo. Es lo accesorio, equiparable su funcionamiento al de una máquina, que hay que descifrar, explicar y más tarde corregir.

Foucault es uno de los autores que va a analizar este proceso de entrecruzamiento de las nociones de cuerpo y de saber en relación a uno de sus puntos más fuertes de su análisis que es la dimensión del poder. El autor dice “ha habido, en el curso de la edad clásica, todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse

fácilmente signos de esa gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, que se le da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican. El gran libro del hombre-máquina ha sido escrito simultáneamente sobre dos registros: el anátomo-metafísico, del que Descartes había compuesto las primeras páginas y que los médicos y los filósofos continuaron, y el técnico-político, que estuvo constituido por todo un conjunto de reglamentos militares, escolares, hospitalarios, y por procedimientos empíricos y reflexivos para controlar o corregir las operaciones del cuerpo”. (Foucault, 2009: 158)

El autor mostrará cómo este saber sobre el cuerpo, ligado a una lógica mecanicista, va a ser apropiado por parte del Estado a los fines de producir un disciplinamiento de los cuerpos en función de las necesidades del naciente capitalismo. Las categorías que introduce para ese análisis son las de “biopoder” y “anatomopolítica” las que son analizadas en su obra *Historia de la Sexualidad, Volumen 1, La voluntad del saber* (1992). Si bien una descripción amplia de los múltiples procesos involucrados en esas dos nociones -y que fueron objeto de profundo desarrollo en los diferentes textos que componen la extensa obra de Michel Foucault- excedería los límites de este trabajo, un breve repaso por ellos permitirá acercarnos aún más a la noción de cuerpo como “parte extensa” –al decir de Descartes-, separada de la persona humana, objeto de múltiples intervenciones, entre ellos, la del saber médico.

Foucault (1992) analiza cómo a partir del siglo XVII el Estado empezó a desarrollar un “poder sobre la vida” que hasta el momento no le correspondía. El mismo se basaba, por un lado, en la concepción del cuerpo-máquina que resultó funcional al avance del capitalismo que necesitaba mejorar sus tiempos de producción. El cuerpo asimilado a la máquina fue aprehendido como tal, educado, adiestrado para obtener de él su mejor utilidad y volverlo cada vez más dócil. Sometido a múltiples disciplinas de control que garantizaban su disciplinamiento y que constituyeron para este autor, “la anatomopolítica del cuerpo humano”. Por otro lado, se basó también en la concepción del cuerpo-especie desarrollada a mediados del siglo XVIII. Esto implica entender al cuerpo como “soporte de los procesos biológicos” (Foucault, 1992: 168) los cuales comprenden la natalidad, la mortalidad, la salud, las expectativas de vida que van implicar un control minucioso sobre el cuerpo, interviniéndolo y regulándolo, dando así origen a la “biopolítica”.

Esta entrada de lo biológico en lo político y la articulación del saber-poder representó no sólo un hecho fundamental para el capitalismo, ya que facilitó la inserción de los cuerpos al sistema productivo, sino que también representó el momento en que la organización de la vida pasó a ser un hecho calculado minuciosamente dentro del Estado. En otras palabras, en las que el saber anátomo-clínico fue reconocido por el Estado como un saber que podía ser, según Foucault, “funcional” al mismo. Como resultante de este largo y complejo proceso se ha venido analizando, el ‘individuo’ pasa a ser solamente un cuerpo que hay que disciplinar, corregir, normalizar según los principios de un modo producción determinado.

La medicina como profesión

Hasta aquí se ha hecho un breve repaso por aquellos cambios operados en las representaciones sociales y en los modos de entender el mundo que se consideran fundamentales para comprender el contexto de surgimiento de la biomedicina. A modo de síntesis, se ha dicho que el peso del racionalismo en la tradición occidental que se consolida en los siglos XVI y XVII tuvo importantes efectos en la definición de los criterios que distinguen y validan el conocimiento científico. Lo verdadero estará asociado a la evidencia y no ya a la tradición cultural o histórica. Este saber basado en las tradiciones y que es compartido por las comunidades pasa a ser reemplazado por un “saber de especialistas” (Le Breton, 2010: 83) que tendrán la legitimidad para indicar lo verdadero y lo falso. Junto con esto, entonces, los saberes populares del cuerpo, con todo lo que ello implica en términos simbólicos de percepción del cuerpo, la salud y la enfermedad, quedan separados del saber biomédico.

Ahora bien, para que la biomedicina detente el poder simbólico y la legitimidad para nombrar qué es verdadero y qué es falso, ha tenido que ganarse el consenso de la sociedad. Al hablar de los primeros médicos que estudiaban el cuerpo a partir de las disecciones hemos visto como los mismos eran mirados en un comienzo con recelo y cómo los clérigos gozaban de mayor prestigio que los médicos universitarios.

Nos interesa describir aquí, cómo la medicina naciente habría buscado diferenciarse de otras formas de saber sobre el cuerpo -diagnóstico y tratamiento de la enfermedad-, es decir, cómo ha obtenido su legitimidad social.

Friedson (1978:29) en su análisis del surgimiento de la medicina como una “profesión de consulta” nos provee de un análisis para dar cuenta de este proceso. El autor señala que la medicina se caracteriza fundamentalmente por su preeminencia en relación con otros saberes sobre el cuerpo, lo cual se debe a su lugar privilegiado como “autoridad experta”. Esto quiere decir que el conocimiento médico en lo que refiere a la salud y la enfermedad se considera autorizado y definitivo.

Hoy en día el saber biomédico, apoyado en el saber anátomo-fisiológico, pasa a ser el referente en términos de saberes sobre el cuerpo en las sociedades occidentales. “Es la representación oficial, en cierta medida, del cuerpo humano hoy, es el que se enseña en las universidades, el que se utiliza en los laboratorios de investigación, el fundamento de la medicina moderna” (Le Breton 2010: 84).

Friedson (1978) indica que esta posición privilegiada de la que goza actualmente la biomedicina es una posición que se ha ido fortaleciendo en un largo proceso conducente a su consolidación como profesión y es en ese proceso que ha ido adoptando las características con las que la conocemos hoy en día. De modo que, siguiendo a Friedson en su análisis, hasta la Edad Media la medicina no representaba más que a un reducido grupo ocupacional organizado y, de hecho, no había algo que se pudiera caracterizar en los términos de lo que se ha definido como “medicina”, ya que existían otras figuras que ejercían el rol de “curadores”.

Hubo dos factores centrales que permitieron a los médicos de la época obtener el ‘reconocimiento oficial’ para el tratamiento de las enfermedades. Uno, relacionado con el aprendizaje universitario, y el otro, con el surgimiento de una ‘base científica’ como soporte de su conocimiento, como ya vimos.

Primeramente, se desarrollará el aspecto vinculado al aprendizaje universitario ya que este se convirtió para Friedson (Cfr. 29) en la “fuente principal de los criterios que habilitan a un hombre para ejercer el cuidado médico. Se le garantizó al médico la competencia exclusiva para determinar el contenido adecuado y el método efectivo para tratar al enfermo”. Esto no representa un dato menor, ya que la lucha por institucionalizar

académicamente la formación de los médicos, representó la lucha por el “monopolio de la nominación legítima” (Bourdieu, 1990: 294), es decir, por nombrar lo verdadero y lo falso en torno a la salud y a la enfermedad.

Siguiendo a Friedson, el título de “doctor” otorgado por las universidades medievales fue el primer criterio administrativo que permitía definir y diferenciar una identidad dentro del grupo de curadores de la época. En ese mismo sentido Foucault (2008) revisa los *Decretos de Marly* de marzo de 1707, que tenían como objetivo reglamentar la formación y la práctica médica a lo largo del siglo XVIII. “Se trataba entonces de luchar contra los charlatanes, los empíricos y las personas sin título y sin capacidad que ejercían la medicina” (Foucault, 2008: 73)³⁰. Se planteaba a partir de allí, que la medicina fuera dictada en todas las universidades y se establecía un programa de cátedras que indicaba que para poder tenerlas a su cargo los interesados debían disputar por ellas. Por otro lado, se establecía la duración de la carrera de grado -fijada en un principio en tres años- y que hasta no completarlos no se obtendría el título de *doctor*. Se fijaba un examen final al término de cada año y, además, se debía asistir de forma obligatoria a cursos de anatomía y farmacia, entre otros. Por otro lado, se postulaba por decreto que nadie podría ejercer la medicina, ni prescribir medicaciones, sin haber obtenido el grado de licenciado³¹.

Pese a estos esfuerzos por reglamentar la práctica médica a fin del siglo XVIII seguían existiendo los llamados *charlatanes*. Con la Revolución Francesa, los principales reclamos en torno a la actividad médica giraban alrededor de una limitación más estricta en el derecho de ejercer la medicina y una organización más rigurosa en términos académicos.

Tanto Friedson (1978) como Foucault (2008) destacan en sus análisis el carácter político que fundamentó el control médico de su trabajo, en lo que respecta al establecimiento e importancia que se le otorgó a la profesión médica.

Si bien entonces la medicina obtuvo un reconocimiento por parte del Estado, la universidad por sí misma no permitía que obtuviera el ‘monopolio médico’ sobre el trabajo de curación ya que no podía generar la confianza de la población en este tipo de práctica, lo cual hacía que no se promoviera su uso en tanto ‘profesión de consulta’.

³⁰ “El charlatán es el que no es médico. Como si la habilidad para aliviar el sufrimiento o para curar fuese una naturaleza, de pronto, concedida por un diploma que pondría, de una vez y para siempre, al médico fuera de toda sospecha” (Le Breton, 2010: 174)

³¹ El título de “licenciado” era un título intermedio entre el título de “bachiller” y el de “doctor”.

Los médicos graduados representaban una porción muy pequeña y sólo atendían a las capas más altas de la sociedad. Los ciudadanos de menores ingresos demandaban poca atención médica y, en caso de precisarla, recurrían a los “ejercientes profanos”, es decir, sin título universitario.

Los primeros médicos educados en las universidades eran considerados como una elite erudita y gozaban de prestigio social, en tanto tal, no poseían en aquel entonces autoridad en tanto curadores. Si bien el desarrollo de diversas asociaciones de profesionales médicos en distintos países favoreció el desarrollo del monopolio profesional, aún faltaba el consenso del público para aceptar como válida esa forma de conocimiento y tratamiento. Es decir que, para convertirse en una profesión de consulta aceptada por la sociedad era necesaria “la creencia pública en la competencia de la ocupación de consulta, en el valor del conocimiento y la destreza profesados por ésta” (Friedson 1978: 25). De modo que, si la población no reconoce esa práctica como legítima, difícilmente elija sus conocimientos y formas de curación por sobre otras.

Este camino hacia la profesionalización de la medicina fue acompañado por otro factor que se relaciona con el desarrollo de una ‘base científica’ de su conocimiento, es decir, que las evaluaciones e intervenciones de los médicos fueran empíricamente demostrables. Este fue otro elemento fundamental en la consolidación de la medicina como profesión de consulta. Recién entonces, la demanda de los servicios médicos adquirió preeminencia por sobre otras formas de ejercer prácticas curativas.

Como ya hemos mencionado, con el Renacimiento se abre el camino a nuevos descubrimientos. Con la obra de Vesalio y de los anatomistas de la época se perfeccionaron los saberes sobre el cuerpo que hasta entonces seguían muy ligados a la medicina antigua impulsada por Galeno (130-200 d.C). Paracelsus (1492-1591) introdujo nuevos remedios al dominio médico provenientes de distintos minerales y Ambroise Paré (1510-1592) introdujo novedades en el ámbito de la cirugía. Por su parte Harvey (1578-1657), mediante experimentaciones, logró demostrar el proceso de la circulación de la sangre. Así los desarrollos científicos y tecnológicos, a los que se puede sumar el descubrimiento del microscopio y el desarrollo de la física y la química, le sumaron fundamentos científicos a la medicina. El desarrollo de la microbiología iniciada por Pasteur (1822-1895) permitió identificar a los agentes específicos que generaban las patologías infecciosas y abrió una

nueva etapa cambiando el tratamiento basado en los síntomas en uno basado en las causas biológicas de las enfermedades y en el trabajo puesto en la prevención de las mismas.

Una vez consolidada esta base científica en su formación, los médicos lograron obtener la confianza en sus métodos y justificar la demanda de sus privilegios. Una vez que se hizo extensiva la educación masiva -que tomara y reprodujera los conocimientos legitimados al interior de la medicina-, la población general se aproximó a un conjunto de creencias, conocimientos y representaciones en torno al cuerpo, la salud y la enfermedad cercanos a los del médico. Esto permitió que la población aceptara su trabajo y que, por ende, la biomedicina naciente obtuviera el control legítimo de la práctica de curación y el monopolio de la nominación basado en los desarrollos técnicos y científicos.

Con el objetivo de ilustrar la relevancia del surgimiento de la biomedicina como medicina legítima, dado que sigue siendo considerada de esa manera hasta nuestros días, y como prueba de que sigue teniendo el monopolio de la nominación legítima desde entonces hasta hoy, se considerará el caso del ‘título’ universitario, entendido al modo de Bourdieu (1990:297) quien propone definirlo como “un capital simbólico garantizado social y aún jurídicamente (...) el título profesional o escolar es una especie de regla jurídica de percepción social, un ser percibido garantizado como un derecho. Es un capital simbólico institucionalizado, legal”.

Resulta llamativo encontrar en el trabajo de Foucault (2008) que las primeras formalizaciones de la planificación académica de los médicos, contenían una estructura en términos de duración y contenido semejante a las que se han relevado al principio de este trabajo cuando se habló de los planes de estudio. Se observa cómo estaba prevista una formación teórica y práctica ya en los primeros intentos por formalizar la educación médica. En el siglo XVIII, estaba previsto que los ‘doctores’, a través de cuatro exámenes, mostraran competencias en anatomía, fisiología, nosografía, materia médica, higiene y medicina legal. Luego debían pasar una prueba de clínica interna o externa dependiendo de si ejercerían como médicos o cirujanos. Los médicos debían completar esa formación teórica con una experiencia clínica.

Si se tiene presente el plan de estudio de la UBA, descripto detalladamente en la Introducción, que a su vez es compartido por otras universidades, se observa que la gran mayoría de las materias propuestas para la formación de los primeros médicos, se repite

aún hoy en los planes de estudio dispuestos para la formación de los mismos, tanto en otros países como en el nuestro de acuerdo informe Flexner³² (1910). Esto sirve para ejemplificar cómo una vez que se institucionalizó como legítimo determinado saber en relación al cuerpo, ese saber se ha ido reproduciendo en la formación académica de los profesionales médicos y es así que, en su estructura más básica y más allá de las transformaciones que lo fueron modelando, sigue funcionando como la vía legítima para la formación y el aprendizaje médicos.

La biomedicina hoy: Críticas y nuevos enfoques

Recapitulando lo dicho hasta aquí, la medicina se impuso como saber dominante en Occidente, a través de la oposición y de la expansión sobre otros tipos de prácticas curativas, en especial aquellas vinculadas a los sectores populares y que representaban las medicinas tradicionales que se aprendían y transmitían en contextos y prácticas no formalizadas o reconocidas por el Estado. Hemos visto que la lucha contra estos sectores no sólo tuvo lugar en el ámbito de la salud y la enfermedad sino que también estuvo vinculada al ámbito político y jurídico. El Estado al retener el monopolio de la formalización de la medicina, contribuyó a que la misma obtenga legitimidad en tanto tal. A partir de ciertas leyes y decretos se organizó la profesión y se les otorgó a los médicos el monopolio del derecho a ejercer a la medicina. Ese apoyo legal, le permitió a quienes ejercían e impartían los conocimientos médicos, a usar con sagacidad a aquellos otros ‘curanderos’ que fueron catalogados de ‘charlatanes’ para poder ampliar sus acusaciones de charlatanería a todos aquellos que estuvieran vinculados a otros modos de curación no reconocidos dentro del sistema de referencias médicas legitimadas por el Estado (Le Bretón, 2010).

Esta división, entre los médicos formados académicamente y los distintos procedimientos propuestos por otros oferentes del ámbito de la salud, como pueden ser acupunturistas, homeópatas, curanderos, entre otros, pone de manifiesto cierta disputa por la legitimidad que se funda en la separación entre el saber erudito, surgido e institucionalizado en los ámbitos académicos y universitarios y el saber definido en forma negativa, como asistemático y tradicional.

³² Véase nota 24, en “Introducción”, página 21.

La biomedicina entonces se diferencia de esos otros tipos de medicinas por su insistencia extrema en el materialismo, la evidencia empírica y la tecnología como las bases del conocimiento. La biomedicina se caracteriza entonces para Kleinman (1995), por su necesidad de encontrar causalidades que permitan especificar los orígenes de las patologías en un lenguaje que se exprese en términos de fallas de las estructuras del cuerpo para que funcione como la base lógica de la eficacia terapéutica.

Este tipo de saber legítimo al interior de la práctica médica, que se ha dado en llamar biomedicina, despierta hoy en día múltiples críticas desde diversas disciplinas que van desde la antropología, la sociología y la psicología, entre otras. En términos generales, dichas críticas apuntan a que en pos de una comprensión excluyente de los procesos salud-enfermedad-atención en tanto fenómenos biológicos, el médico deshumaniza la enfermedad al verla como una entidad propia del cuerpo y la define como una alteración del funcionamiento normal de uno o varios órganos del cuerpo, relegando a la persona que la padece a un segundo plano. El hombre representa casi un papel accesorio en el cuerpo que falla. La enfermedad es explicada por sus bases microbiológicas y por un desarrollo causal, sin tener en cuenta el espacio y el tiempo en el que se desarrollan y adquieren significado estos procesos.

Desde distintas disciplinas, vinculadas o no al campo médico, y con distintos compromisos teóricos y metodológicos, ha empezado a surgir un discurso crítico de la biomedicina. Con sus diferencias de enfoque, antropólogos como Menéndez (1990) y Hanh (1995) coinciden en plantear que la biomedicina, en su búsqueda por fundar su legitimidad dentro del campo científico, habría dejado de lado la comprensión de los procesos sociales que atraviesan a los sujetos es decir, su historia, su medio social, sus temores, sus representaciones sobre el cuerpo, la muerte y la enfermedad. En su búsqueda de un conocimiento más preciso del cuerpo han ignorado o minimizado, los condicionantes socioculturales que hacen al proceso salud-enfermedad-atención. Su saber es un saber anatómico-clínico y no un saber del hombre, de modo que, puede decirse que la medicina cura enfermedades, pero no enfermos. Representa un conocimiento cada vez más preciso de los órganos y cada vez más especializado, como resultado del creciente desarrollo de la tecnología y el peso cada vez mayor alcanzado por esta.

Estas problemáticas, entre otras, generan lo que podría llamarse la crisis de la medicina actual. La asimetría que genera la biomedicina en la relación médico paciente, en la que el saber está puesto en el médico y la ignorancia del lado del paciente, ha llevado a que en forma creciente, muchos pacientes busquen respuestas y soluciones a sus problemas de salud en las llamadas “medicinas blandas”³³. En esa búsqueda de una atención holística que la biomedicina no parece darles, asisten tanto al médico como al curandero. “La medicina está pagando por el desconocimiento de datos antropológicos elementales. Olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos y que el enfermo no es sólo un cuerpo al que hay que arreglar” (Le Breton, 2010: 181)

Al dejar rezagados aspectos vinculados con lo simbólico, se pierde la trama de creencias y representaciones que circulan en la sociedad y que pueden generar dificultad en el cuanto a la efectividad del trabajo terapéutico. La ‘medicalización’ entendida en estos términos, gana terreno en detrimento de la escucha activa del paciente.

Como se dijo, estas críticas no solo provienen de aquellos que son externos al campo de la medicina, como es el caso de la antropología médica, sino también, al interior de quienes la practican, siendo cada vez más frecuente encontrar en revistas o foros de circulación médica, artículos escritos por médicos que se replantean el ejercicio de su profesión, como podría ser el caso del médico cardiólogo Rubén Storino quien reflexiona sobre ello en su publicación “*¿Técnicos del cuerpo o médicos de personas?*” o la publicación del médico neurólogo Hector Figini titulada “*La medicina que estamos viviendo, ¿Qué pasa en la práctica médica?*” difundidos a través del sitio web de la *Sociedad Argentina de Medicina Antropológica*.³⁴

De modo que, ya no sólo hay una *crisis de confianza* por parte de los pacientes que cada vez más buscan medicinas ‘alternativas’, sino también, de los propios médicos que comienzan a desconfiar de sus propios métodos para abordar y tratar a la enfermedad.

Al decir de Le Breton (2010: 213-214): “La profesión médica está actualmente en una etapa de búsqueda, de síntesis, de interrogación. Estas apuestas se determinan en torno de lo simbólico y del cuerpo (...) podemos hablar de una medicina dual orientada según diferentes intereses. Una medicina que pone el acento más en la técnica y en la racionalidad

³³ Véase nota 15, “Introducción”, página 16 del presente trabajo.

³⁴ Página consultada: www.sama.org.ar. Para el acceso a los textos ver el apartado “trabajos y publicaciones” de dicho sitio.

del método (...) y una medicina que está más a la altura del hombre, más atenta al enfermo que a la enfermedad, que se esfuerza por sanar al hombre más que al órgano”.

Esta dualidad de la que habla Le Breton hace pensar en las dificultades para conciliar ambos intereses. Estos dos modos de abordar la enfermedad aparecen como dos modos opuestos sobre los cuales se podría tomar partido. El relevamiento efectuado en la Introducción muestra que varias facultades de medicina tienen la intención de integrar estas dos puntas del ovillo. La pregunta nuevamente es ¿qué pasa en la práctica con estos dos intereses que a veces no se concilian sino que se oponen? Antes de pasar al siguiente capítulo para analizar estas cuestiones según lo relevado en el trabajo de campo, se cree conveniente dar una aproximación respecto de cuáles son algunas de las propuestas teóricas que abogan en pos de una medicina integral de la persona.

En tal sentido, las disciplinas que integran las humanidades médicas, propician más allá de sus particularidades, la construcción de un tipo de saber interdisciplinario que buscaría relacionar los aspectos ligados a la salud, la enfermedad y la medicina en general, con algunas de las reflexiones producidas en el contexto de las Ciencias Humanas y Sociales.

Siguiendo a Macías Llanes (2001), a partir de la segunda mitad del siglo XX ocurrieron eventos decisivos para el desarrollo de disciplinas que comenzarían a formular las críticas a la medicina que se describieron anteriormente y que se presentaron como un complemento, de enfoque humanista, al saber anclado en el conocimiento científico y en los desarrollos tecnológicos que se venían consolidando en los últimos tiempos y de los cuales ya se ha venido hablando. El fin de la segunda guerra mundial resultó un contexto decisivo para el desarrollo de lo que actualmente se denominan ‘Humanidades Médicas’.

Sus primeras influencias provienen de la Epistemología y de la Historia de la Medicina. Los primeros lineamientos en la materia tuvieron una tendencia filosófica e histórica. Un hito en la configuración de las humanidades médicas lo representa la obra de Pedro Laín Entralgo³⁵ sobre historia de la medicina, en la que profundiza además, sobre los aspectos vinculados a la profesión y al pensamiento médico.

³⁵ En el año 1985, el autor publicó en la revista Jano una serie de trabajos monográficos sobre Humanidad Médicas.

Con el objetivo de poder definir de modo más riguroso y preciso su objeto de estudio se extendió la definición de ‘Humanidades Médicas’ a otras disciplinas como la Psicología, la Sociología, la Antropología y la Ética, entre otras. Esta extensión implicaba que se utilizarían los conocimientos desarrollados al interior de dichas disciplinas con la intención de aplicarlo al estudio de temas y problemáticas vinculadas a la medicina en general. La inclusión de la Bioética dentro de las mismas, significó un gran avance en la consolidación de las humanidades médicas, con lo que se confirmó que “la reflexión desde otros ángulos no estrictamente técnicos entraban de lleno en la conformación del saber médico, de los actos y de los procesos de toma de decisiones” (Macías Llanes, 2011:22).

Hacia el año 1985, Pedro Laín Entralgo, comienza a resaltar que los nuevos avances en medicina hacían cada vez más evidente que se estaban dejando de lado cuestiones vinculadas a las problemáticas sociales y que la biomedicina no las incluía, como pueden ser los aspectos psicológicos de la enfermedad, la influencia de factores económicos y culturales, los contextos históricos y la perspectiva ética en la práctica médica. Según Lolas Stepke (2006: 24) “las humanidades como disciplinas clave, como la historia o la bioética, cuestionan disciplinalmente el acto médico, ofrecen herramientas para poder formular preguntas, acumular información, organizar datos de conocimiento y ayudar a las tareas al servicio de la humanidad”. A continuación, se presenta un cuadro que reúne y expone para una visualización más rápida, los lineamientos principales de las Humanidades Médicas.

Síntesis de algunas comprensiones de las Humanidades Médicas (*)

Relacionada a la historia de la medicina como ciencia y profesión	Se han obtenido valiosas obras de historia específicas.
Relacionada a la psicología	Atención a los factores psicológicos presentes en la enfermedad y la salud.
Relacionada a la antropología	A los factores culturales presentes en el contexto de la enfermedad y la salud.
Personológica	Atención al dolor, al sufrimiento humano, a la experiencia de los pacientes (incluye la Medicina como narrativa)
Relacionada con la Bioética médica	Atención a la relación médico-paciente, a los problemas relacionados con el nacimiento, la vida y la muerte.
Relacionada con las artes	Atención a la expresión de la

	medicina a través de manifestaciones del arte como la literatura.
Relacionadas a las ciencias consideradas Ciencias Sociales aplicadas a la salud	Atención a la influencia de los factores sociales, históricos y culturales en la práctica médica y sobre todo los propios conceptos de medicina, salud y enfermedad.

(* Macías Llanes, María Elena, 2011: 26)

De todas estas competencias, se considerará con mayor detenimiento aquí, algunas de las perspectivas de la llamada Antropología Médica ya que entendemos que la misma puede sintetizar, de alguna forma, las problemáticas abordadas por las humanidades médicas.

Esta sub-especialidad de la antropología, propone ver a los problemas del cuerpo, de la salud y la enfermedad, como fenómenos que van más allá de los aspectos meramente biológicos –rasgo hegemónico en la definición y en el tratamiento de la enfermedad por parte de la biomedicina-. La cultura define ciertas categorías sociales que no pueden ser explicadas desde determinantes biológicos. Es decir, si bien algunas variables biológicas, como pueden ser el sexo o la edad, son aspectos comunes a todos los seres humanos, la categoría social que se le asigna a esas variables varía de cultura en cultura, tanto sincrónica como diacrónicamente; así por ejemplo, mientras hoy en día en la mayoría de las sociedades occidentales la obesidad es considerada una enfermedad que debe ser prevenida y curada por parte de médicos especialistas en nutrición, en otras sociedades es percibida como una condición positiva que debe ser fomentada.

Lo mismo sucede con categorías o entidades -como *enfermedad* o *salud* que la biomedicina cosifica y define como fuera de la historia y de la cultura-, y que, desde una perspectiva antropológica, se definen en forma particularizada y como partes de redes simbólicas y significantes en las cuales *estar enfermo* o *sentirse enfermo* implica un comportamiento social determinado de un sujeto y su entorno. El modo de actuar frente a estas situaciones es definido y aprendido culturalmente por los sujetos. Esto no se plantea en términos duales –biología *versus* cultura- sino que propugna un enfoque unificado de las complejas relaciones entre ambos y señala la necesidad de incorporar los aspectos contextuales, sociales e históricos como dimensiones fundamentales para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Numerosos autores han trabajado entonces con este enfoque, entre los que se puede nombrar a Kleinman (1980) quien propone integrar los conceptos de ‘enfermedad’ -tal como lo entiende la biomedicina, es decir, como una falla en el funcionamiento de los diferentes órganos o sistemas del cuerpo-, con las nociones de “padecer” y “malestar”, entendidas como el resultado de la combinación entre las nociones de “enfermedad” y “padecimiento”³⁶, a los fines de acercarse a la percepción de los sujetos y a su experiencia personal. Estos conceptos son portadores de significados arraigados en tramas socioculturales determinadas, remitiendo a las condiciones locales y localizadas en las cuales el sujeto enfermo padece y percibe su enfermedad.

Por su parte, Byron Good y Mary Jo Good (1980), afirman que en el “proceso de la enfermedad” se ponen en relación aspectos biológicos y psicológicos, ubicando el “padecimiento” en el dominio del lenguaje y de los significados. Este modo de abordaje lo denominan “cultural hermenéutico” Para estos autores el padecimiento es principalmente semántico. Se convierte en enfermedad, entendida como experiencia humana y objeto de atención médica, a través de un proceso de asignación de sentido. De ese modo, el padecimiento se transforma en una experiencia significativa para cada individuo al interior de la red de significados que le es propia a cada cultura (Good y Good, 1980).

En el marco de estas conceptualizaciones, comienza a verse como factible la posibilidad de introducir estas dimensiones en la formación académica de los estudiantes de medicina como ‘otro’ enfoque para pensar el proceso salud-enfermedad-atención.

No obstante, y cómo se tratará de mostrar en los capítulos que siguen, la inclusión en el modelo de formación médico clásico de ciertas dimensiones y perspectivas vinculadas al campo de las humanidades y las ciencias sociales, genera un conjunto de situaciones conflictivas que expresan la tensión existente entre el conocimiento propiamente biomédico, asociado a un ‘saber hacer’ en cuando a habilidades, técnicas y procedimientos, y la atención o ‘cuidado’ del paciente en tanto persona que suele ser asociado con las formas de relacionarse con el paciente, de escucharlo o tener una actitud respetuosa para con el mismo. Asimismo, la tensión no se resume exclusivamente en la confrontación entre las dimensiones técnicas del conocimiento médico y las dimensiones humanas de la

³⁶ Las cuales se construyen socialmente.

relación médico-paciente, sino que deja al descubierto un conjunto de interrogantes que el modelo biomédico no contempla en su totalidad. Al respecto dice Menéndez:

“Las enfermedades, los padecimientos, tienen sentidos y significados. ¿Cómo surgen, qué los mantiene y cuestiona, cómo se modifican e intervienen en las estrategias de solución? No son preguntas externas al Sector Salud. Tanto las ‘enfermedades científicas’ como los síndromes de filiación cultural, son sociales en la medida en que operan en conjuntos sociales que construyen significados, que operan dentro de relaciones de ‘contagio social’, de incidencia desigual según la pertenencia social o cultural, de acceso diferencial a los servicios. Que el origen inmediato sea biológico, que las consecuencias sean físicas, no invalidan este obvio punto de partida” (Menéndez, 1990:103).

De modo que, si bien hay instituciones médicas que comienzan a plantear la importancia de incorporar los aportes de las humanidades médicas en el ámbito de la formación, aún no está del todo claro cuál es el camino correcto para incluir este tipo de saber en la formación de los estudiantes de medicina y menos aún para definir el modo más apropiado para desarrollar ‘actitudes humanistas’. Parece no haber aún un consenso en lo que respecta a cuáles son los contenidos mínimos que deberían aprender los estudiantes como así tampoco qué estrategias docentes resultan más aptas para lograr esa tarea (García Campayo, 1998).

Capítulo 2: La tensión estructurante en la formación de grado.

En este capítulo se buscará relevar de qué forma se expresa la tensión estructurante que Bonet (1999) analiza a lo largo de su etnografía de la formación médica de los residentes, en la instancia de formación de grado de los estudiantes de quinto año del Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Antes de pasar al análisis de los datos relevados, se considera necesario hacer una breve presentación de los alumnos y de los docentes entrevistados con la intención de realizar una exposición más ordenada de sus relatos a medida que vayan siendo citados.

Cada uno de los actores será identificado con un nombre elegido al azar³⁷. Se empezará por los alumnos. Pilar, oriunda de una ciudad de la provincia de Buenos Aires, se mudó a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los dieciocho años para iniciar sus estudios universitarios. Eligió en qué facultad estudiar luego de un proceso de selección que incluía la Universidad de Buenos Aires, el CEMIC, la Universidad Austral y el Instituto Universitario del Hospital Italiano. Se decidió por este último por el prestigio reconocido al hospital. Cabe señalar que en la elección de la institución por parte de los futuros estudiantes tiene una connotación favorable el hecho de que sea un hospital escuela.

Daniel, nació en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Decidió estudiar en el Instituto Universitario del Hospital Italiano por recomendación de una persona allegada y por el hecho de que le llevaría menos tiempo terminar la carrera allí que en la Universidad de Buenos Aires, que era su otra opción principal.

Julieta, oriunda también de una ciudad bonaerense, se mudó a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al finalizar el secundario para poder realizar su formación académica. Eligió estudiar medicina a partir de la influencia de su hermana mayor que también es médica. Su hermana es egresada del Instituto Universitario del Hospital Italiano y fue quien le recomendó a Julieta estudiar allí.

Bruno, nació en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde pequeño supo que quería ser médico. Se inscribió en el Ciclo Básico Común de la Universidad de Buenos Aires y rindió cinco materias del mismo. Ante la dificultad para terminarlo, consideró la

³⁷ Para preservar la identidad de los entrevistados, el nombre elegido, es nombre de ficción. No tiene ningún tipo de relación con su verdadera identidad.

posibilidad de transferirse a una facultad privada. Enseguida se decidió por el Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Pedro, oriundo de la provincia de Entre Ríos, se mudó a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para poder iniciar sus estudios académicos. Decidió estudiar medicina por la influencia de sus padres médicos. Eligió el Instituto Universitario del Hospital Italiano porque conoce a dos personas que estudiaban en dicha institución y se la recomendaron. Su decisión de estudiar en esta institución se consolidó una vez que realizó un recorrido por la facultad y conoció las instalaciones. También se inscribió al Ciclo Básico Común de Medicina como alternativa en caso de no aprobar el examen de ingreso del Instituto.

Con respecto a los docentes de Ciencias Humanas, Gustavo es médico, egresado del Instituto Universitario de Hospital Italiano. Es docente del eje de Historia de la Medicina. Mariana, docente del eje bioética, es médica cirujana. Ana, es antropóloga y está a cargo del eje de Antropología. Graduada en la Universidad de Buenos Aires. Realizó cursos y seminarios en el área de Antropología Médica.

A partir de las entrevistas personales con los alumnos y con los docentes y de las observaciones hechas en el marco de las clases de la materia Ciencias Humanas se ha podido relevar que la tensión estructurante que señala Bonet (1999) se expresa de distintas formas y en distintos ámbitos en el marco de la formación de grado de los estudiantes de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Un espacio dentro del hospital –dedicado al dictado de las materias de la carrera de medicina- en el cual se manifiesta con mayor fuerza esta tensión, es el que se destina a la realización de las *rotaciones*. Se comenzará analizando las prácticas vinculadas con las rotaciones a fin de plantear algunas similitudes con las actividades propias de la formación de los residentes y que Bonet (1999) explora en su etnografía bajo la denominación de “paso de sala”. Puede decirse que las *rotaciones* representan el momento en que los estudiantes se ven confrontados con algunas de las dimensiones más complejas de la práctica médica.

Estas *rotaciones* consisten en el paso de los alumnos por los distintos servicios del hospital, tales como internación, guardia o consultorios, entre otros. Las mismas son obligatorias y forman parte de la cursada de algunas materias, como es el caso de Semiología Médica u Obstetricia y en tanto constituye la instancia privilegiada para el

aprendizaje de orden práctico. Los alumnos acompañan a un médico del servicio que les haya sido asignado y, en términos generales, su tarea allí consiste en observar cómo se desempeña el médico, participar del interrogatorio al paciente o realizar alguna maniobra como ser el caso de tomar la presión, auscultar, etc. En ese contexto, según lo que cuentan los alumnos, pueden asumir dos roles. En uno, participan como observantes y en otro, participan activamente como estudiantes o practicantes. Al respecto, Pilar cuenta sobre el desarrollo de las rotaciones: *“Algunos médicos nos presentan como estudiantes y otros como médicos y le dicen al paciente: bueno ellos son estudiantes, te van a hacer algunas preguntas, te van a revisar. Con otros médicos estamos ahí sentados al lado y miramos como atiende”*.

Estos distintos roles que pueden asumir los estudiantes en el marco de las rotaciones, parecen inducir conductas distintas en los alumnos. Veremos primero qué sucede cuando ellos se encuentran activamente con el paciente y deben interactuar y realizar algunas intervenciones prácticas con él.

Los alumnos, coinciden en señalar que el momento en que se encuentran *solos* con los pacientes en el momento de la *rotación*, o cuando rinden un examen, es una experiencia en la cual no saben *qué hacer* con ese paciente que tienen delante de ellos.

Los docentes, describen una situación similar cuando hablan de la conducta de los alumnos durante sus primeros encuentros con los pacientes. Puede decirse que ese primer contacto con los pacientes trae a escena la tensión estructurante analizada por Bonet (1999).

Gustavo dice al respecto:

“En cuarto año de la carrera ya empiezan a rotar más activamente en el hospital y muchas veces nos han dicho en algunas reuniones entre cátedras que los estudiantes cuando empiezan a rotar por el hospital en cuarto año no se sienten cómodos enfrente de los pacientes, no están seguros, no se desenvuelven con naturalidad, etc., que es un problema que tienen en general todas las universidades, no únicamente en esta”.

Esta observación se reitera en otras de las docentes entrevistadas, quienes coinciden en manifestar que el momento en que los alumnos entran en contacto con la *enfermedad*, con la *muerte*, con las *piezas quirúrgicas*, es un momento que les genera cierta *incomodidad*.

Los alumnos señalan que experimentan una *incomodidad* similar cuando relatan el momento en que se tuvieron que *enfrentar solos* a los pacientes. La dificultad se expresa cuando los alumnos cuentan sus experiencias al rendir los exámenes parciales de la materia *Semiología Médica*. Los mismos consistían en una instancia práctica y una instancia oral. En la parte práctica, se les asignaba un paciente al cual tenían que efectuarle un *interrogatorio*, realizarle un *examen físico completo*³⁸ y con los datos recabados completar la *historia clínica* de dicho paciente. Los estudiantes refieren en las entrevistas cuán conflictivo les resultaba cumplir con las exigencias requeridas para aprobar la materia. El momento más *difícil* era aquel en el que debían pararse frente al paciente como médicos e informarle que debían hacerle un examen físico completo más allá de las condiciones de salud en las que se encontrara la persona en cuestión. Esta exigencia de revisar al paciente más allá de lo necesario para el tratamiento indicado en ese momento de la consulta, colocaba al alumno en una situación de incomodidad que se hacía evidente en la relación de estos estudiantes con los pacientes. Los cinco alumnos entrevistados manifestaron durante la entrevista, la *situación difícil* en la que se vieron envueltos en esas instancias de evaluación.

Pilar dice: “*Al principio me asustaba mucho, pero después como que uno afortunadamente se va acostumbrando, digo afortunadamente porque lo voy a hacer toda mi vida. (...) Al principio me acuerdo que cuando venia una paciente, porque en semiología interrogábamos muchísimo, y me contaba que tenía una enfermedad oncológica, yo ahí instantáneamente me quebraba. Era como que decía ay, pobre. Y ella como que contaba todo. No tenía ningún problema. Algunos se me largaban a llorar (...) y es como que en ese momento, no sabía qué hacer. Después de un tiempo te acostumbras. Si un paciente te dice tengo cáncer de esófago es: ah, bueno, qué pasó, cómo fue.*”

En relación a su experiencia con la materia Semiología Médica, Julieta dice:

“*La parte donde estaba sola con los pacientes era en Semio. Tenía que hacer el examen y estaba sola con los pacientes. Y bueno, era ir, enfrentarse (...) La que me tocó en el primer parcial, era una señora, era una paciente que tenía cáncer de páncreas, que*

³⁸ En términos generales, el examen físico completo consiste en la realización de determinadas evaluaciones y técnicas de semiología médica sobre los diferentes aparatos y sistemas del cuerpo humano, con el fin de obtener datos sobre el estado de salud del paciente que puedan ser comparados con ciertos parámetros clínicos.

cuando la vi estaba amarilla, estaba ya casi en las últimas y yo le tenía que ir a explicar que tenía que rendir un examen, que la tenía que revisar toda, preguntarle todo y la mina se estaba muriendo casi, entonces era como una situación difícil de remontar, pero fui, le expliqué. (...)Después de como media hora, el hijo vino y medio que me terminó echando porque ya la mina estaba cansadísima. Y yo me fui sin protestar, aparte tenía que dejar en paz a la mujer”.

Daniel expresa:

“Recuerdo una paciente que tuvimos que ir a interrogar en una de las rotaciones de Semio. Estaba con otros dos compañeros, pero yo dirigía el interrogatorio. La paciente relató que tenía cáncer y cómo habían sido sus tratamientos y complicaciones hasta el momento. A lo largo del interrogatorio sentía que debía contener de alguna forma a esa señora. Esperaba que llorara o algo me indicara cuándo era el momento de hacerlo”

Las palabras de Daniel muestran que el momento en que los alumnos deben pararse frente al paciente pone en evidencia algunos aspectos de la tensión estructurante que pone en juego la relación entre los componentes técnicos y humanos de la relación médico-paciente. Principalmente, la situación de examen coloca a los estudiantes de medicina en una situación híbrida en la que deben demostrar los saberes dominantes de la biomedicina, ligados al tecnicismo y la precisión y lo que sienten que deben hacer para contener a ese paciente e incluso para justificar su manipulación sobre el cuerpo enfermo. La tensión se expresa también a partir de la estructura del plan de estudios que estipula la institución, la que, por un lado, imparte una materia como Ciencias Humanas a lo largo de seis años para formar a los estudiantes en un área que busca introducir las distintas dimensiones socioculturales de la persona, pero que, por otro lado, imparte una materia como Semiología Médica que evalúa la precisión técnica de los alumnos a partir de enfrentarlos a una situación en la cual esas otras dimensiones de la persona, que van más allá de lo estrictamente biológico, quedan puestas entre paréntesis.³⁹ El alumno advierte estas disonancias y por ello experimenta esas vivencias como una situación tensionante, al

³⁹ Como se verá hacia el final de este capítulo, estas contradicciones que se generan a partir del propio plan de estudios que estipula la institución, son profundizadas y en parte ignoradas por la misma, en tanto no se facilita la posibilidad de un diálogo docente para poder confrontarlas o buscar los modos de resolver estas tensiones que atraviesan las prácticas profesionales.

tiempo que está obligado a enfrentarse a ellas para poder *aprobar* la asignatura, aunque eso tenga como consecuencia atravesar una *situación difícil* para ellos, pero principalmente, porque saben que también lo será para el paciente que no es un objeto de conocimiento, sino un sujeto que padece. Asimismo, esta forma de excluir las dimensiones sociales, culturales o psicológicas de la experiencia por parte de los docentes que imparten la materia, es una situación que seguramente volverán a enfrentar cuando sean médicos en el marco de la práctica profesional. Esa exposición y forma de experimentar las situaciones tensionantes es, en parte, lo que configura su hábitus médico.

Puede decirse, que esta tensión entre “saber y sentir”(Bonet, 1999: 125), que aparece en las *rotaciones* por los distintos servicios del hospital, generan las mismas reacciones que los llamados “pasajes de sala de la mañana” que llevaban adelante los residentes del Hospital Interzonal General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires con los que trabajó Bonet. El pasaje de sala de la mañana que describe el autor consiste en un recorrido que hacían los residentes, el jefe del servicio y los médicos de planta yendo a ver cada paciente. El objetivo consistía en poder realizar sugerencias de tratamiento, chequear si se había hecho algún nuevo ingreso y, llegado el caso, poder discutir diagnósticos. El autor releva en su trabajo que estos pasajes, que formaban parte de la rutina de los residentes en el hospital en el cual hizo su etnografía, representan un espacio de interacción en el cual se manifiesta la tensión estructurante. Es un momento de tensión tanto para el paciente como para los alumnos o los médicos. Para los pacientes, implica el momento en que se encuentran de frente a su enfermedad y para los médicos o los estudiantes representa el momento en el cual se enfrentan a los pacientes, a los planteos o cuestionamientos que estos puedan a llegar a hacerles y a sus propias inseguridades en el manejo de la enfermedad.

Puede observarse entonces que la *rotación* por el hospital, al igual que los pasajes de sala analizados por Bonet, revela la naturaleza compleja de la interacción médico-paciente y hace visible la tensión estructurante colocando a los alumnos en situaciones en las que se reproduce la dualidad que caracteriza a la biomedicina. Por un lado, se les impone el saber científico-técnico que les indica qué es lo que deben hacer y lo que deben aprender y, en el caso de la situación de examen, demostrar que han adquirido ese saber y, por el otro, los enfrenta al *sentir*, a la experiencia y a las emociones propias de las relaciones interpersonales. Asimismo, pone de manifiesto los aspectos vinculados a lo sociocultural

que la biomedicina ha dejado de lado en pos de los conocimientos científico-rationales y las formas en que el conocimiento experto los valida con independencia de los contenidos emocionales inherentes a las experiencias de los sujetos involucrados.

Asimismo, resulta llamativo que, tanto en los relatos que se acaban de citar a modo de ejemplo, al igual que el de los otros alumnos entrevistados, la *incomodidad* frente al paciente se haga más patente en el caso de los enfermos de cáncer. Esto se refuerza si se tiene en cuenta que algunos de los residentes entrevistados por Bonet (1999) señalan la muerte de un paciente como un aspecto que les genera cierta conflictividad. En ese mismo sentido, en el trabajo de Silbergleit (2009), quien al igual que Bonet abordó la problemática de las residencias hospitalarias, sus entrevistados relatan una experiencia similar. La autora indica que ha presenciado una “discusión” entre los residentes acerca de qué decisión tomar con un paciente de 19 años que padece de cáncer de testículo. Uno de esos residentes al ser entrevistado por la autora dice:

“Es muy difícil, me dice Pedro (residente de tercer año), tomar decisiones sabiendo que la vida de las personas está en tus manos, que vos decidís sobre ese límite tan estrecho entre la vida y la muerte” (Silbergleit, 2009: 2)

Se puede observar que, al igual que en el caso de las residencias que analizan estos dos autores, el contacto de los estudiantes en la instancia de grado, con los pacientes afectados por enfermedades que podrían provocar la muerte de los mismos, genera las mismas dificultades y sensaciones que en aquellos que ya han pasado por dicha instancia de formación.

Esto no es casual. Aún hoy en día, hablar de enfermedades como el cáncer o el HIV es casi un sinónimo de muerte y son palabras que dentro del ‘sentido común’ se consideran que deben ser tratadas con respeto “se teme más al cáncer que a las enfermedades del corazón, aunque quien ha sufrido un infarto tiene más probabilidades de morir del corazón a los pocos años, que las que tiene, en el mismo periodo, un canceroso de morir de cáncer” (Sontag, 1988: 123). Si bien no tanto como en épocas anteriores, son enfermedades que conllevan por detrás de la afección una trama simbólica y social que en algunas ocasiones suelen estar asociadas a muchos estigmas sociales. El enfermo de cáncer o HIV es alguien que usualmente suele ser estigmatizado como una persona que ha caído en los excesos. El HIV es asociado a la homosexualidad o la drogadicción y al cáncer se lo vincula como

consecuencia de haber llevado una vida “no sana”. Es propenso a padecerlo el fumador, el alcohólico, el que lleva adelante una mala alimentación. Muchas veces aparece como un castigo del cuerpo a la persona. En el caso de cáncer, no es algo externo lo que enferma al organismo sino que es el propio cuerpo el que enferma.

“Las enfermedades más aterradoras son las que parecen no sólo letales sino deshumanizadoras, en un sentido literal” (Sontag, 1988: 123) y ante este tipo de enfermedad el saber de los libros de medicina se queda sin respuesta. Ponen en la escena comunicacional los aspectos que señalan Good y Good (1980) en los que la enfermedad y el padecimiento se convierten en una experiencia con significado para cada individuo dentro de la red de significados inherente a cada cultura en particular.

Por otro lado, puede decirse que el discurso aparece como otra dimensión a través de la cual se expresa la tensión estructurante. Se ha dicho al principio de este trabajo, que el discurso puede ser considerado como una mediación que permite dar acceso a las visiones de mundo que operan y constituyen sentido y que las mismas se materializan en el discurso que los pone en escena. De este modo, el discurso se convierte en un vehiculizador del sentido. Los modos en que los alumnos construyen sus discursos permiten observar cómo esta tensión entre “saber y sentir” se manifiesta también a nivel del lenguaje. Se puede observar en los fragmentos citados que los alumnos utilizan las palabras *paciente*, *señora*, *mina*, *mujer*, como distintas formas de referirse a la misma persona. Esta selección de palabras, que varía de acuerdo a si ellos se están refiriendo a un aspecto que remite a lo estrictamente médico o a un aspecto vinculado con el cuidado del paciente, revela que las palabras utilizadas son portadoras de un sentido que remiten a distintos modos de abordar a la persona enferma. Se puede observar en los fragmentos seleccionados, que cuando los estudiantes explican la enfermedad que tenía la persona con la que estaban interactuando en términos de *patología*, tal como lo define la biomedicina, o indican que tuvieron que realizar un examen físico o señalan algún otro proceso biológico desde la perspectiva biomédica, utilizan el término *paciente* para referirse a la persona en cuestión. El ‘paciente’ es aquel que se puede intervenir, que se puede explorar, del que se puede aprender y a través del cual se adquiere el hábitus médico. Por el contrario, cuando manifiestan la incertidumbre, la incomodidad, el no saber qué hacer frente a esa misma persona enferma utilizan los términos *señora*, *mina*, *mujer*. En ese momento, el paciente dejó de ser paciente

y se convirtió en persona con toda su integridad y compleja trama social que ello implica. Así, la dualidad bajo la cual sienta las bases la biomedicina se hace presente también en el discurso y los distintos términos usados por los alumnos lo hacen evidente. Por otro lado, cuando los alumnos entrevistados reconocen la importancia que tiene trabajar desde el enfoque propuesto por las humanidades médicas, la dualidad característica de la biomedicina, se hace presente en el discurso y los lleva a expresarse en términos dicotómicos. Julieta dice:

“Lo más importante que tenés que tener en cuenta en medicina es que cuando tenés adelante a un paciente también tenés una persona”.

El enfoque biomédico, que, como se dijo en el capítulo anterior, sienta sus bases en la separación ontológica entre cuerpo-persona y prioriza al primer término de esta dicotomía bajo una mirada mecanicista, se impone en el discurso y lleva a que la noción de ‘persona’ y la noción de ‘paciente’ sean construidas discursivamente como dos categorías separadas. El hecho de que los estudiantes tomen conciencia de esa dificultad que se les presenta ante el sufrimiento del otro en términos afectivos y a su vez relaten su angustia ante esa experiencia, conduce a pensar que la tensión estructurante es constitutiva de la formación y de la práctica médica. Los alumnos parecen reconocer la dicotomía a la cual se enfrentan, oscilan entre una y otra, pero perciben como legítimo que la postura más adecuada a tomar como médicos es aquella que los conduce a tomar distancia de aquello que les sucede a los pacientes en tanto personas. Aunque también reconocen que ese distanciamiento, en pos de una relación médico-paciente planteada en términos estrictamente biomédicos, relega el lugar del paciente en tanto un ser social complejo. Pilar dice: *“Uno no siempre puede angustiarse ante la enfermedad del otro o por la presencia de una situación terminal, pero eso lo que hace es que uno se aísla un poquito del problema del otro”.*

Una declaración similar se puede encontrar en el trabajo de (Silbergleit, 2009: 4), cuando uno de los residentes dice: *“Con el tiempo, vas tomando distancia de los pacientes. Es como que si no, no podés seguir. Consciente o inconscientemente te hace muy mal involucrarte tanto.”* El hecho de que se puedan hallar similitudes en las palabras de los residentes y de los estudiantes en relación a la dificultad para pararse ante pacientes con enfermedades difícilmente curables parece apoyar la idea de que en cierto sentido es una problemática generalizada e inherente a la formación y práctica médica y evidencia la

tensión estructurante, ya que “los sujetos quedan colocados en una posición dividida entre lo que deben hacer para *saber* y lo que *sienten* al hacer”. (Bonet, 1999: 125). Dicha tensión no sólo es constitutiva de la formación y de la práctica médica, sino también, es reconocida explícitamente como ‘casi inevitable’ por los propios actores. Gustavo, docente de uno de los ejes de la materia Humanidades Médicas, dice al respecto:

“Yo diría que son cuestiones a las cuales podemos contribuir, pensando con los estudiantes, reflexionando, problematizando cosas desde distintos puntos de vista, ejercitando en la clase mediante procesos de aprendizaje simulado, etc., pero bueno, creo que la rotación en el hospital y la situación en la cual el alumno está frente al paciente, conversando con él, etc. es insustituible y no se puede lograr dentro de un aula ni tampoco con humanidades médicas.”

Las palabras del docente refuerzan la idea que lleva a pensar la ‘inevitabilidad’ de la tensión. Es decir, se reconoce como un problema que se puede asumir, pero que no se puede resolver.

Por otro lado, demuestra también la división que efectúa Bonet (1999) entre “medicina de libro” y “medicina vivida”. La primera podría caracterizarse como conocimiento científico, objetivo, racional, es decir, biomédico, que se incorpora en las instituciones. Es el saber oficial que, por sus características, puede medirse y cuantificarse mediante exámenes. Es aquel que es garantizado mediante la obtención del título de grado. La segunda, se relaciona con el espacio del hospital como instancia de aprendizaje, implica el estar ahí, enfrentarse al paciente en tanto persona. Es un saber de orden práctico. No se aprende en la teoría sino que se incorpora en la práctica. Como parte del aprendizaje de la profesión, la configuración del hábitus médico -sentido orientador y estructurador del sentido de la acción-, se incorpora en el momento del contacto con el paciente cuando tienen que aprender a pensar en función de ese paciente en particular. Como señala Bonet (1999), ello implica una modificación de las estructuras objetivas que ellos poseen en tanto estudiantes y que orientan su comportamiento cuando están en el ámbito del aula. El problema aparece cuando están delante del paciente porque aún no han incorporado el hábitus que les permite pensar y actuar frente a esa situación de encuentro con el otro, lo cual implica que “este cambio sea vivido como una crisis tensionante” (Bonet, 1999:139).

Ese saber no se puede cuantificar ni medir ya que, como se dijo, se pone en escena en la práctica y en una situación determinada que implica el contacto con el paciente como sujeto.

El carácter dual que caracteriza a la biomedicina lleva a que esa distinción entre una “medicina de libro” y una “medicina vivida” aparezca en los objetivos que se proponen los docentes de la materia Ciencias Humanas. Se ha visto ya en las palabras de Gustavo que el objetivo de la misma en el contexto del Instituto Universitario del Hospital Italiano no busca resolver esta tensión, sino que de alguna manera se busca aportarles a los alumnos herramientas que les permitan complementar las *falencias de la biomedicina*-a través de la *reflexión, aprendizaje simulado*, etc.

Gustavo expresa:

“El espíritu de la cátedra y todos lo abordajes es ayudarlos a reflexionar y problematizar practicas y creencias médicas para tratar de tener una concepción de la propia disciplina, de la propia profesión un poco más amplia de la que se puede encontrar en libros clásicos de medicina. (...)La medicina no es meramente lo que uno puede leer en un libro de anatomía, cirugía o bioquímica.”

En relación a esto otras docentes reflexionan:

“Si uno está atento puede apuntar cosas (...) hacerles entender que eso es importante, que son cosas frecuentes, que atiendan, que les va a pasar”. En la misma línea que lo dicho por Mariana, Ana dice:

“A mí me parece fundamental esta cuestión para poder analizar su práctica como un fenómeno social y cultural (...) que puedan llegar a tener alguna capacidad o fomentar o entrenar, alguna capacidad de reflexión sobre lo que uno piensa o hace, porque desde la medicina hay como también un deber ser, cómo un enseñar, cómo se hacen las cosas (...)hay una heterogeneidad tan grande de formas de hacer el mundo social, entonces bueno, buscar no estereotipar las situaciones, sino como poder verlas en su complejidad con respeto, poder escuchar cuando son muy disonantes con la forma de uno. Como poder trabajar eso.”

Se puede observar en el discurso de los docentes de la materia Ciencias Humanas, que desde distintas posturas, hay una intención de marcar, por un lado, una problemática vinculada con la práctica biomédica y, por el otro, de señalar que la instancia de

aprendizaje en función de lo que dicen los libros es distinta, aunque complementaria, de la instancia de aprendizaje en el contexto de la práctica en el hospital.

Cuando hacemos referencia a estas distintas posturas, queremos señalar que los distintos docentes que integran la materia Humanidades Médicas ocupan posiciones determinadas en el campo académico que no se reducen exclusivamente al ejercicio de la medicina como profesión. Puede observarse que, Mariana, que es médica cirujana, plantea la problemática desde el lugar de la experiencia. Pareciera que busca transmitir lo que ella sabe, por su vinculación al campo médico, *que les va a pasar* a los estudiantes cuando estén ejerciendo la profesión de médicos. Su modo de expresarse es casi anticipatorio de lo que va a venir. Gustavo, que es médico, pero que se desempeña desde una perspectiva ligada a la investigación y a la filosofía, advierte la misma cuestión desde un lugar más reflexivo, más abstracto si se quiere, cuando dice que *la medicina no es meramente lo que uno puede leer en un libro de anatomía*. Ana, que es antropóloga, introduce la problemática a partir de contextualizar la práctica médica desde lo sociocultural. Plantea una reflexión que busca relativizar la biomedicina a partir de marcar la complejidad y la diversidad del mundo social.

Más allá de la diferencia en los términos utilizados para señalar que la práctica médica está atravesada por una compleja trama sociocultural, que, en cierto sentido marca un contraste entre lo que se ha dado en llamar la “medicina vivida” y la “medicina de libro”, en el fondo de la cuestión, lo que los docentes intentan explicar es esta tensión estructurante constitutiva de la práctica biomédica que implica que el momento en que los estudiantes se enfrentan al paciente sea vivido como una experiencia tensionante porque su formación académica resulta insuficiente o, al menos, no logra contener la totalidad de las dimensiones que se ponen en juego en la práctica médica.

Esto habilita a referirse a una cuestión que constituye uno de los objetivos del presente trabajo, esto es, analizar la forma en que los estudiantes de grado experimentan y perciben su relación con los contenidos del área de Humanidades Médicas.

La tensión estructurante en el marco del aprendizaje: el ‘saber’ y el aprendizaje de las Humanidades Médicas

Llevar la formación humanística al aula, implica que la tensión estructurante comience a manifestarse no sólo en la práctica que enfrenta a los estudiantes con los pacientes, sino también en el aula, entendida como lugar de adquisición de conocimientos y técnicas. En el espacio del aula, no se trata de la tensión entre “saber y sentir”, como ocurre en el caso de las residencias trabajadas por Bonet y Silbergleit, o como puede aparecer en las rotaciones, sino que la misma, se manifiesta entre uno y otro tipo de saber. Más específicamente, entre biomedicina y humanidades médicas. La tensión aparece como un problema que remite a la legitimidad y cómo es reconocida o no por los actores en función de lo que es definido como pertinente o no para el campo de la medicina en tanto profesión. La categoría utilizada por los estudiantes para referirse a dicha pertinencia se expresa a partir de indicar si un conocimiento determinado es o no es *útil* para su formación como médicos. Este aspecto será objeto de mayor desarrollo en el capítulo siguiente.

En el contexto del aula, para los alumnos, las materias ‘biomédicas’⁴⁰ y los distintos *ejes* que integran la materia *Ciencias Humanas*, en tanto saberes concretos que se aprenden en el marco de la formación académica, parecieran circular por líneas paralelas que eventualmente se juntan. Esto no es un hecho casual sino que evidencia la dualidad que caracteriza a la biomedicina. Se ha visto en el capítulo anterior que históricamente la medicina ha apostado por un saber científico y tecnológico del cuerpo en el cual el mismo es tratado como objeto, dejando de lado a la ‘persona’ en tanto totalidad.

Los alumnos cursan en un mismo cuatrimestre materias como *Clínica y Cirugía*, en las que el cuerpo, en tanto objeto, es definido y tratado con el enfoque característico de la biomedicina, y la materia *Ciencias Humanas* que, como se dijo, se compone de cuatro *ejes*, en los que se busca introducir dimensiones socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención. Al preguntarle a Mariana si los alumnos ponen en relación los contenidos que ven

⁴⁰ Con materias ‘biomédicas’ se hace referencia a aquellas materias que se enmarcan dentro de las características del modelo ‘biomédico’ que señala Menéndez (1990) citado en la nota 26 del capítulo 1 página 26. El término difiere de la distinción que se hace entre ciclo biomédico y ciclo clínico que se puede encontrar en los planes de estudio.

en las materias del *ciclo biomédico* o del *ciclo clínico*, con los contenidos de *Ciencias Humanas*, la docente refiere lo siguiente:

“En el año en el que más se nota es en sexto, y en eso te puedo decir absolutamente sí. En el resto... este... no tanto. Porque por ahí hay muchas materias que son más bien técnicas y ellos nos alcanzan a ver la globalidad de lo que puede ser la atención de un paciente, pero en sexto año sí.”

Entendemos que no es casual que Mariana considere que el sexto año de la carrera sea el momento en el que se evidencia una puesta en relación más explícita entre un tipo de saber y otro por parte de los alumnos. Cabe señalar que dicho año se corresponde con el *Internado Anual Rotatorio (IAR)*⁴¹ en el que los alumnos sólo deben realizar prácticas regulares en distintos servicios del hospital. Ya se ha dicho que en tal contexto, el encuentro de los estudiantes con los pacientes, es un momento en el cual se manifiesta más intensamente el tipo de experiencia que revela la tensión estructurante que caracteriza a la biomedicina.

A continuación, se hará referencia a algunas de las situaciones y dinámicas observadas en el ámbito de las clases que han sido objeto del presente análisis a partir del registro obtenido en el campo. Una de las clases de *Clínica*⁴² que se pudo observar, correspondía a *neurocirugía*. El tema de la clase observada eran los *tumores cerebrales* y el docente a cargo de la misma era un neurocirujano de aproximadamente sesenta años. La clase se desarrolló exclusivamente en torno del tema de los *tumores*. El docente se refirió a sus características en términos *patológicos*, de las consecuencias que esta patología podría tener en el paciente dependiendo del lugar del cerebro en el que se ubicara, las formas de diagnosticarlo a partir de las imágenes que mostraran los estudios y de los distintos pronósticos de vida dependiendo del tipo de tumor. Se habló también de los avances tecnológicos en neurocirugía y cómo esto había mejorado las posibilidades de éxito en las intervenciones quirúrgicas. Si habría que describir esta clase con una sola palabra podría definírsela como ‘típicamente biomédica’. En ningún momento se ha podido registrar, pese a que se ha mencionado más arriba la dificultad, en términos emocionales, que les implica a

⁴¹ El internado anual rotatorio (IAR) es una instancia de pregrado en la que los alumnos ya no cursan más materias teóricas sino que asisten todos los días al hospital para rotar por los distintos servicios del mismos como pueden ser los consultorios, guardias e internaciones, entre otros sectores, tal como se ha referido en el comienzo del presente capítulo.

⁴² El nombre formal de la materia es “Clínica y Cirugía II”. Véase Anexo, Institutos Universitarios, página 188.

los alumnos sostener la interacción con un paciente que padece una enfermedad asociada con un *mal pronóstico*⁴³ en relación a la expectativa de vida, alguna reflexión en el curso de la clase, sobre qué implica el padecimiento de dicha enfermedad para los pacientes, en tanto sujetos, o bien, alguna reflexión que introduzca otras dimensiones que no sean la mera descripción del *tumor*. Tampoco los alumnos dirigían preguntas al docente a cargo sobre qué hacer, en términos afectivos, con un paciente que poseyera un *tumor cerebral*. En forma similar, después de presenciar cuatro clases de *Ciencias Humanas*, en ningún momento se ha podido escuchar algún comentario que recupere o problematice el enfoque propuesto en otras materias o en esta clase en particular. Lo observado permite inferir que estos saberes se imparten y circulan en ámbitos de aprendizaje paralelos ya que los alumnos cursan estas materias en forma simultánea pero no se ponen en evidencia las contradicciones entre los temas y enfoques de las mismas. Los saberes son tomados tal y cual son impartidos desde cada una de las materias sin que los alumnos y los docentes –en particular los que imparten las materias biomédicas- los pongan en relación y ese hecho, entendemos, contribuye a preservar la diferencia y la separación entre ambas formas de saber y aprender el proceso salud-enfermedad-atención.

De modo que, la ‘tensión’ existente entre uno y otro tipo de saber, que como se dijo se traduce en un problema de legitimidad, no parece generar contradicciones en el marco del aula como sí sucede en el contexto de la práctica. Esto puede ser explicado, a partir de lo señalado por Bonet quien indica que cuando se produce el pasaje del aula al ámbito del hospital “implica modificaciones en las estructuras objetivas que orientaban las conductas en la Facultad” (Bonet 1999: 139). En el ámbito del aula, los alumnos de quinto año se conducen en función de esas estructuras que ya poseen incorporadas y la legitimidad con la cual perciben, en el ámbito de la Facultad, a las materias clásicas de medicina parece frenar la aparición de preguntas que los enfrenten a las contradicciones o cuestionamientos respecto de la asimetría entre la forma de abordar la enfermedad, que deriva de unas y otras materias.

Más allá de lo señalado, y si bien la tensión no se expresa en el espacio del aula de la misma forma que sucede en el contexto de la práctica, puede decirse que esa experiencia

⁴³ Se entiende por “mal pronóstico”, desde una perspectiva médica, el hecho de que haya grandes posibilidades de que la enfermedad produzca la muerte del paciente en un periodo de tiempo menor al esperado si esa persona no tuviera la enfermedad en cuestión.

tensionante que los alumnos vivencian en las rotaciones es recuperada, a través del relato de los estudiantes, e introducida en el aula como una forma de reflexión sobre la práctica médica.

Al preguntarle a Ana lo mismo que a Mariana, con respecto a cómo los alumnos relacionan los distintos contenidos de las materias, ella menciona:

“Mirá... bastante poco. Sale a veces, pero bastante poco. Sí, a veces como que yo pregunto o estoy también atenta a cuando aparecen estas cuestiones, pero suele surgir. A veces en las rotaciones, dicen estaba viendo esto en tal rotación que me llamó la atención. Todo lo que traen es material de análisis. A veces sale, por ahí no tanto como uno esperaría, pero bueno, sí”.

Por su parte, Gustavo indica:

“A veces sí, surge espontáneamente alguna cosa que vieron durante alguna rotación y lo comentan...este.... Y a veces, yo diría, desde mi experiencia personal quizás sino aparece nada es bueno hacer el esfuerzo desde el lugar de docente para tratar de recuperar todo eso. A veces no sale espontáneamente, a veces las vinculaciones no son tan obvias en ese momento estando dentro del aula, eso les impide o les dificulta considerar cosas que les pasan muy cotidianamente, pero que no les parece evidente en esa circunstancia que tiene que ver con que ellos están estudiando, pensando, analizando. Yo siempre creo que el docente tiene que hacer un esfuerzo para poder recuperar esas cuestiones sino pueden pasar desapercibidas.”

Esto que señalan los docentes en función de lo que vieron los alumnos en las rotaciones y que en ciertas circunstancias lo comparten en el aula, sea porque ellos lo pregunten o porque los estudiantes lo cuenten por sí mismos, se relaciona con un tipo de rol que ellos pueden asumir en la rotación y que consiste en observar lo que el médico con el cual están rotando realiza sin que ellos tengan contacto o dialogo con el paciente. Cuando los estudiantes relatan sus experiencias en las rotaciones, a partir de lo que observan que el médico hace, pueden detectar algunas falencias en la atención del médico para con ese paciente cuando se basa en lo ‘exclusivamente biomédico’. Daniel, un estudiante, dice:

“Por la negativa creo que he aprendido mucho. Darme cuenta de cosas que no deben ser como veo que son. Muchas veces vi como en las rotaciones a muchos médicos se les escapaban cuestiones que van más allá de esta cuestión que yo decía del traspaso de lo

teórico a la práctica. Cuestiones que quizás no es posible aprender en forma tan lineal. Más específicamente de darme cuenta como algunos pacientes se sienten ignorados ante alguna actitud del médico. Cosas mínimas, no mirarlos, no prestarles atención cuando hablan y ver como desde mi perspectiva eso puede vulnerar no solo la relación médico-paciente sino también la efectividad que pueda tener cualquier tratamiento. Recuerdo haber visto a un paciente con diabetes diagnosticada hace poco y cómo la diabetóloga que venía a explicarle como tenía que manejarse le daba una explicación rápida, inadecuada, poco pedagógica y sin asegurarse que el paciente haya entendido.”.

En el mismo sentido Julieta agrega:

“Lo vemos cuando vamos a rotar y estás sentando ahí al lado del médico. Muchas veces los pacientes se quedan callados y se nota el malestar. Otras veces lo expresan, y te lo dicen. Se lo dicen al médico. Si vos a un paciente lo atendés como el culo, sin ganas, ese paciente no te va a escuchar y no te va a hacer caso y que te haga caso es fundamental para que siga el tratamiento que vos le indicás. El otro día fue una compañera a rotar con una médica, fue una chica y la médica hace que entre y le dice: “bueno, esto es un sobre turno. No sé por qué no sacás un turno normal, no sé por qué tenés que venir a un sobre turno.” Viene la chica con toda la buena onda y la médica la empezó a tratar un toque mal. La importancia del buen trato con el paciente lo veo ahora, antes no”

Hemos visto, en las palabras de los docentes, que aparece una idea similar a lo que cuentan los alumnos. Los profesores coinciden en que los estudiantes logran reflexionar o criticar la práctica médica cuando se encuentran con ella en las experiencias de las rotaciones. Según los docentes, en el aula, los alumnos pueden relacionar o esbozar críticas en función de lo que perciben en la práctica.

Esto evidencia que para que la medicina pueda ser pensada desde un enfoque cercano al que proponen las humanidades médicas, es necesario que los alumnos hayan podido confrontar, en la práctica, las deficiencias de un tipo de enseñanza que se focaliza en un aspecto de la enfermedad en detrimento de otros. Que reconozcan que el conocimiento de los ‘libros’ ya no les alcanza y que es preciso recuperar las dimensiones socioculturales de la persona dejadas de lado por la biomedicina. Ana dice en relación a esto:

“Afortunadamente estamos en una época donde la oleada de las ciencias sociales es bien vista por las ciencias médicas. Hay como una muy buena predisposición hacia lo cualitativo, las ciencias sociales, justamente por las dificultades con las que se encuentran en un enfoque sumamente biomédico y cuantitativo, se escapan un montón de variables que hablan de personas concretas. Aunque eso no se traduce al esquema de formación. Si es bien visto, sigue siendo subsumido a la médico digamos.”

Lo desarrollado hasta aquí nos revela que al plantearse como objetivo contribuir a que los alumnos puedan reflexionar sobre la práctica médica, que puedan potenciar sus habilidades comunicativas con otras personas, o recuperar lo que pasa en los consultorios para trabajarlo y problematizarlo en el aula, lleva a que los docentes de la materia de Ciencias Humanas se vean envueltos en un movimiento que implica pasar de un conocimiento de orden ‘práctico’ a uno de orden ‘teórico’.

Este aspecto puede ser abordado como un ‘problema de traducción’, que como señala Savransky, se apoya en “la idea de que mediante la anticipación del pensamiento es posible dominar los resultados de las prácticas de producción de las condiciones de la vida ya sean materiales o espirituales” (Savransky, 1999: 17). En base a lo que señala el autor, puede decirse que los docentes de Ciencias Humanas buscan, a través de los contenidos que propone la materia, anticiparse a lo que sucederá en la práctica médica a partir de promover la reflexión desde el ámbito del aula. Esto se evidencia claramente cuando por ejemplo Mariana les dice que “*atiendan, que les va a pasar*”. “La constitución de disciplinas específicas que cuyo objetivo sea la anticipación pensada por la reflexión sistemática de un entendimiento determinativo, de lo por venir en el orden de las relaciones sociales es (...) un hecho reciente en nuestra historia” (Savransky 1999:17). A estas disciplinas, que buscan anticipar el sentido de la práctica, Savransky las denomina “disciplinas proyectuales” (1999:2). La intención de señalar constantemente las situaciones que los alumnos van a experimentar en el ejercicio de la profesión médica y la justificación reiterada de su enfoque a partir de lo que le pasa a los estudiantes en la residencia, conduce a pensar que los docentes de la materia Ciencias Humanas conciben a las humanidades médicas con este carácter de “proyectualidad” que permitiría, a partir de sistematizar en el programa de la materia una serie de temas y contenidos, anticiparse a lo que sucederá en la práctica médica futura de esos estudiantes. Este carácter de proyectualidad trae consigo el

problema de la traducción que implica, en este caso, qué hacer para traspasar el conocimiento que se configura en la práctica del ejercicio de la profesión médica a una bibliografía concreta que transmita y permita evaluar desde el aula lo que pasará en la práctica profesional. Esta dificultad concreta lleva a plantear el aprendizaje de las humanidades médicas en términos de ‘proceso’ en el que se ponen en juego disposiciones personales e intereses particulares ya que no “hay acto de pensar posible que pueda, de modo directo e inmediato determinar la práctica que realiza un cuerpo” (Savransky 1999:14).

Se ha dicho en el capítulo anterior que algunas de las dificultades que se generaban al interior de las Humanidades Médicas giraban en torno a cómo establecer caminos adecuados para desarrollar *actitudes humanistas* y cuáles debían ser los contenidos mínimos que un estudiante de medicina tenía que adquirir. “Existe, cada vez más, la convicción social de que los médicos hemos perdido el talante humanista que tradicionalmente nos caracterizaba. Por esta razón, resulta perentorio potenciar esta actitud, supuestamente intrínseca a la medicina, en estudiantes y profesionales. Sin embargo, debido a la dificultad para definir el concepto de humanismo o para consensuar qué actitudes éticas mínimas debiera poseer un médico en el ejercicio de su profesión, no se han podido desarrollar métodos docentes, de aceptada efectividad, para el desarrollo de las actitudes humanistas” (García Campayo, 1998: 23). Las palabras del autor llevan a pensar que esta problemática es un fenómeno que no alcanza exclusivamente a la materia Ciencias Humanas del Instituto Universitario del Hospital Italiano, sino que es una cuestión que va mucho más allá y que prácticamente toca a las humanidades médicas en general. Esa problemática, como puede observarse, se expresa incluso en el lenguaje donde lo ‘humanístico’ aparece como una categoría difícil de definir que oscila entre una ‘actitud’, un ‘saber’, o un objeto de interés para un conjunto de disciplinas diversas, que se relacionan con la medicina, pero en formas tan variadas que no alcanzan para establecer un consenso en cuanto a los contenidos a transmitir y a la forma de impartirlos en los ámbitos de aprendizajes de la medicina. Al hablar acerca de los modos de evaluación, de la definición de los contenidos y de las metodologías pedagógicas utilizadas, aparecen en los docentes y en los alumnos ciertas dificultades que trataremos de reflejar.

En relación a los contenidos de las materias, los docentes coinciden en manifestar que la selección de los mismos como material obligatorio para los alumnos, es el resultado de una discusión entre los distintos integrantes de la cátedra, en las que proponen los contenidos para cada *eje* y los materiales bibliográficos para abordarlos. Destacando también, que, al interior de cada eje, los docentes a cargo, disponen de cierta libertad para poder efectuar los cambios que consideren pertinentes, tanto en lo que respecta a la bibliografía como a los contenidos que consideren que el alumno debe incorporar en su formación de grado. La principal dificultad que manifiestan se relaciona con el hecho de que en las materias correspondientes a las Humanidades Médicas, no resulta sencillo elegir entre un texto y otro. La razón que aduce Gustavo apunta a aclarar esta cuestión:

“Cada abordaje tiene una serie de textos mínimos recomendados, y a partir de ahí discutimos, vemos si hay textos en común, que a veces ocurre, hay textos de historia cultural donde se mezcla un poco la historia con la antropología, etc. y llegamos a un acuerdo y vemos después la manera de hacérselos llegar porque en la medida en que no utilizamos un único texto como puede ser el caso de anatomía que hay texto recomendado, o uno, o dos, o tres, pero que son compatibles entre sí, es un desafío también recomendar toda la bibliografía que probablemente proviene de distintas revistas, de distintos libros, etc., ponerlos en un compilado común para que sea accesible para ellos.”

En tal sentido, el modo de evaluación para determinar si el alumno adquirió los conocimientos de la materia en cuestión, es señalado también como un punto conflictivo:

Mariana dice al respecto:

“Ese es nuestro punto más flojo. Se evalúa cada eje de diversas maneras. Nuestro punto más flojo digo porque no dimos con una metodología que demuestre ser la más adecuada. Igual están en la misma en otras materias también.”

Ana agrega:

“La evaluación mía con nota es el examen final y después es un proceso de trabajo que se va dando (...) yo no hago revisión bibliográfica. Pero sí voy siguiendo el proceso en la clase, son clases participativas y después en el examen final de acuerdo a la pertinencia conceptual que demuestra la persona (...) Pero bueno, después de todo un proceso y cada uno tiene sus tiempos”.

Gustavo expresa:

“A algunos les va, desde mi punto de vista, muy bien y otros aprueban, aprueban, aprueban y van pasando año tras año y se reciben y ya (...). Hay personas que empiezan sin entusiasmo y terminan sin entusiasmo y no demuestran haber adquirido demasiadas habilidades aunque pasen los exámenes. El examen no puede demostrar lo que sucede en la realidad sino que es una aproximación y está claro que uno puede aprobarla sin que después en la realidad trabaje teniendo en cuenta todos esos contenidos.”

Miradas en conjunto, estas reflexiones muestran que, para los docentes entrevistados durante el trabajo de campo, las habilidades y competencias adquiridas en el curso de las materias correspondientes a Ciencias Humanas, no se agotan en la instancia del *examen*. Esto se pone en evidencia en el hecho de que, aunque sea un requisito para la aprobación de estas asignaturas, los docentes acuerdan en que el examen no termina siendo un modo de evaluación que permita dar cuenta de la realidad, es decir, de lo que sucede o sucederá con esos conocimientos en la práctica profesional. Resulta llamativo que los tres docentes entrevistados coinciden en mencionar que se les han acercado algunos de sus antiguos alumnos –ahora haciendo sus residencias- para agradecerles su labor, para hacerles saber que les han resultado de utilidad los conceptos que adquirieron en la materia Ciencias Humanas y para hacerles saber en qué sentido ellos perciben qué los hace diferentes a los egresados de otras facultades.

Esta inseguridad que manifiestan los docentes de la materia Ciencias Humanas puede ser entendida a partir de considerar que “para que el contenido de un pensar pueda hacerse presente en la práctica (...) el cuerpo debe hacer suyo de alguna manera ese contenido. No hay práctica posible que incluya los contenidos del pensar si el cuerpo no se apropia de ellos convirtiéndolos en disponibilidad propia” (Savransky, 1999:41). En función de esa afirmación, la incertidumbre expresada por estos docentes en relación con los contenidos que enseñan a lo largo de los cuatro ejes que componen la materia puede ser entendida en función de que el espacio asignado a la misma parece ser la única instancia para poder asentar esos conocimientos. No sólo como conceptos teóricos que se aprenden para aprobar las instancias de examen, sino también, como una posibilidad proyectada, de que los estudiantes incorporen estos conocimientos como parte constitutiva del ejercicio

profesional de la medicina. Una vez que los alumnos dejan de cursar en el Instituto, al no tener contacto con ellos, los docentes pierden la posibilidad de saber qué sucede efectivamente con los conocimientos que ellos han buscado incorporar en los estudiantes. A eso puede deberse la recurrencia a comentar las experiencias que les transmiten los residentes egresados del Instituto, como una forma de seguimiento de los resultados alcanzados. Podría pensarse que esa situación los ubica en cierta desventaja en comparación con los docentes de las otras materias que componen la carrera. Estos otros docentes pueden esperar, en cierto sentido, que los contenidos que ellos transmiten, además de ser aprendidos para la instancia de examen, tengan la posibilidad de ser incorporados o reforzados en otros contextos, como puede ser el IAR o la residencia. Una evidencia de esto puede rastrearse en una libreta otorgada a los alumnos que cursan el IAR llamada “*Internado rotatorio, diario de viaje*” que indica los objetivos que se esperan que cumplan los alumnos en su paso por cada especialidad médica. Se observa que hay una correspondencia concreta entre lo se pretende que observen en los pacientes y los conceptos teóricos aprendidos en las diferentes materias. Por ejemplo, en la instancia de *Clínica Médica* se indica en dicha libreta que los alumnos deben ver pacientes con “*falla respiratoria, asma y neumonía*” los cuales son temas en los que fueron evaluados en la instancia de cursada. Se ha revisado la bibliografía y puede encontrarse en el manual de *Clínica y Cirugía* esta temática: *asma y neumonía* (Harrison, 2006: 1666 y 1688, respectivamente). Lo mismo sucede con la materia *Neurología*. Se observa en este “*diario de viaje*” que los alumnos deben participar de un “*comité de tumores*”. Hemos dicho ya, que una de las clases presenciadas consistió en el tema “*tumores*”. También se ha relevado que es parte del contenido evaluable de la materia. En la bibliografía se encuentra como: “*tumores primarios y metastásicos del sistema nervioso*” (Harrison, 2006:2699)

Esas instancias, como el IAR o la residencia, parecen ser vistas con cierto recelo por los docentes de Ciencias Humanas, al ser percibidas como un contexto que puede ‘atentar’ con el trabajo que ellos han realizado a lo largo de los años de cursada. Mariana comenta: “*Después hay un cierto contagio con lo que se llama el curriculum oculto que es cuando entran en contacto con la vida hospitalaria se contagian con cosas que a nosotros no nos gusta que suceda, no sé, no nos gustan, pero bue., existe lo que se llama el curriculum*

oculto⁴⁴ que son todas las enseñanzas por imitación que existen en cualquier carrera, especialmente en medicina”.

Esa dificultad para evaluar los contenidos de los ejes de la materia Ciencias Humanas es reconocida por los docentes pero fundamentalmente cuestionada por los alumnos. Lo cual refuerza la idea que se esbozaba anteriormente en relación con el tipo de conocimientos que imparten las materias ligadas al área de Humanidades Médicas, esto es, un saber de orden práctico y de reflexión difícilmente objetivable y cuantificable en los mismos términos que el conocimiento de las materias ‘biomédicas’. Daniel cuenta en referencia a este tema:

“En segundo año, si mal no recuerdo, cuando todavía no tomaban examen final sino que promediaban las notas de los parciales o monografías realizados durante el año, hubo un grupo de alumnos que por no presentarse a esos exámenes quedaron en condición de libres. Mientras que los que habíamos aprobado las evaluaciones en forma regular obtuvimos notas entre los 6 y 9 puntos. Los que habían quedado libres rindieron un examen oral final en un contexto bastante informal y relajado, en grupo, con la docente en el patio de la facultad, recibiendo todos una nota de diez. Esto generó una clara indignación en algunos de los que habían cumplido con la regularidad de la materia, y ahí se escuchaban comentarios como “claro, acá te conviene hacer todo mal durante el año así al final te queda un diez”.

En relación a los modos de evaluación Pedro comenta:

“Yo a Ciencias Humanas le cambiaría como lo dan. En caso de antropología ser menos rígidos, que nos permitan aprender. Que nos propongan otro tipo de trabajos. (...) Los docentes no saben cómo dar una clase. Hay modos y modos de dar una clase. Está bueno que se escuche a los alumnos, a lo que nosotros podemos traer (...) Yo no comparto los modos de evaluación. Creo que hay otras maneras de evaluarlos, no con trabajos tan extensos”

Pilar agrega:

“Si te organizás, nadie te va a.... Ahora, yo he hecho trabajos que por ahí les dediqué menos tiempo, que los hice el día antes y no desaprobé ninguno. Y si me ponía y lo

⁴⁴ Con este término la docente se refiere a aquellas enseñanzas o formas de referirse a los pacientes que tienen lugar en el ámbito del hospital. Un ejemplo de esto sería el uso de la expresión “cáncer de estómago de la cama 25” para identificar y nombrar a un paciente internado y diagnosticado con esa enfermedad.

hacía con todo el amor del mundo, porque me había gustado el tema o porque debía hacerlo, siempre me ha ido bien igual.”

En ese mismo sentido Daniel dice:

“Yo creo que el modo en que están dados los conceptos no es el más adecuado para lograr lo que pienso que intentan lograr en los estudiantes de medicina. Pienso que se pueden hacer mejoras. No sólo organizativas sino también pedagógicas para lograr una mejor llegada de todo esto. (...)A veces la forma de evaluación de la materia termina cayendo en algo un poco mediocre porque el mínimo exigido para aprobar es muy bajo. Lo que a veces me hace pensar que es lo mismo que me rompa la cabeza pensando las problemáticas que me intentan plantear o que me pasen por el costado y las resuelva así nomás”

Estas situaciones muestran un conjunto de contradicciones que se agregan a otra serie de dificultades extras para el dictado de las materias correspondientes a las humanidades. El hecho de que, como se ha venido diciendo, los docentes impartan los contenidos de las humanidades médicas tomando en cuenta problemáticas que de algún modo anticipan experiencias vinculadas con la práctica médica, lleva a que los mismos se encuentren con dificultades a la hora de definir modos efectivos de evaluación, lo que se traduce en las dificultades expresadas por los alumnos respecto del grado de compromiso efectivo de cara a la realización de los ejercicios y trabajos que se les exigen para la aprobación de la materia.

Las palabras de los estudiantes reflejan también una cierta incertidumbre sobre cómo interpretar ese compromiso. La aparente baja exigencia por parte de los docentes de Ciencias Humanas lleva a que los alumnos se sientan exactamente igual de motivados por poner su mayor esfuerzo en realizar los trabajos propuestos o por hacer el mínimo esfuerzo indispensable. Sus experiencias los llevan a evidenciar que van a aprobar la evaluación independientemente de lo que hagan. Esto trae como consecuencia que un mayor involucramiento con las actividades propuestas por los docentes pase más por una cuestión de intereses personales que por lo que se puede entender como una ‘exigencia académica’.

Ahora bien, como el saber de las Humanidades Médicas se encuentra muy ligado a la práctica del ejercicio de la profesión, conduce a que los docentes reconozcan que, pese a

que los alumnos estudien los temas para una instancia de evaluación, eso no implica que vayan a trabajar como médicos haciendo uso de esos enfoques.

La *baja exigencia* que los alumnos perciben, no parece ser una falencia sino una intención deliberada de acuerdo con los objetivos planteados por los docentes. No importa tanto la ‘precisión conceptual’ sino lo que los alumnos puedan llegar a hacer con tales conceptos. La atención parece estar puesta en el proceso y no en el resultado. Si logran presentar una producción escrita, independientemente de su profundidad o precisión, es una muestra de que pudieron reflexionar sobre lo planteado. Los ‘conceptos humanísticos’ aparecen entonces como un conjunto de herramientas para ser implementadas de cara al futuro. No se ponen en juego en un parcial, ni en un final. Se ponen en juego en otro terreno que es el de la práctica médica. Esta intencionalidad desplazada al futuro profesional se relaciona con el carácter de proyectualidad, al que se hizo referencia anteriormente, con el cual los docentes parecen pensar la materia y que implica que en ese proceso “los conocimientos y saberes sedimentan, permanecen latentes y se mantienen disponibles para que nuevos actos los ejerzan de nuevas maneras” (Savransky, 1999: 39). Se provee a los alumnos de estas herramientas con la expectativa de que puedan recuperarlas en otro momento. Ese momento, como hemos visto en el trabajo de Octavio Bonet (1999), es el de la residencia, instancia en la que se enfrentan al paciente y que pone de manifiesto la tensión estructurante. Allí donde el saber biomédico no alcanza y se necesita recuperar aquello que la biomedicina ha dejado de lado.

Las palabras de los docentes parecen reforzar esta idea. Mariana dice:

“Los médicos que se recibieron acá y que siguen en contacto conmigo me dicen que les sirve muchísimo todo esto en su relación con los pacientes y que ellos notan, digamos, habilidades diferentes a las que tienen otros residentes recibidos en otras facultades. Y eso la verdad que a mí... me da fuerza para seguir trabajando.”

Ana comenta:

“La verdad es que yo pienso que son procesos madurativos. Que en el momento pensaste que lo entendiste y después te quedás en stand by. Después te das cuenta la utilidad que tenía o no la utilidad, pero el valor que tenía esa materia, esa clase, esa forma de estudio o de entrenamiento. Los resultados son difícilmente evaluables en términos tangibles (...) Entonces cuando realmente están en la residencia entonces ahí sí: ahh...”

claro, la persona. Como me decían la otra vez un grupo de residentes, cuando nosotros salimos, en la facultad no hay problemas, están todas las soluciones en el manual, entonces uno se aprende eso. La gente está llena de problemas decía el residente. Pero bueno, con eso se encuentran en la residencia. El periodo de la residencia es un periodo muy crítico también porque están ahí, en contacto con pacientes que están atravesados por lo social. Ya el manual no les sirve, no les alcanza. Ahí es cuando hay una valoración positiva de todo el contenido de esto que ahora es marginal. La limitación de nuestro enfoque es la práctica real.”

Si bien el objetivo de este capítulo no está centrado en analizar la totalidad de las materias que componen la carrera de medicina que se dicta en el Instituto Universitario del Hospital Italiano, sino en relevar cómo se manifiesta la tensión estructurante que analiza Bonet (1999) en la instancia de formación de grado, antes de finalizar el capítulo, se considera de interés plantear algunas cuestiones que han surgido a lo largo del trabajo de campo, que en cierto, sentido dificultan la resolución o la posibilidad de mejora de algunos de los aspectos que se han venido describiendo hasta aquí.

Una de ellas tiene que ver con la poca comunicación que existe entre los docentes de una misma cátedra o entre las distintas materias. Esto se evidencia a partir de la pluralidad de docentes que forman parte de una cátedra. El ejemplo más citado es el de Clínica y Cirugía en el que, tanto los alumnos como los docentes, detectan como un problema ya que coinciden en remarcar que muchas veces les ha pasado que llegue a impartir la clase un docente que no está al tanto de lo que dio algún otro docente y repite el contenido o pide ayuda a los alumnos para que le indiquen en qué punto del programa están.

Otro aspecto que ha surgido, tiene que ver con una dificultad para lograr una integración inter-cátedras. Resulta llamativo, por ejemplo, cómo dentro de las clases de Clínica que fueron relevadas en el trabajo de campo, los docentes a cargo presentaban dos modos distintos de abordar la medicina. Uno más cercano a lo biomédico y otro más cercano al enfoque de las humanidades médicas. Ya se mencionó anteriormente que en una de las clases de Clínica el docente se abocó al tema de los tumores cerebrales y su tratamiento quirúrgico y que la dinámica de la clase fue sumamente expositiva en la cual no hubo lugar para introducir alguna experiencia o inquietud que les permitiese a los alumnos profundizar en torno de cómo aparece dicha patología en los pacientes. En otro tipo de

modalidad, la docente que dio otra clase de Clínica, correspondiente a la especialidad de oftalmología, buscaba relacionar los conceptos y nombres clínicos, con los modos en que los pacientes llaman a esos mismos conceptos. También advertía a los alumnos sobre ciertas preocupaciones que puedan llegar a tener los pacientes ante determinados tratamientos. Estos dos modos distintos de enseñar, que tienen implícitos dos modos distintos de entender la medicina, ponen en evidencia esta falta de comunicación entre los dos docentes la cual refuerza la tensión existente al interior de la institución que no logra conciliar las diferencias entre los enfoques.

Por otro lado, al preguntarle a Ana, docente de antropología, si tenía algún contacto con los docentes de las otras materias, comentaba:

“Yo cero. No, yo nada. Nada... porque no. (Risas) Solamente me relaciono con la cátedra. Después lo demás: desconocimiento total. No tengo idea. Tenemos interacción entre nosotros, pero con las otras materias ni idea.”

Esta cuestión de la integración entre los contenidos que se trabajan en las distintas materias está muy relacionado, según cuentan los docentes, con un aspecto que va más allá de lo que puedan manejar las cátedras y tiene que ver con la ausencia de *espacios pagos* para las reuniones docentes entre cátedras y al interior de una misma cátedra. Mariana dice al respecto:

“Los encuentros con los docentes de otras cátedras son menos frecuentes por una cuestión de tiempo y de dinero.”

Por su parte Gustavo menciona:

“Es absolutamente difícil encontrar espacios protegidos para que los docentes puedan reunirse, para que nosotros podamos reunirnos con todos los docentes de pediatría por ej., esto es una dificultad grande y esta un poquitito mejor resuelta con los docentes de la cátedra misma. Conseguir espacios protegidos significa básicamente espacio fuera del aula pagos para que los profesores asistan a las reuniones, podamos conversar, contarnos que hace cada uno de nosotros y obviamente sería muy interesante contar con la posibilidad que los docente estén presentes en las clases de los otros docentes no solamente reunidos por fuera del aula, todo esto es difícil de lograr los docentes tienen su trabajo por fuera del aula, del la universidad, y esto tiene que ver obviamente con el tema de la dedicación mucho mayor que podrían tener los docentes.(...)Esto tiene que ver con

cuestiones políticas que se toman en otros niveles, pero bueno, que repercuten sobre la cátedra y que dificultan muchas veces la integración que no es quizás tanto como uno desearía pero siempre estamos tratando de trabajar en eso”

Esto nos alerta sobre otro aspecto, que si bien no se encuentra directamente relacionado con lo que se ha venido analizando, puede decirse que sí influye sobre la formación de los estudiantes. Que no haya un tratamiento unificado de ciertos temas o perspectivas coadyuva para generar una dificultad adicional, a las ya existentes, con la que puedan encontrarse los alumnos al momento de integrar un enfoque más cercano a lo biomédico con otro más cercano a la propuesta de las humanidades médicas.

Las contradicciones que se presentan entre una cátedra y otra, e incluso dentro de una misma cátedra como se ha visto en el caso de Clínica y Cirugía, sobre los modos de enseñar los aspectos vinculados con la enfermedad o de referirse a los pacientes que las padecen, contribuyen a introducir más discordancias que evidencian la ‘tensión’ entre los contenidos biomédicos y los que se imparten en las humanidades médicas.

Hemos examinado hasta aquí cómo la tensión estructurante descrita por Octavio Bonet (1999) se manifiesta en la instancia de formación de grado de los estudiantes de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano. Esta tensión estructurante se hace visible en ciertas prácticas, como es el caso de las rotaciones en distintos servicios del hospital y en el espacio más restringido de las clases, como una tensión entre las humanidades médicas y el saber biomédico.

Hemos dicho también que la tensión estructurante toma un carácter manifiesto, y por ello, pasible de movilizar ciertas reflexiones cuando los alumnos se enfrentan a ciertas contradicciones en el escenario de las prácticas.

En tanto dicho escenario es aún lejano para los estudiantes, el saber humanístico representa una latencia a la espera de ser recuperado en el orden de la práctica. Hasta entonces, ocupa un lugar marginal, o, al menos, sujeto a críticas por parte de los alumnos, en particular, lo que refiere a la evaluación de las competencias propias de esa materia en comparación con aquellas que imparten en las materias ‘biomédicas’.

Este lugar aún impreciso de las humanidades médicas en relación con la práctica profesional futura, está vinculado en gran medida con la legitimidad que detentan estas disciplinas que no son médicas. En el siguiente capítulo de esta tesina, se intentará reflexionar el modo en que aparece la tensión entre el saber biomédico y el ligado a las humanidades médicas, en función de la legitimidad de la que goza el primero, en el marco de la formación de grado de los estudiantes de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano.

Capítulo 3: La legitimidad del saber

Se ha mencionado en los capítulos anteriores que la biomedicina obtuvo su legitimidad a través de dos procesos. Uno de ellos estuvo relacionado con el proceso que tuvo lugar a principios del siglo XVII y que implicó el desarrollo de las Ciencias Naturales y la Física a partir de las obras de Galileo, Newton y el tratado de anatomía de Vesalio, entre otros. Estos desarrollos constituyeron la base científica que le permitió a la biomedicina demostrar empíricamente sus postulados. A partir de allí, fue posible la configuración de su legitimidad en lo que respecta al saber científico sobre el cuerpo y al proceso salud-enfermedad-atención.

El otro proceso tuvo que ver, como ya se estableció, con la organización formal de la formación de los médicos en el ámbito universitario. El Estado intervino en dicho proceso decretando que sólo podían ejercer el derecho de curación aquellos que hubieran obtenido el título de médico o doctor en las universidades según los requerimientos de la época. Este hecho les dio la posibilidad a los médicos universitarios de obtener el monopolio del manejo de su profesión.

Por otro lado, vimos con Bonet (1999) que la “tensión estructurante”, que se analizó en el capítulo anterior, puede ser entendida en el marco de los términos de la dualidad que caracteriza la biomedicina. Por un lado, su apuesta a lo científico racional y, por el otro, el lugar relegado en el cual han sido puestos otros aspectos del proceso salud-enfermedad-atención vinculados con las dimensionales emocionales, psicológicas y sociales de la persona.

El análisis del proceso de formación de los estudiantes de medicina del Hospital Italiano, nos ha revelado que ciertos rasgos estructurales de la medicina presentan cierta continuidad con las condiciones que habrían permitido erigirla como el saber hegemónico del proceso salud-enfermedad-atención y a la formación médica, como instancia de reproducción de dicha legitimidad.

Pero, asimismo, se entiende que esta continuidad no implica la ausencia de tensiones y transformaciones una vez que se ponen en juego complejas relaciones con otras formas de producción y validación del conocimiento, como es el caso de la incorporación de la materia Ciencias Humanas, como parte de la formación médica.

Se ha dicho también que las humanidades médicas aparecen como un conjunto de disciplinas diversas que han tomado como objeto de estudio aquellas dimensiones de la persona dejadas de lado históricamente por la biomedicina. Así, la psicología médica, la antropología médica, entre otras, buscan profundizar aspectos de la práctica médica a partir de incluir en su consideración variables socioculturales inherentes al contexto en particular en el que se inserta el sujeto, tanto como persona -individuo definido socialmente-, como en su pertenencia a colectivos sociales determinados.

Si, como ya se ha mencionado, se piensa en el ‘título de médico’ -otorgado por las facultades a quienes completaron el plan de estudios, en los términos de un capital simbólico⁴⁵ garantizado socialmente e institucionalizado (Bourdieu, 1990), puede considerarse a los alumnos de las carreras de medicina como agentes sociales que se encuentran en el proceso de adquisición de dicho capital simbólico. La formación universitaria es la garantía y el medio socialmente reconocido de su participación en el campo, en tanto profesionales de la medicina, así como la instancia de configuración e incorporación del hábitus médico⁴⁶. Ahora bien, para la adquisición y el reconocimiento de ese capital simbólico, los alumnos en tanto agentes, deben acreditar haber adquirido dichos saberes considerados legítimos al interior de dicho campo, porque son los que habilitan el ejercicio de la medicina.

Interesa rastrear aquí, qué representaciones sociales tienen los alumnos sobre el campo de la medicina y cómo son percibidos los saberes que forman parte de su plan de estudios en relación a lo que ellos consideran que es ‘válido’ para el ejercicio profesional. En otras palabras, se busca relevar qué legitimidad le otorgan a cada tipo de saber y qué lugar le asignan a las humanidades médicas, en tanto conjunto de disciplinas y saberes que no tienen, como se ha visto, el mismo estatuto de legitimidad dentro del campo de la medicina. A tales fines, este capítulo se centrará en el análisis de los componentes verbales y no verbales de las prácticas de los estudiantes y docentes, en el marco de las clases

⁴⁵ Bourdieu (1990) señala que “las propiedades actuantes retenidas como principios de construcción del espacio social son las diferentes especies de poder o de capital vigentes en los diferentes campos” (1990, 282). Las especies de capital varían. Principalmente, se puede hablar de capital económico, cultural y social y simbólico.

⁴⁶ Se ha acordado al principio de este trabajo que al momento de hablar de hábitus médico, nos referimos a la noción de hábitus de grupo propuesto por Bourdieu (1991)

correspondientes al quinto año de la carrera de medicina, en particular, de los ejes que componen *Ciencias Humanas V* y dos clases de *Clínica y Cirugía II*.

El primer contacto con los estudiantes fue en el contexto de la espera para el ingreso a una de las clases de *Ciencias Humanas V*, correspondiente al eje de *Antropología Médica*. Los alumnos se encontraban en el tiempo de recreo interactuando en el patio de la facultad, lugar este al cual desembocan todas las aulas. Allí conversaban e intercambiaban opiniones sobre qué especialidad médica elegirían para desarrollar sus futuras residencias. Pilar, en relación a esto le dice a Daniel: “¿por qué no hacés una residencia sería primero, como clínica?” en respuesta a la mención de este alumno sobre su intención de hacer la residencia en *Epidemiología*.

Al interrogarme sobre el por qué de mi presencia allí, les respondo que voy a estar acompañándolos en algunas de las clases de Ciencias Humanas. Esto despertó una actitud que interpreté como ‘compasiva’ por parte de algunos alumnos. Julieta dice al respecto: “pobre, que aburrido. Tenés que venir a estas clases.” Bruno, dirigiéndose a mí, manifiesta: “a mí me vas a mirar dormir durante toda la clase”.

Al ingresar al aula donde tendría lugar la clase de Antropología Médica, algunas alumnas contabilizan las *faltas* que tienen en el *registro de asistencia* y comentan que *tienen que quedarse porque no les queda ninguna falta disponible*.⁴⁷ Los alumnos entran al aula y se distribuyen de la siguiente manera: primero se ubican en el fondo hasta ocupar todos los asientos, luego sucede lo mismo en el costado derecho del aula y, por último, el sector izquierdo. Casi todos los alumnos llegaron dentro del horario del comienzo formal de la clase, mientras que cinco de ellos, llegaron más tarde y dos a mitad de la clase.

Al ingresar a clase, Ana, la docente a cargo, comenta en voz alta: “*clase numerosa*” (en relación a la anterior en la cual sólo habían ido alrededor de cinco alumnos, según me refiere y aclara, uno de los alumnos). Bruno, al ver entrar a la docente, se dirige a ella con un saludo: “¿qué tal doctora?”.

El tema de la clase es: *El ser humano y el tiempo largo de su especie. Muerte social y envejecimiento. La vejez como una construcción social*.

De los aproximadamente cuarenta alumnos presentes, seis tienen a la vista un cuaderno para tomar nota. Los alumnos ubicados en el fondo del aula comen semillas de

⁴⁷ Los alumnos tienen disponibles cuatro faltas en total. Una por cada eje de la materia Ciencias Humanas.

girasol y las juntan en vasitos de plástico. El uso del celular es generalizado y va en aumento con el transcurso de la clase. Al comienzo, cinco alumnos tienen el teléfono móvil arriba del banco, y no parecen preocuparse por tratar de que la docente no los vea usándolos.

Hay un ambiente de dispersión generalizada, los alumnos hablan entre sí, en tono bastante alto. Se dan vuelta, hablan con compañeros que espacialmente están distantes, se piden apuntes, circula plata para pagarle los apuntes a quien los fue a comprar para otros. Algunos se acomodan para leer un material correspondiente a *neuro* (como llaman ellos a la materia Neurología) que será la próxima materia a evaluar dentro de *Clínica*. Todas estas acciones se llevan a cabo mientras la docente presenta el tema y sin intento de ocultar que se está haciendo otra actividad que no se vincula con la clase propiamente dicha o que no están prestando atención a la misma. La docente continúa con el dictado de la clase y se dirige al público que manifiestamente presta atención, no intenta poner orden, no muestra señal de fastidio ante la situación. Tiene un tono de voz suave, se muestra amigable con los alumnos. Asimismo, hace referencia a los temas de la clase anterior pidiéndoles a los alumnos que estuvieron presentes que colaboren.

Ana remite a los *textos de lectura* para la clase. Al parecer, la gran mayoría de los alumnos no los tenían y tampoco sabían con exactitud dónde podían adquirirlos. Algunos de ellos, sobre todos los sentados del lado derecho y adelante del aula, son los que habían leído algo o manifestaron la intención de conseguir los textos, aunque al parecer no estaban disponibles en la *fotocopiadora*.

La docente busca que la clase sea interactiva y propone una actividad grupal. Muestra a través del proyector diapositivas con imágenes de distintas personas ancianas. Julieta –al tiempo que leía ostensiblemente para otra materia –*neuro*–, comenta: “Uy, va a haber que prestar atención”. Se advierte que a algunos alumnos las imágenes les generan risas. A lo cual, Ana les dice que “*todo eso que les genera risa son percepciones y todo es material de análisis*”, asimismo les solicita que “*anoten lo que les llame la atención*”, aunque se observa que los alumnos no lo hacen.

A continuación, proceden a hacer una puesta en común de lo observado en las diapositivas. En general se observa buena predisposición a participar -a pesar de que hay dos alumnos que duermen en sus bancos-. La mayoría lo hace en tono fuerte y seguro.

Hablan y responden rápido, sin pensar demasiado lo que van a decir. Mantienen una actitud corporal relajada, como recostados en el banco. Surgen algunos debates entre ellos. Todos opinan acerca de las fotos que son proyectadas en el aparato, dicen qué piensan y qué vivencias personales les despiertan las mismas, mientras la docente intenta delinear ejes para pensar la *vejez* tomando en cuenta lo que dicen los alumnos. Aparecen, entre otros temas, la cuestión de *género*, la *juventud* y la *adolescencia* asociados con valores de nuestra sociedad. En el momento en que la docente hace estos ‘cierres’, los alumnos siguen hablando y debatiendo entre ellos, sin prestar demasiada atención a lo que dice Ana.

Al final de la clase, llega la docente del área de *psicología* y da las pautas de un trabajo que deberán entregar después de las vacaciones de invierno. Si bien prestan atención, ninguno toma nota de las indicaciones dadas por la docente sobre el tipo de trabajo que tienen que entregar.

La docente de antropología, al terminar la clase, da una pauta de lectura para la reunión siguiente. Algunos de los alumnos cercanos a donde me encontraba, comentaron: “*está loca, pretende que leamos cuando tenemos el parcial de neuro la semana siguiente*”.

Luego de la clase de *Antropología Médica*, sigue la clase de *Bioética* a cargo de un docente que es médico. Llega con puntualidad y los alumnos –que vienen del patio en el que tuvieron un pequeño recreo entre clases- van entrando cuando el docente ya está adentro del aula. Los comentarios que algunos de los estudiantes dirigen hacia mí, son: “... *¿y te aburraste mucho?*”. En general se muestran amables y solidarios con mi presencia. Al volver a la clase, todos mantienen los mismos asientos, pero se advierte que algunos que habían asistido a la clase anterior ya no estaban.

Al ingresar el docente, si lo comparamos con la dinámica de la clase anterior, se hacen notorias ciertas diferencias en la dinámica de ambas clases. Por ejemplo, se advierte que hay más orden que en la clase anterior, es decir, más silencio y mayor atención hacia la presencia del docente, aunque casi ningún alumno toma apuntes. Sin embargo, los estudiantes que en la clase anterior realizaban una lectura que no correspondía con la bibliografía del curso, lo continúan haciendo y, asimismo, se suman algunos más. También se observa un comportamiento similar en cuanto al uso del celular.

El tema de la clase es la lectura de un *fallo* de la provincia de Neuquén en el que un director de un hospital solicita a la justicia que se autorice a hospitalizar en terapia intensiva

a un niño pese a la negativa de sus padres. Comienzan con la lectura del *caso clínico*. Se menciona la *enfermedad* que padece el niño y el docente se dirige a los alumnos interrogándolos por los *síntomas de la enfermedad*. Hay poca participación. El docente pregunta a los alumnos en general, si buscaron una *escala de medición* que tenían como tarea para esa clase y se autocontesta en voz alta: “*seguramente no*”.

La dinámica de clase se mantiene a lo largo de la misma dentro de los mismos términos. El docente exhibe el texto del fallo a través de diapositivas y cada alumno siguiendo el orden en el que están ubicados, lee en voz alta –analizando frase por frase– el fallo completo. Se observa menos debate y menos participación aunque los alumnos mantienen en forma permanente la mirada al frente. El docente adopta un tono más serio y más distante que contrasta con el ambiente más relajado de la clase anterior, se perciben menos risas y chistes. Los alumnos dedican un tiempo a pensar las respuestas antes de contestar o analizar lo que leyeron. Se observa mayor distancia respecto del docente. Las intervenciones de los alumnos son ‘serias’ y, con intención manifiesta de decir lo correcto, las vierten en un tono de voz más bajo. Avanzada la clase hay más dispersión que al comienzo y charlas en pequeños grupos. Algunos comienzan a irse. En el transcurso del análisis en torno al fallo, surgen conceptos vistos en otros años como los *principios de la bioética*. Se hace evidente el intento del docente para que los alumnos puedan *traer al caso* esos conceptos anteriores y aplicarlos como herramientas de análisis. Al final, surge un debate con gran participación con respecto al concepto de *eutanasia*.

Con la intención de poder contrastar el comportamiento de los alumnos en el contexto de las clases de Ciencias Humanas y de las materias vinculadas a la formación biomédica, se describirá ahora lo observado en dos clases de las materias *Clínica* y *Cirugía II*.

La primera de ellas se desarrolla a partir de las ocho de la mañana de un día muy lluvioso. Hay poca asistencia. Algunos alumnos llegan sobre la hora y el docente lo hace con un retraso de aproximadamente una hora. Mientras se produce la espera, los alumnos hablan sobre las otras materias, cuentan anécdotas del final de *Clínica I* y hacen consultas sobre los próximos exámenes. Se quejan en forma manifiesta por la impuntualidad del docente que debe darles dicha clase.

Finalmente, llega el docente que es médico neurocirujano. La dinámica de la clase es más bien del tipo expositiva. Se pasan imágenes y anotaciones referidas a las diapositivas

mientras el aula está a oscuras. El tema de la clase son los *tumores cerebrales*. Los alumnos se ubican en los mismos lugares que en las clases anteriormente descritas. Esta vez, a diferencia de las otras clases, todos los alumnos toman nota. Hay atención y silencio generalizado. Mientras el docente expone, algunos alumnos hacen preguntas. Resulta muy notable y contrastante el hecho de que no hay uso del celular en clase ni conversación entre ellos. Las consultas las hacen los mismos alumnos que habían mostrado mayor participación en las clases anteriores. Se describen los distintos *tipos de tumor* y el *promedio de vida standard* en relación con cada tipo de tumor. “*Si tiene un glioblastoma el paciente te puede durar un año como máximo, con los demás hasta cinco años te pueden llegar a durar*” son las palabras del docente cuando habla del pronóstico de vida esperable con cada tumor. Se muestran los *estudios* a efectuar y cómo cada *tipo de imagen* o *forma de la lesión* que muestren esas imágenes, indicarían de qué *patología* podría llegar a tratarse. Todos anotan y algunos hacen ilustraciones del *caso*.

Avanzada la clase, en la cual se mantiene la conducta de atención y toma de apuntes anteriormente señalada, seis alumnos dejan de anotar para prestar atención a las imágenes. Una alumna usa el celular, de modo disimulado y por debajo del banco. Se escuchan de fondo algunos comentarios en voz baja.

Cuando se refieren al *cerebro* lo hacen apelando a los términos que remiten a *espacios y lugares*; el docente marca dónde deben poner la mirada los alumnos y estos se dirigen al docente con respeto, en tono bajo. Preguntan con intención de aclarar lo que este dijo. No obstante, surgen algunos chistes que provienen de los mismos alumnos que hablaban con tono jocoso en las otras clases observadas. Hay varios mates circulando en el aula.

En ningún momento de la clase se hace referencia a la persona o sujeto que tiene –padece– la enfermedad, sino que la temática de la clase se restringe solo al cerebro, a las formas típicas, los posibles tratamientos, los modos de operar o los procedimientos y motivos de consulta asociados con los tumores cerebrales.

A la semana siguiente a las clases antes descritas y después de terminar el *bloque de Neurología* (correspondiente a Clínica y Cirugía II), los alumnos asistieron a las clases del *bloque* correspondiente a *Oftalmología*, en el marco de dichas materias.

La mitad de los alumnos llegó a la clase dentro del horario, mientras que otros se incorporaron más tarde. Mantuvieron su ubicación en los mismos lugares que las clases anteriormente descritas. Todos toman apuntes y se observa un alto nivel de participación. La dinámica de clase es igual a las anteriores. La docente expone el tema recurriendo a un proyector. El tema de ese día es *ojo rojo*. Se hacen preguntas sobre los temas que va exponiendo la docente. Hay silencio y atención generalizada. No hay uso del celular y es casi nula la charla entre ellos. Se dirigen a la docente en tono respetuoso, bajo, con intención de saber más y ampliar la información que se les da.

La docente logra mantener a los estudiantes interesados. Su exposición es clara y mantiene un tono discursivo firme, seguro. Repregunta de modo constante y recibe respuestas de modo colectivo. Se la observa interesada en despejarles todas las dudas a los alumnos. En la exposición se advierte la intención de relacionar los temas de la enfermedad con los pacientes que adolecen de esa patología, esto es, refiriéndose a las consecuencias que pueden tener para estos pacientes, determinadas intervenciones quirúrgicas (por ejemplo una operación de cataratas) y cuáles son las formas de expresión no médicas con las que éstos comunican habitualmente sus dolencias. Resalta permanentemente qué es lo que debe alertarlos con respecto a cada síntoma de acuerdo a cómo puede ser verbalizado por el paciente. Se observa buen dominio de clase y en qué medida esto ha implicado una actitud de atención constante por parte de los alumnos. Esto puede ser observado en el hecho de que los alumnos manifiestan su interés por las imágenes y por los temas tal como son desarrollados por la docente. Cuando esta los hace participar, interrogándolos por temas dados en clases anteriores, responden al unísono e intentan completar la respuesta aportando datos entre todos los alumnos. Se observa retención y disposición a participar y, en el momento de dar respuestas de manera individual, se advierte que se toman tiempo antes de contestar, ya que adoptan un tono bajo, casi tímido, en sus intervenciones, que denota la intención de dar respuestas correctas.

Surgen algunas charlas con los compañeros de banco y chistes entre ellos- que en general provienen de los mismos alumnos que en otras clases- las cuales son rápidamente localizadas por la docente quien interpela rápidamente a los alumnos consultándoles si tienen alguna duda.

Se mantiene la atención, el silencio y la participación e interacción a lo largo de toda la clase. Al final de las dos primeras horas de una clase de cuatro horas, realizan un recreo. La docente, que llegó puntual, *pide lo mismo* a sus alumnos para que se reintegren también puntualmente después del recreo.

Se realizan tres actividades prácticas, de las cuales todos participan y, como se señaló, lo hacen interesados. Se crean pequeños grupos acordes a la ubicación en el aula. Todos prestan atención cuando la docente explica cómo se debe hacer correctamente la actividad. Hay poca dispersión pese a que la actividad los hace circular por el aula. La docente *pide seriedad* para realizar la ejercitación con los compañeros, simulando que son pacientes en una consulta.

Al finalizar la clase, algunos se toman fotos con los *vendajes* que tuvieron que colocarse entre ellos con el fin de ejercitar la colocación de *parches oculares*.

Una vez terminada la clase, acompañé a los alumnos a almorzar y allí observo y confirmé la impresión obtenida en cuanto a que comparten una opinión positiva de la clase dada por la docente. Todos coinciden en que fue una de las mejores clases de clínica que tuvieron. Valoran que todas las clases las haya dado la misma docente (en referencia a otras ocasiones en las que distintos docentes les imparten temas diferentes) y también valoran la dinámica de la clase. Indican que les resultó *de gran utilidad* las diapositivas por el modo en el que fueron presentadas y utilizadas, así como el hecho de que la docente hiciera un *cierre* con preguntas al final de cada tema ya que esto los *ayuda a retener la información importante*. Señalaron también como positivo que haya introducido un ejercicio de tipo práctico en la clase, no sólo por los contenidos, sino también porque les ayudó a *sobrellevar una clase de tantas horas*. Indicaron también que los ayudó a *valorar la especialidad*, ya que *a priori* no podría parecer muy interesante lo que *podía pasarle a un ojo*, pero el *modo* en que recibieron la clase los hizo *involucrarse más*.

Disputas en torno de la legitimidad del saber

Al asistir a las cuatro clases de Ciencias Humanas V, de las cuales aquí se han descrito las dos que se consideran más relevantes para el análisis, se ha observado en el contexto de la interacción con los docentes, que las clases y temas vistos en los distintos

ejes de la materia, son evaluados y valorados por los alumnos, atribuyéndoles distintos grados de legitimidad. Esta distinción puede ser comprendida y analizada en relación con algunas de las formas en que los alumnos se refieren y se representan, los aportes de estas materias en su formación.

Una de ellas tiene que ver con las áreas de trabajo que proponen los distintos ejes de Ciencias Humanas. Los ejes correspondientes a Bioética y a Psicología abordan problemáticas que son percibidas por parte de los alumnos como más ‘cercanas’ a la medicina. En Bioética, por ejemplo, cuestiones vinculadas con el *consentimiento informado*, las *directivas anticipadas* o bien, conceptos ligados al final de la vida como *eutanasia* o *retiro del soporte vital* aparecen en las expresiones de los alumnos, como temas con los que tendrán que enfrentarse cuando ejerzan la profesión. En Psicología, aparecen temáticas como la *psicoprofilaxis quirúrgica*, o la *comunicación de malas noticias* que, para los alumnos, integran el repertorio de lo que *un médico tiene que saber*. De modo que por reconocerles una vinculación con la práctica médica y al saber dominante en el campo de la medicina, estos ejes son percibidos por los estudiantes como –usando sus propias categorías- *importantes para la formación académica de un médico*. En términos conceptuales, se entiende que estas categorías por medio de las cuales los estudiantes entienden y se relacionan en el proceso de socialización médica, serán centrales a la hora de analizar cómo se manifiesta en la formación, la legitimidad de determinados saberes en detrimento de otros. En este sentido, y a partir de las áreas temáticas que integran los ejes Historia de la Medicina y Antropología, es donde los alumnos expresan sus cuestionamientos a la legitimidad de esos conocimientos y competencias para su práctica futura. Como se verá a continuación, las críticas de los alumnos se concentran principalmente en torno de algunas modalidades y enfoques propios de esas disciplinas del área social. Tal es el caso de la resistencia manifiesta de los alumnos a realizar *registros etnográficos* –una de las pautas de evaluación propuesta por la docente de antropología-, exigencia esta que será cuestionada en forma abierta porque no se advierte su *utilidad* –otra categoría usada por los actores- en la formación y en la práctica médicas.

Este reconocimiento diferencial de la pertinencia de algunos ejes de la materia Ciencias Humanas, es percibido y evaluado por los alumnos en dos sentidos. Por un lado, como se dijo, por su *utilidad* para la práctica médica, en dónde lo que se entiende como *útil*

en términos prácticos es percibido como legítimo como herramienta a incorporar en su educación. Por otro lado, por su pertinencia o adecuación en tanto saber dentro del campo de la medicina.

Estos distintos grados de legitimidad reconocidos por los alumnos se hacen manifiestos en los comportamientos verbales y no verbales –en el lenguaje corporal y en las distintas actitudes y acciones que llevan a cabo según la clase a la que asisten- los cuales nos ofrecen algunas pistas acerca de la forma en que sustancialmente los alumnos expresan su adhesión en términos de *interés* y de lo que entendemos corresponde a un comportamiento esperado en el contexto del aula, como por ejemplo, el contraste observado entre las clases de Antropología y Bioética descritas anteriormente.

Que el tono de voz utilizado para responder a las cuestiones planteadas en Bioética sea bajo, casi dubitativo, que se observe la intención de ser correctos en las respuestas, es un signo de que el alumno reconoce cierta distancia entre él y el docente. El saber sobre lo cual se habla está puesto en el docente y es quien está en condiciones de juzgar la veracidad de aquello que los alumnos pueden exponer en sus respuestas o en una intervención participativa. Por el contrario, el tono seguro, firme y la respuesta dicha casi al azar, sin dudar antes de esbozarla, característica de la clase de Antropología, generó la sensación de un saber compartido, de ‘sentido común’ y, al mismo tiempo, provocó algunas reacciones más personales de parte de los alumnos que la docente incluyó como parte del ejercicio y que para los mismos no parecía estar claro. Si bien la docente propone trabajar desde el lugar del ‘sentido común’, no se le reconoce desde lo actitudinal el lugar del saber. Que hablen y no se preste atención mientras ella busca delinear ejes teóricos parecería ser una evidencia en tal sentido.

Esto no puede ser explicado exclusivamente como una cualidad personal de la docente, sino que aporta algunas pistas para entender cómo aparecían en el registro, las referencias al grado de legitimidad otorgado por los alumnos, a un tipo de saber y a otro. El lenguaje no verbal del cuerpo subraya estas diferencias en la forma en que se vinculan con un tipo de saber u otro en términos de su legitimidad.

Este modo diferencial a partir del cual los alumnos perciben uno y otro tipo de saber no es casual, sino que tiene cierta referencia histórica. La relación entre los planteos que propone la Bioética, como disciplina que surge a partir de una reflexión filosófica del obrar

médico y la Medicina en tanto profesión de consulta, es una relación que puede rastrearse desde muy atrás en el tiempo a partir de considerar el Juramento Hipocrático, que tiene su origen en la medicina griega⁴⁸, y que puede considerarse el primer documento que estableció un código de conducta moral a partir del cual deberían obrar los médicos. Si bien se formaliza con el nombre de ‘Bioética’ recién en el año 1970 a partir de una serie de análisis sobre casos clínicos que realiza el médico Van Rensselaer Potter (1911-2001), el ejercicio de la medicina siempre ha estado muy vinculado al surgimiento de problemáticas de índoles éticas y morales. La aceptación de este hecho es tal, que puede encontrarse expresada en uno de los manuales de Medicina Interna o Clínica Médica de mayor reconocimiento dentro del campo médico, como es el caso de ‘*el Harrison*’, como lo denominan en el ámbito médico. Puede leerse en sus páginas “las responsabilidades de la medicina son tres: generar los conocimientos científicos y enseñarlos a otros; usar los conocimientos para la salud del individuo o de toda la comunidad, y juzgar la propiedad moral y ética de cada acto médico que afecta directamente a otro ser humano” (Harrison, 2006: 24). Una relación de este tipo no es asimilable para el caso de Antropología y, más puntualmente de la Antropología Médica, que, como se ha visto más detalladamente en el capítulo 1 del presente trabajo, tiene su objeto de estudio y su lugar en tanto disciplina en otro campo de conocimiento y apunta principalmente a comprender el proceso salud-enfermedad-atención a partir de su inserción en diferentes contextos históricos y socioculturales en los que se busca comparar y relativizar el lugar que actualmente ocupa la medicina occidental dominante.

Al parecer, los alumnos no logran o tienen cierta dificultad para poner en relación los contenidos de lectura que propone el eje de Antropología Médica y lo que, desde su percepción, se espera que sea la práctica médica. Esto va más allá de la relación que existe entre la disciplina y la medicina. Al respecto, dice Frankenberg: “Tanto la medicina como la rama de la antropología dedicada a su praxis, son disciplinas ubicadas en un *continuum* entre lo puramente práctico y lo totalmente teórico. La naturaleza de sus posiciones en dicho *continuum* y de sus relaciones entre sí, en y a través de las fronteras disciplinares, determinan las prácticas de las cuales derivan su epistemología. La división epistemológica se acentúa y refuerza cuando se la refiere a temas compartidos. Estos van desde su mirada

⁴⁸ Aproximadamente, refiere al contexto del siglo V a.C.

general hasta su estilo de publicación, pasando por sus métodos de investigación. Se crea así un contraste entre el interés médico en la enfermedad (*disease*) biológica episódica y el interés antropológico en el padecimiento (*illness*) culturalmente experimentado. Cada uno refiere a un contexto en el marco de patrones sociales de enfermedad (*sickness*), a los cuales estas disciplinas prestan, sin embargo, una atención diferenciada. Quienes ejercen la medicina buscan respuestas definitivas a las preguntas que se sienten capacitados para entender y que están obligados a resolver pragmáticamente a corto plazo. Quienes investigan en antropología, por su lado, apuntan a producir una problemática críticamente informada, construida a partir de preguntas clave aunque no siempre consensuadas” (Frankenberg, 2002, 12)

En relación a esta dificultad que genera en los alumnos algunos de los temas e instrumentos metodológicos propuestos para el eje de Antropología, se transcribe, a modo de ilustración, el comentario de Mariana:

“Hay veces que hay más interacción, hay veces que menos, sobre todo en la clase de Antropología les cuesta confiar en la utilidad o qué herramientas o qué ventajas les aporta tener conocimiento de herramientas antropológicas.”

Gustavo agrega: *“Hay cosas que son útiles de manera manifiesta y otras cosas que tienen que ver con un posicionamiento más general de uno y con las disposiciones personales de uno a la hora de actuar o de pensar un problema como puede ser en el caso de la historia o el caso de la antropología, me parece, mi opinión modesta. Al respecto de bioética y de psicología hay cuestiones que son mucho más evidentes y manifiestas dentro del consultorio.”*

Las palabras de los docentes evidencian que ellos reconocen y son conscientes del distinto tipo de valoración que hacen los alumnos de cada uno de los ejes que componen la materia, aunque esto no parece generar una competencia por parte de los docentes, por ser objetos de un reconocimiento diferencial en función del eje que dicte cada uno. En términos generales, puede decirse que reconocen los distintos aportes de cada eje y ninguno de los docentes entrevistados manifestó en algún momento sentir que realiza una labor más importante que otro docente o que su disciplina o eje de trabajo aporte algún conocimiento extra por sobre las otras.

Las manifestaciones verbales de los docentes con respecto a lo que perciben los alumnos van en sintonía con las distinciones realizadas por los últimos al referirse a los contenidos de los ejes de Ciencias Humanas. En tal sentido, para ellos, el eje Bioética es fundamental porque abordan temas que *indefectiblemente un médico tiene que saber*. La postura en torno al eje Psicología suele ser similar ya que le reconocen su potencial en relación a la práctica médica. En ambos ejes, ese reconocimiento, esa legitimidad que le otorgan, como se dijo, está dado en torno a la *utilidad* en términos prácticos y la pertinencia de ese saber para el desempeño profesional al interior del campo médico. *Antropología*, tal como reconocen los docentes y como se hace manifiesto en la práctica dentro del aula, suele ser la más cuestionada. Los temas que trabajan son percibidos como ‘inadecuados’ por parte de los alumnos. Al respecto, Bruno comenta:

“Nosotros en segundo año leímos un libro que nadie entendió para qué lo vimos. Venimos viendo seis años de antropología, en los que en algunos vimos cosas importantes, por ejemplo como hacer una consulta desde una perspectiva antropológica. Ahora, tener dos años de eso no sé si es necesario. O, por ejemplo, conceptos de bioética como el de terminalidad, muerte cerebral, cuándo hacer algo, cuándo no. Eso es importantísimo. Un médico los tiene que manejar.”

Julieta comenta:

“En psicología es un poco más vinculado y en bioética también. En bioética este año vimos cosas que son interesantes y que está bueno saberlas. Te enseñan a como comunicar malas noticias, a cuando desconectar un paciente que tiene muerte cerebral, cuando no. Son cosas que vos no las vas a ver en ninguna materia. Esas son decisiones que toma un médico y lo tenés que saber. Bioética y psicología sí, antropología e historia nada que ver.”

Sus palabras muestran que los temas tratados son un parámetro para determinar el grado de legitimidad de un eje en comparación con los otros al interior de Ciencias Humanas y que dicha legitimidad está asentada en los términos de su ‘utilidad práctica’. Por otro lado, se observa una diferenciación al interior del eje Antropología. Donde el saber de índole ‘académico’ propio de la disciplina⁴⁹ es cuestionado por ser considerado

⁴⁹ Con este término se hace referencia a la producción de conocimiento a través de trabajos etnográficos, artículos, teorías y conceptos antropológicos, etc.

inadecuado para los estudiantes de medicina, aunque consideran legítimo, en términos de *utilidad*, el aporte del *enfoque antropológico* para la práctica médica. Cabe señalar que el enfoque antropológico aparece mencionado positivamente en términos generales, pero negativamente cuando adopta una modalidad concreta, esto es, en un tipo de herramienta metodológica, o en un tipo de texto, como el etnográfico, propio de esa disciplina.

Parece existir entonces una dificultad para poder discernir durante la cursada, la vinculación entre el conocimiento antropológico –plasmado en tipos de textos como los textos etnográficos- y el conocimiento médico propiamente dicho. En ese mismo sentido, Julieta agrega:

“Ciencias Humanas fue terrible. Muy repetitivo, cosas que no tenían nada que ver con nosotros, con la carrera. Era darnos antropología cuando no nos interesa y que no se correlaciona. Si vos me decís que se relaciona, bueno, yo lo acepto y lo estudio. Pero hay cosas que no tenían nada que ver. Me acuerdo de un texto que tuvimos que leer en portugués, que entendí la mitad, que hablaba de cómo se amamanta en las fabelas de Brasil y del significado que tiene la leche en polvo. No era interesante, no tenía nada que ver. Lo mismo que las religiones africanas o de Brasil. Es interesante si yo lo quiero leer en mi casa, sola. No para venir a una clase. Prefiero irme a estudiar. (...) Son conceptos que nosotros no vemos todos los días. Los antropológicos por ejemplo. Yo no tengo ni idea, no entiendo nada. Hay que leer textos que por lo general son largos, que yo no entiendo. Hablan raro los antropólogos. Hablan distinto, es como que para decir algo se enroscan y yo me pierdo. No los entiendo. Igual vienen, los explican. Que yo no preste atención es culpa mía.”

Estas expresiones se dirigen claramente a cuestionar cómo se imparten los contenidos en el eje de Antropología. Se ha dicho ya que la biomedicina representa la visión de mundo legítima del campo médico y, por ende, esto implica que es aceptada y naturalizada por aquellos que participan o deciden participar del campo. La representación que los alumnos tienen de cuáles son los conocimientos que *tienen que ver* con ellos en tanto estudiantes de medicina está construida sobre los modos de intelección del mundo que les proporciona la biomedicina en tanto visión dominante. Ya se ha visto, al principio de este trabajo, que los conocimientos ligados a las humanidades, históricamente, no formaron parte de la

formación académica de los médicos. Su introducción, en tanto saber, en el campo y en consecuencia, en la formación académica es relativamente reciente, al menos en el contexto local, “alrededor de los años ’50 del siglo XX se marca el momento en que la salud y la medicina se convierten en objeto de estudio de las Ciencias Sociales en América Latina” (Macías Llanes, 2011: 24).

La inclusión de la formación en Humanidad Médicas por parte del Instituto Universitario del Hospital Italiano –más allá de ser aceptada ‘de hecho’ en la elección de la carrera entre otras ofertas posibles que no la contienen- implica para los estudiantes enfrentarse con las dificultades inherentes a la relación entre dos modos de abordar los objetos de conocimiento que responden a tradiciones muy distintas. La principal dificultad que parece generar el eje de Antropología de Ciencias Humanas, tal como es impartida en la carrera, es el hecho de que resulta difícil asimilar y proyectar el tipo de problematización que se propone en la materia, ya que la propia estructura del modelo biomédico que estos alumnos aprenden en las materias correspondientes, excluye las dimensiones sociales y culturales que hacen al abordaje del proceso salud-enfermedad-atención y en particular, excluye también, el reconocimiento de la validez de otras formas de definir ese proceso que no sean las que propugna el modelo biomédico. Aparecen así estas visiones contrapuestas entre *qué es médico y qué no*, las que se expresan en forma de valoraciones negativas, rechazo, hartazgo o dificultad expresadas por los alumnos, para la comprensión de los contenidos y de los instrumentos metodológicos propuestos en dicha materia. Si se observa el programa y se tienen en cuenta los relatos de los alumnos en relación con la bibliografía de este eje, la mayor dificultad aparece con los textos de carácter etnográfico en los que un autor expone su trabajo de campo, como el caso que mencionaba Julieta respecto de ciertas prácticas de amamantamiento en una fábula en Brasil. Entonces los alumnos se preguntan *para qué y por qué* se incluyen dichos textos. Se juzga y atribuye esa elección como producto de cierta arbitrariedad o voluntad personal del docente. Las palabras de Julieta son claras: *los antropólogos hablan raro, distinto*. No es casual entonces que los otros alumnos entrevistados expresen y remitan a situaciones similares.

El hecho de que *no se entienda*, el *hablar raro* tiene que ver con otro orden discursivo, con otro modo de nombrar las cosas, con otro modo de intelección del mundo y,

como se mencionaba anteriormente, con las dimensiones vinculadas al proceso salud-enfermedad-atención que incorpora la mirada antropológica, que no pueden ser reconocidas como legítimas y válidas en la medida que no están comprendidas dentro de la ideología y prácticas médicas dominantes.

Claramente, los temas que trabaja y preocupan a la antropología no son o no aparecen en el repertorio de los alumnos, como temas de interés para la biomedicina. La dificultad para entenderlos, que mencionan, tiene que ver en parte con su hábitus de grupo, es decir, con el hábitus médico. “El hábitus hace posible la producción libre de todos los pensamientos, todas las percepciones y acciones inscriptos dentro de los límites que marcan las condiciones particulares de su producción, y sólo éstas. (...)El hábitus es una capacidad infinita de engendrar en total libertad (controlada) productos -pensamientos, percepciones, expresiones, acciones- que tienen siembre como límites las condiciones de su producción, históricas y socialmente situadas” (Bourdieu, 1991:96) Dicho hábitus está en relación con la lógica de funcionamiento de un campo en particular.

Si se considera que en el ámbito de la formación los alumnos están adquiriendo no sólo los capitales necesarios para el ingreso al campo sino también que están formando su hábitus médico entonces puede decirse que ese hábitus, que está en relación con el funcionamiento del campo, delimita lo pensable. La biomedicina, en tanto visión de mundo al interior del campo médico, es incorporada y reproducida a través del hábitus y es lo que define para los agentes de ese campo, lo pensable y lo admitido porque está en línea con el hábitus. Aquellas cuestiones que escapan a esa visión del mundo, como podrían ser los saberes antropológicos, no pueden ser asimiladas o pensadas ya que el hábitus no lo posibilita.

Cuando se le pregunta a Ana qué actitud tienen los alumnos frente a ciertos textos *más antropológicos* o cercanos a la sociología ella comenta:

“Hay como una cuestión de dificultad, de no poder comprender totalmente, o de distancia con algo. (...) La capacidad para leerlos obviamente la tienen, el tema es cómo les llega o qué sentido le pueden atribuir a lo que están leyendo. Hay más resistencia, sí.”

Las palabras de la docente evidencian lo que se esbozaba más arriba. Esto mismo puede rastrearse en las palabras de Julieta. Ella comentaba que habían leído un texto, sobre

cómo las mujeres amamantaban en las *fabellas* de Brasil y el significado que para las madres, tenía la leche en polvo. Para esta alumna, la bibliografía propuesta *no tenía nada que ver con la carrera* y, además, no lo había entendido en su totalidad. Resulta llamativo que la misma alumna, en otro momento de la entrevista que le fue efectuada, comenta que hará su residencia en Obstetricia. La relación que podría establecerse entre ese texto y esa especialidad médica no aparece en principio en la reflexión de la alumna, como un tipo de enfoque que se propone problematizar e incorporar los significados sociales de ciertas prácticas así como tampoco se reconoce su utilidad como parte de las respuestas que el modelo biomédico puede elaborar para dar cuenta del proceso salud-enfermedad-atención.

Esta dificultad para comprender el texto en su totalidad, según lo expuesto por la docente y también expresado por Julieta, puede ser comprendida dentro de las posibilidades de acción y esquemas de pensamiento y representaciones acordes con el hábitus. Asimismo, esta cuestión de la ‘resistencia’ puede ser relacionada también, con otro aspecto que señala Bourdieu en relación al hábitus. Este autor dice “el hábitus tiende a asegurar su propia constancia y su propia defensa contra el cambio, mediante la selección que realiza entre las nuevas informaciones, rechazando, en caso de exposición fortuita o forzada, aquellas que puedan cuestionar la acumulación acumulada (...) El hábitus intenta ponerse al abrigo de crisis y cuestionamientos críticos.” (Bourdieu, 1991: 105)

En este sentido, puede decirse que aquellos temas de las Humanidades Médicas que pueden ser asimilados dentro de los límites de la biomedicina y, en consecuencia, no resultan inadecuados o potencialmente contradictorios para los alumnos, pueden ser comprendidos por éstos sin dificultad o aceptar su utilidad y/o pertinencia para la práctica médica. En tanto ‘útiles’ son considerados legítimos. Por otro lado, aquellos temas que, en algún sentido resultan críticos o que presentan dimensiones que no pueden ser asimiladas según ciertos patrones de la práctica profesional considerada legítima, es decir, de conformidad con el hábitus médico, no resultan integradas o son susceptibles, como vimos, de ser cuestionadas por no estar en línea con la visión de mundo legítima.

Otro aspecto por el cual se pueden rastrear los distintos grados de legitimidad otorgados a los distintos ejes de la materia Ciencias Humanas, es la formación académica del docente. Aquellos docentes de la materia que son médicos son percibidos por los

alumnos como personas que poseen un criterio más acertado para definir qué es *útil* y qué no frente a otro docente que posee un grado en alguna otra disciplina ‘no médica’.

Esto se observa en el hecho de que aquellos trabajos o metodologías de clases propuestos por docentes médicos sean percibidos como legítimos, por su adecuación a ellos en tanto estudiantes de medicina, frente a otras propuestas que califican de inadecuadas o poco pertinentes. Pedro comenta:

“Hay cosas que creo que pueden ser mucho más útiles antes que pasarse tanto tiempo detrás de una computadora escribiendo textos. En Antropología tuvimos que hacer una entrevista a una persona mayor, a un abuelo, no sé hasta qué punto eso nos es útil.”

Julieta dice:

“Hay cosas que son importantes, pero hay muchas que no son relevantes para nosotros. No sé por qué ponen cosas que no van. Igual es como que queda al libre albedrío del profesor de ese eje. Dan lo que quieren, no es que viene la coordinadora y que es médica y que puede entender un poco de qué es lo que nos puede servir y qué no. A decir: esto sí, esto no, esto sí, esto no, ¿entendés? O poner un límite de textos para leer.”

Bruno dice:

“Hay otras cosas importantes, en psicología el año pasado vimos con un médico psiquiatra un trabajo en donde nosotros en el aula nos sentábamos con un compañero y contábamos como había sido nuestra experiencia en el consultorio ese día. Íbamos desglosando aspectos de la consulta. O con otro médico grabábamos el simulacro de una consulta. Estaba yo con otro compañero, uno hacía de médico, otro de paciente y veíamos que era lo que habíamos hecho bien, lo que habíamos hecho mal. Son cosas importantes.”

Sus palabras hacen pensar que confían más en el criterio de aquellos docentes que son médicos que en aquellos que no se desempeñan en ese campo profesional. El médico, por su inserción como agente del campo de la salud, de acuerdo con lo expresado por los estudiantes, se encuentra habilitado a definir qué es *útil* y qué no lo es, es decir, tiene la legitimidad para nombrar e integrar a la formación, aquellos saberes que son válidos al interior del campo profesional. De modo que, aquel saber o metodología que no forma parte del campo médico es cuestionado por no estar en línea, en correspondencia con dicho hábitus. Los ejercicios y trabajos prácticos percibidos por los estudiantes como más

cercanos a la práctica médica, como *el simulacro del consultorio* al que se hizo mención, son percibidos como legítimos en tanto pueden o podrían serles útiles en contraposición a cómo evalúan y perciben como poco valiosa, la entrevista realizada a un adulto mayor, ejercicio al que no le atribuyen ni reconocen claramente una utilidad para su práctica profesional.

Nuevamente, el hábitus de grupo que comparten, en tanto agentes que participan de un campo determinado, les permite entender y legitimar algunos trabajos y abordajes metodológicos, mientras que otras propuestas para la formación de grado, no son aceptadas con el mismo nivel de legitimidad, aún a pesar de que son materia obligatoria para la cursada. Evidentemente, la obligatoriedad no es condición suficiente para la producción de un consenso en torno de lo que definen como pertinente para su formación.

Lo enunciado hasta aquí, refuerza entonces, lo que se ha dicho al principio del apartado. Dentro de la materia Ciencias Humanas, los ejes de Bioética y Psicología son percibidos como más ‘pertinentes’ y ‘útiles’ para los alumnos, es decir, son legitimadas por ellos en tanto pueden asimilarlas dentro de la visión del mundo que ofrece la biomedicina.

Interesa ahora rastrear de qué forma se expresa esa legitimidad cuando los alumnos se refieren a las otras materias que componen los ciclos biomédico y clínico respectivamente.

Por lo hablado con los alumnos, la materia *Clínica y Cirugía* es considerada una de las materias más importantes de la carrera junto a *Semiología, Microbiología, Fisiología y Farmacología*. La selección obviamente varía entre un alumno y otro, pero en términos generales coinciden en que las mismas representan *el conjunto de saberes básicos en medicina*. En otras palabras, pueden considerarse como el capital fundamental que debe adquirirse para formarse y participar como profesionales en el campo médico.

Estas expectativas positivas se reflejan en el comportamiento verbal y no verbal de los alumnos, observado en las clases de Clínica y Cirugía, que aún con variaciones, se conforma según ciertos parámetros notablemente diferentes de los comportamientos y actitudes observadas en las clases correspondientes a la materia Ciencias Humanas. Por ejemplo, los modos de expresarse de los alumnos, los modos de actuar, de ubicarse en sus asientos, de interactuar entre ellos, descriptos y analizados a lo largo del capítulo anterior y en las páginas precedentes del presente capítulo, son signos que permiten dar cuenta, entre otras cuestiones, de ciertas expectativas e intereses respecto de ciertos saberes. El hábitus,

en tanto sentido orientador de la práctica, los lleva, como vimos, a percibir y seleccionar ciertos contenidos como más ajustados a la visión compartida dentro de la biomedicina en tanto constituye el paradigma bajo el cual se orienta la práctica médica dominante. Así mismo puede verse como, dentro de la materia Clínica y Cirugía, todos los alumnos tomaban apuntes de lo que decían los docentes mientras que en los distintos ejes que componen la materia Ciencias Humanas, la mayor parte de esos alumnos no realizaban anotaciones de lo expuesto en las clases. Lo mismo puede observarse en los modos de interacción con los docentes. En el contexto de la clase de *Clínica y Cirugía*, la forma de dirigirse a los docentes es sumamente respetuosa, en un tono de voz casi tímido. Se observa que cuando los alumnos expresan frente al docente algún concepto médico o la explicación de alguna patología, lo esbozan anteponiendo una frase que pone en duda lo que se va a decir, a la espera de que el docente determine su veracidad. En Ciencias Humanas, como ya se mencionó y más allá de variaciones observadas, el comportamiento y la actitud de los alumnos es prácticamente lo opuesto.

La autoridad del docente también es o puede ser confrontada de modo diferencial. Resulta llamativo que, mientras en la materia Clínica y Cirugía se nota una intención clara por parte de los alumnos por ocultar conductas no esperadas en el ámbito de una clase, en el contexto de la materia Ciencias Humanas, esa intencionalidad no se hace manifiesta, dando lugar a situaciones claramente objetables en la interacción aceptable. Tales como el uso del celular, hablar con el compañero o leer textos de otras materias, comportamientos que se han observado en forma reiterada. Esa intencionalidad de ocultamiento que no se manifiesta en todas las clases que se han observado, es un indicador de que el temor a una posible sanción por parte de algún docente, como en el caso de Clínica y Cirugía, no se produce en los ejes que integran la materia Ciencias Humanas porque no sólo hay una percepción de menor legitimidad de dicha materia, sino también, porque la actitud de estos docentes es menos clara en el sentido de a) exigir un comportamiento más adecuado; b) expresar su desaprobación o c) aplicar algún tipo de sanción, aunque sea verbal. Según lo relevado en la clase de oftalmología (correspondiente a Clínica y Cirugía) se pudo observar cómo la docente interpelaba a los alumnos cuando notaba que se encontraban haciendo alguna otra actividad no vinculada con la clase. Estas actitudes de la docente, posicionaban a los alumnos en una situación comprometida, ya que ella detenía la clase para dirigirse

puntualmente haciendo un llamado de atención particularizado. Esto generaba un silencio generalizado e implicaba que las miradas de los estudiantes se posaran sobre aquellos que actuaban en forma inapropiada o no esperada dentro de ese contexto de interacción. En ocasión de la incorporación tardía de algunos alumnos a una clase, la docente de oftalmología expresó en voz alta y con tono serio y firme: *“yo soy una persona que me gusta la puntualidad, estoy aquí en el horario que corresponde, les pido que ustedes hagan lo mismo”*. Luego de su intervención hubo un silencio generalizado y ningún alumno efectuó algún tipo de comentario al respecto. En el caso de Ciencias Humanas, ya se ha dicho que no se observaron actitudes de parte de los alumnos tendientes a ocultar que se encontraban haciendo otras actividades no vinculadas a la clase, pero asimismo, por parte de los docentes, tampoco se hizo manifiesta alguna acción explícita desaprobando esas conductas. El mismo tipo de comportamientos por parte de los alumnos, se repitió en las cuatro clases observadas, incluso en una en la que se encontraba presente la titular de cátedra de la materia. Se podría inferir en estas conductas, un cierto cuestionamiento a la autoridad de los docentes de Ciencias Humanas, ya que los alumnos no parecen esperar sanción alguna por parte de ellos al realizar actividades no esperadas en el contexto del aula. Sin embargo, un episodio observado durante una clase aporta una variación a esto que venimos describiendo como habitual y, al mismo tiempo, nos permite desprender algunas consideraciones. Se trató de la clase correspondiente al eje de Psicología y que en una ocasión contó con la presencia de la titular de cátedra. Si bien a lo largo de toda la clase la docente no interpeló a ninguno de los alumnos que se encontraban ostensiblemente haciendo alguna actividad no vinculada con la clase, sí pudo detectarse una intención de señalar estas conductas al final de la misma, cuando una de las alumnas salía para ir al baño. Mariana, la docente, se dirigió a la alumna en voz alta: *“Pamela⁵⁰, estuviste todo el día con el teléfono, parecés Susana Giménez. Yo no sé, ¿todos se tienen que ir al baño constantemente? Parecen chicos de jardín de infantes”*. Tras las palabras de la docente, surgió el comentario de los alumnos quienes percibieron lo dicho por la titular como ‘inapropiado’ y así lo expresaron entre ellos: *“¿viste lo que le dijo a Pamela? La dejó re mal parada delante de todos... ¿Qué le pasa? Se sacó.”* En el medio de ese intercambio, se

⁵⁰ Al igual que en el caso de los entrevistados, este nombre es un nombre de ficción y no tiene ninguna relación con el verdadero nombre de la persona sobre la cual se efectuó el comentario citado.

escucharon aplausos, tras lo cual, un alumno preguntó: “*che, ¿por qué aplauden?*” y otro le respondió: “*por lo que dijeron los de Legal, si aplaudís las minas se ponen contentas y se van rápido*”.

Estas conductas y comentarios contrastantes que se pudieron registrar en ocasión de las clases observadas de las materias ‘biomédicas’ y las de Ciencias Humanas, no sólo pueden ser interpretadas, respectivamente, a la luz de la preocupación de los alumnos o por el contrario, de su indiferencia respecto de las sanciones de los docentes a ciertas conductas, sino principalmente, en función del tipo de valoración que los alumnos tienen de las mismas. Cabe esperar, que una valoración positiva esté asociada con un mayor interés de parte de estos alumnos por tener un desempeño público pasible de ser juzgado favorablemente por aquellos docentes que, como los del área de las materias ‘biomédicas’, imaginan y reconocen legítimamente, como sus pares futuros en la profesión médica. Asimismo, estos docentes son quienes podrían evaluarlos en las instancias de exámenes finales de aquellas materias percibidas como más dificultosas por los alumnos, como es el caso de Clínica y Cirugía, que suele ser una de las asignaturas más temidas según lo dicho por los estudiantes. Pilar dice “*estuve asustada toda la cursada de Clínica I y ahora con la II estoy igual*”. Las situaciones descriptas, que colocan a las clases correspondientes al dictado de la materia Ciencias Humanas en una posición deslegitimada por parte de los alumnos que actúan casi como en una ‘situación de recreo’, son reconocidas por los docentes de la materia y percibidas como una dificultad adicional para llevar adelante sus objetivos. Al respecto, Mariana comenta:

“La interacción es muy buena, pero la interacción que molesta, que distrae, y que dispersa la verdad que no. Yo trato de hacerlo notar en todos los años donde yo estoy, o donde estoy presente, pero no es una política que sea uniforme en todas las materias. Esto de que van, vienen, es todo el tiempo. Me parece igual que es un problema de la juventud, de que acá algo está pasando. La costumbre del celular la verdad que es... Provoca muchas distracciones, entonces trato de que no lo tengan encendido.”

Gustavo agrega:

“Algo muy problemático en humanidades medicas, tiene que ver con lo que te decía que me parece que los estudiantes no vienen pensando en esta cátedra cuando eligen estudiar medicina y es el problema de la motivación. La motivación que ellos tienen para

estudiar clínica, cirugía etc. es mucho más elevada que la que tienen, en líneas generales ¿no?, porque después esto uno lo puede matizar mucho, pero en líneas generales es más elevada que la que tienen para estudiar humanidades médicas, y el tema de la motivación en pedagogía es difícilísimo.(...) Entonces estamos siempre en esa tensión de la motivación de su parte y del esfuerzo que ellos hagan a los fines de su propia formación y esperamos que esto sirva para algo, que no sea meramente un lugar para distenderse del resto de las materias, que podría serlo, me parece bien, pero no solamente para distenderse sino sí, un espacio de distención, de reflexión, pero que sirva para aprender algo. No puede simular el zapping de cuando uno está cansado y quiere distenderse un rato de todo lo demás.”

Esta cuestión de la motivación a la que se refiere el docente puede explicarse a la luz de lo que se viene desarrollando en relación a la legitimidad. Bourdieu (1995) explicita que los agentes en pos de buscar una mejor posición en el campo desarrollan distintas estrategias de juego y distintas inversiones. Para Bourdieu, la acumulación de capital es entendida como una inversión en el campo en el que los agentes le otorgan “al juego⁵¹ y las apuestas una creencia, un reconocimiento que no se pone en tela de juicio” (Bourdieu, 1995: 65). Puede decirse que lo que el docente describe como un problema de motivación puede ser traducido a una cuestión de “inversión”. Al percibir como legítimos los saberes vinculados a las materias de medicina clásicas los alumnos deciden activamente invertir mayor tiempo y dedicación a los mismos, independientemente de cuál sea la intención consciente de dicha inversión.

Las palabras de los alumnos se orientan en ese mismo sentido cuando indican que cuando trabajan textos que ellos perciben como *inadecuados* para estudiantes de medicina, prefieren dedicar el tiempo a estudiar otras materias. Aparece entonces el planteo de cuánto vale invertir en la formación humanística en función de la legitimidad que se le asigna. Esto será desarrollado más ampliamente en el siguiente capítulo, pero se considera necesario anticiparlo aquí.

Este planteo acerca de hasta qué punto habría de parte de los estudiantes ‘interés’ en realizar ciertas inversiones en lo que respecta a la formación humanística, en cierta medida

⁵¹ Bourdieu (1995) utiliza la palabra juego como sinónimo de campo ya que para explicar el funcionamiento de un campo lo homologa al funcionamiento de un juego.

permite explicar ciertas contradicciones que aparecen entre lo que se observa en el ámbito de la formación dentro del aula y lo que los alumnos han referido, en el marco de las entrevistas que les fueron realizadas, en relación a la materia Ciencias Humanas. Ellos han coincidido en destacar que es *fundamental la formación en el área humanística para un mejor trato con los pacientes*. Esto permite inferir, al menos, si tomamos estas afirmaciones verbales, que los alumnos perciben y reconocen que estar formados dentro de esa área les permite vislumbrar diferencias –a su favor- respecto de los estudiantes de otras facultades con los que han tenido contacto. Un ejemplo que fue citado en reiteradas oportunidades por parte de los alumnos es el caso de una *Jornada de Lactancia* a la que asistieron durante la cursada de la materia *Pediatría*, en la cual pudieron entrar en contacto con estudiantes de medicina de otras facultades. Ellos relataron que en el marco de esta jornada, se les propuso hacer una serie de actividades que consistían en *simulacro de consultorio* en el que algunos representaban el papel de médicos y otros de pacientes. Ellos coincidieron en señalar que estos *simulacros* tenían un *criterio distinto* a la hora de tener en cuenta aspectos vinculados al entorno sociocultural del paciente. Al respecto Pilar comenta:

“Yo creo que la cursada de Humanas tiene partes que se podían sacar, si hubieran sido cursadas más espaciadas, podría haber sido mejor, pero así todo es muy importante. Hay situaciones clínicas en las que se marca la diferencia. En la Jornada de Lactancia me acuerdo que cuando fuimos nos hacían hacer actividades en grupo, representaciones, que trataban de sensibilizarte con el tema. Nosotros nos prendimos, pero había chicos de la UBA que no querían saber nada y esa diferencia para mí la hizo Humanas.”

Podría decirse entonces que hay un contraste entre lo que aparece en el discurso verbal como destacado y valorado y lo que se observa en las actitudes y en el comportamiento exhibido por los alumnos en el contexto del aprendizaje de ese saber dentro del aula. Esto tiene que ver con lo señalado en el capítulo anterior, en referencia a que la materia Ciencias Humanas busca recuperar un saber ligado a la práctica difícilmente objetivable y cuantificable en el contexto del aula. No es casual entonces que los alumnos puedan hacer una valoración proyectada e idealizada de ese saber cuándo se perciben ubicados en el contexto de la práctica médica. Ese saber aparece entonces revalorizado en relación con su utilidad, en comparación con la valoración negativa que se hace del mismo en el contexto del aula. Por otro lado, se puede observar una tendencia a clasificar el saber

vinculado a las Ciencias Humanas desde las típicas dicotomías de la Biomedicina: lo bueno, lo malo. Lo sano, lo enfermo. Lo que está bien, lo que está mal.

Así muchas veces aparece en el discurso de los estudiantes una asociación entre el objeto de las Humanidades Médicas y lo ‘moralmente correcto’. Trabajar desde el enfoque que estas disciplinas proponen aparece ligado, para los estudiantes, al hecho de ser una *buena persona*. Lo humanístico, en cierto sentido, es puesto en duda en tanto saber del mismo rango que el saber médico propiamente dicho. No es algo que se aprende sino algo que se tiene, algo que se es y que le es propio a la persona en cuestión. El conocimiento médico asociado a lo científico es lo que se aprende y en lo que el *buen médico* no puede fallar. Esta postura no es novedosa, Diego Gracia dice al respecto de Marañón⁵²: “siempre acaba considerando que eso del humanismo es una actitud ante la vida, que se tiene o no se tiene, pero que difícilmente puede enseñarse o aprenderse, razón por la cual las humanidades deben verse como algo aparte de la estricta formación del médico” (Gracia, 2007:47).

Esa dualidad característica de la biomedicina, que lleva a separar como dos instancias diferenciales lo humano y lo científico, puede observarse cuando se les pregunta a los alumnos qué es para ellos ser un *buen médico*. Como se verá, en el discurso de los estudiantes se expresa la tensión estructurante inherente a la práctica médica a partir de la forma en que describen las cualidades que hacen al *buen médico*. En sus palabras, el conocimiento *técnico* asociado a lo científico, aparece como el saber que un médico no puede no tener y el conocimiento *humanístico* aparece, según las expresiones de los alumnos, ligado a lo emocional e incluso a una cierta moralidad de la persona. Tal vez por ello, el discurso de los estudiantes parece oscilar hasta el punto de incurrir en contradicciones, entre una suerte de desinterés en invertir tiempo y esfuerzo en adquirir dichos conocimientos impartidos por la materia de Ciencias Humanas, a un reconocimiento de su utilidad y valor cuando les permiten incorporar un tipo de capital –el humano- que los diferencia de otros estudiantes de medicina y los capacita para desempeñarse mejor en la profesión médica.

Julieta comenta:

⁵² El autor hace esa afirmación a partir de la consideración del siguiente libro: Marañón G. Prólogo al libro Primera Antología Española de Médicos Poetas, de Julián Juderías. Madrid: Cultura Clásica y Moderna. 1957.

“A veces el fraccionamiento del paciente, es malo, lo ves como una parte de algo y no como un todo. Acá que es súper especializado de algo, de algo, de algo y no tenés un médico que sea más completo. Eso es una falla del sistema para mí, que por un lado está bien, que sepa mucho de lo que te está pasando, pero también está bueno alguien que no te fraccione y que te trate como un todo. Hay que saber tratar al paciente. El médico no es un psicólogo, pero es como un asistente, tampoco podés estar en todo, pero bueno. Hay que tener en cuenta que el paciente es persona y le pasan cosas como a todos nosotros y a la inversa, el médico es una persona y un mal día lo tiene cualquiera. No podés ser el mejor siempre. Si un día no te sale, bueno, mala suerte. No me refiero a lo académico, en eso tenés que ser el mejor siempre porque estás tratando con vidas de otros. (...) Igual, al margen de Humanas, hay muchas cosas que yo hubiese hecho igual, por la educación que me dieron en mi casa, pero hay cosas que vi ahí que de otra forma capaz no me hubiera dado cuenta.”

Puede observarse que en esa separación que se efectúa entre un tipo de saber ligado a lo *académico* y otro ligado a lo *humano*, se hace explícita una valoración diferencial del tipo de capital que comporta cada saber. El capital académico, científico no se discute. En ese aspecto *no se puede fallar* porque se trata *con vidas de otros*. Puede tenerse un *mal día* en cuanto a la forma de relacionarse con un paciente, pero no en cuanto a abordarlo técnicamente. Puede inferirse de estas palabras que, en cierto sentido, el capital *humanístico* podría ser descuidado en alguna instancia. El capital *científico* no. Por otra parte, las palabras de la alumna, permiten inferir que se considera a sí misma desde una perspectiva dual. Esta diferenciación entre aquello en lo que se puede fallar y en lo que no, nos conduce a pensar que es posible ‘controlar los efectos’ de un *mal día*, es decir, que cualquier altercado podría tener influencia sólo sobre un aspecto –el emocional y subjetivo- y no sobre el otro –el técnico y objetivo-, como si la persona humana no fuese una unidad a la cual los problemas la afectan de un modo total.

Por su parte, Pilar dice: *“A veces es bueno un médico que sepa relacionarse con otras personas y que no vaya tanto a lo técnico. Tiene que haber un poco de las dos cosas, el conocimiento técnico lo tenés que tener si o si. Saber lo que tenés que hacer como médico, pero después que te sepa explicar lo que tenés hace también a un buen médico”*

Bruno agrega:

“Un buen médico tiene que combinar. Hay algunos que dicen que el médico tiene que saber mucho, pero un médico que sabe mucho y no sabe tratar a los pacientes no sirve para nada. Para mí es encontrar el equilibrio. Un médico tiene que saber lo suficiente como para tratar a una persona y no equivocarse, si sabe más mejor, pero también tiene que saber tratar a los pacientes. La consulta por ahí son veinte minutos, pero ese paciente tiene que volver a la casa y saber qué le pasa. También tiene que tener un buen concepto de lo que está bien y lo que está mal. Siempre hacer lo que a un paciente le conviene y saber cuándo hay que hacer una cosa y cuando hay que hacer otra. Esa combinación para mí es importante, ser empático, tener llegada a los pacientes, saber lo suficiente o más también y no pensar con el bolsillo son las tres cosas que a mí me gustaría ser como médico, después habrá que ver, pero calculo que a mis primeros pacientes los voy a atender con esa mentalidad. Si atiendo a un paciente con esas habilidades no creo que ellos tengan una mala experiencia. Igual yo también soy un tipo muy consciente de mis debilidades”

En ese mismo sentido Ana, la docente, dice:

“Hay distintas visiones, hay gente que es de los: esto es así, esto no, hay que hacer esto, lo otro, lo otro y lo otro y una rutina muy estricta y hay otros de: bueno, pero pará, qué de esa rutina se puede cambiar si una persona lo está solicitando. Entonces ahí hay distintos grados de flexibilidad en el grupo. Entonces como bueno, ellos se posicionan como médicos y hay algunos que están como muy atentos a la escucha y a poder adaptarse a lo que le pide el otro.”

Resulta sugestivo que Good y Good (1993) encuentran una dualidad similar en su trabajo acerca de la construcción del conocimiento médico en la Escuela de Medicina de Harvard, cuando a sus entrevistados le efectuaron la pregunta acerca de qué significaba para ellos ser un buen médico. Los autores señalan que en la respuesta a dicho interrogante aparecen dos aspectos yuxtapuestos condensados en dos símbolos, uno relacionado a la “competencia” y otro al “cuidado”, que se corresponden con el discurso dual que caracteriza a la biomedicina. “Estos asuntos, constantemente presentes, representan una tensión cultural, se desarrollan a través de la educación del estudiante. Los médicos deben ser competentes; ellos deben también poseer habilidades de cuidado. La “competencia” se

asocia con el lenguaje de las ciencias básicas, con los hechos y conocimientos, habilidades, técnicas, y “haceres” o acciones “libres de valor”. “El cuidado” para estos estudiantes se expresa en el lenguaje de valores, de relaciones, actitudes, compasión, y empatía, los aspectos de la medicina no técnicos” (Good y Good, 1993: 91)⁵³

Esta semejanza, pese a la diferencia contextual y cultural de los estudiantes entrevistados, en lo que implica para ellos *ser un buen médico*, ilustra la legitimidad de la que goza la práctica biomedicina, ya que la dualidad inherente a la misma se repite en los discursos de los estudiantes, y los lleva a calificar como saber o como competencia, aquello vinculado al conocimiento y calificar como asociado a la persona y no al cuerpo como objeto, lo vinculado a las humanidades médicas.

Por último, queda desarrollar aquí, una problemática mencionada más arriba que tiene que ver con la detección de ciertos espacios de lucha por la legitimidad del saber que se produce en cada materia. Hemos visto que al interior de la materia Ciencias Humanas no parece haber una disputa por la legitimidad de los distintos ejes, sin embargo pueden detectarse ciertos focos de disputa por la legitimidad cuando se observa el posicionamiento de la materia en conjunto con las otras materias de la carrera.

Algunos docentes, aparentemente formados exclusivamente bajo el modelo biomédico tradicional, cuestionan el espacio asignado a la materia Ciencias Humanas por la institución. Gustavo comenta:

“Claramente hay muchos profesores que no jerarquizan, en su justa medida, y que no valoran apropiadamente las humanidades médicas y que esto obviamente atenta contra nuestro trabajo porque a veces los estudiantes se identifican más con los docentes que son médicos que con los docentes que, por razones comprensibles, son antropólogos etc. y no contar con su apoyo en ese sentido para nosotros es una dificultad adicional. Que incluso ha llegado a pasar que algún que otro docente le sugirió a algún estudiante que se ausente a una clase de humanidades médicas para rotar por el consultorio, creo que lo había invitado por alguna ocasión especial. Lo cual de por sí desestima un poco el valor del espacio de humanidades médicas, pero que incluso se la ha dicho explícitamente a algún que otro estudiante o por lo menos así me lo han comentado alguno de los estudiantes. Faltá, ¿para qué vas a estar en la clase de humanidades médicas, hablando de que se yo

⁵³ Original en inglés. Traducción propia.

que cosa?, vení al consultorio y mirá lo que es la medicina, que repito, creo que la experiencia de consultorio es insustituible, son simplemente espacios diferentes que trabajan cuestiones distintas y que en su justa medida creo que todos pueden controlar una mayor y mejor formación.”

Lo relatado por el docente, evidencia una cierta disputa por la legitimidad entre los docentes de las distintas materias. La actitud por parte del docente que incita al alumno a faltar a la clase de Ciencias Humanas para asistir a su consultorio, evidencia la tendencia a reproducir la visión de mundo legítima y la resistencia a aceptar otras visiones de mundo distintas a la misma. Así, el saber legítimo es ubicado dentro del consultorio y el espacio de Ciencias Humanas es deslegitimado como lugar de adquisición de conocimientos relevantes para la práctica médica.

Esto lleva a que los docentes de Ciencias Humanas tengan que desarrollar ciertas ‘estrategias de defensa’ de su espacio académico en términos de legitimidad. Aún cuando el docente de la otra materia no se vea obligado a dar demasiadas explicaciones de su proceder -dado que su accionar corresponde a lo esperable dentro de la visión de mundo legítima- sí debe hacerlo el docente de Ciencias Humanas, quien debe dar justificaciones de la necesidad de respetar el espacio de las materias, ya que este saber no goza del mismo estatuto de legitimidad que el que detenta su colega de las materias ‘biomédicas’. Gustavo dice al respecto: *“En primer lugar le aclaro que este es un espacio obligatorio y hasta tanto no sea una materia opcional no pueden ausentarse así sea que otro docente de otra materia les diga que pueden hacerlo y esto es cuestión de reglamento y no solamente de opinión personal. Respecto de la opinión personal trato de explicarle la importancia que tiene el espacio de humanidades médicas y que así como es insustituible la experiencia en consultorio también creemos que es insustituible la experiencia de reflexión respecto de determinados temas, (...) pero que hay espacios que la universidad planificó destinarlas a cada una de estas funciones o actividades y que tenemos que tratar de respetarlos y que en todo caso si se sienten presionados por el otro docente que les digan que desde la coordinación de la cátedra, se les dijo que no pueden ausentarse y que estos docentes en todo caso tienen que comunicarse con la cátedra y hacer un pedido especial.”*

Estas palabras ponen de manifiesto que la disputa por la legitimidad, en este caso, se dirime apelando no solo al saber, sino al reconocimiento oficial otorgado a quienes ocupan o se desempeñan de acuerdo con ciertas jerarquías, -como los cargos directivos, o los reglamentos académicos- que definen qué tipo y cuánto espacio se asignará a las humanidades médicas en la formación de los estudiantes de medicina. Mariana cuenta en relación a la extensión e inclusión de la materia Ciencias Humanas: *“la impronta es de un médico, Enrique Beveraggi, que hasta hace tres años fue rector, fue director del hospital, fue ministro de salud, fue... la verdad que es una de las personas más inteligentes que yo conocí en mi vida y fue él el que insistió mucho en que esto fuera de esta manera.”*

Esto puede interpretarse, según la expresión de la docente, como una disputa al interior del campo de la formación médica. Las palabras de Mariana evidencian que la jerarquía obtenida y reconocida al interior del campo médico respecto de la figura de Enrique Beveraggi, le concede la autoridad legítima para definir las condiciones de la formación académica de los futuros médicos. La decisión de incluir una materia que desarrolla contenidos que no son percibidos, por parte de algunos de los agentes que participan del campo, con la misma legitimidad que los que imparte la biomedicina, pareciera que sólo puede ser llevada a cabo por un agente a quien su autoridad y capital simbólico en el campo de la salud, no está en discusión. Incluso, que Mariana utilice la palabra *insistió*, conduce a pensar que no ha sido una decisión sencilla de tomar. Uno de los alumnos, Bruno, remitió también a esta cuestión cuando comentó que *la inclusión de Ciencias Humanas al plan de estudios fue una condición para que se decidiera la ‘apertura’ de la carrera ya que era un factor que la diferenciaba del resto de las ofertas académicas*. Estos datos expresados por los informantes, aunque requerirían una indagación más profusa en otros ámbitos de la institución y que irían más allá de los objetivos propuestos para esta tesina, permitirían inferir que la presencia de la materia Ciencias Humanas en la currícula ha representado un lugar sensible y en cierta medida conflictivo, desde el inicio del proyecto que dio origen a la carrera de medicina en el Hospital Italiano. Ese conflicto, que aquí se ha tratado de indagar en los términos de una disputa en torno de la legitimidad del saber médico y no médico, como se ha visto, se reproduce de alguna

manera y da origen a estas visiones contrapuestas y contradictorias que involucran tanto a los alumnos como a los docentes, y que se ha tratado de analizar en el presente capítulo.

Capítulo 4: Planteos y respuestas

En los capítulos anteriores, se ha intentado dar cuenta de algunas de las problemáticas que atraviesan el dictado de la materia Ciencias Humanas en sus diferentes ejes, en particular, se trató de explorar en qué medida, estas dificultades remiten a la tensión estructurante (Bonet, 1999) que caracteriza la práctica biomédica y que se reproducen en el proceso de incorporación del hábitus médico tal como es experimentado por los estudiantes de la carrera de medicina del Hospital Italiano. Dicha tensión se hace visible en las formas de jerarquizar los dos componentes principales del conocimiento médico y que se traducen en el reconocimiento de un estatuto diferencial de legitimidad respecto de las dimensiones científicas y racionales del conocimiento médico referido al ‘cuerpo’, por sobre los aspectos ‘humanísticos’ que remiten a la persona y que son incorporados por los estudiantes en el marco de situaciones de aprendizaje cuestionadas por los mismos (Cfr., capítulos 2 y 3). En este contexto, el objetivo que se plantean los docentes de la materia Ciencias Humanas es brindar a los alumnos herramientas que les permitan reflexionar sobre la práctica médica para que, una vez recibidos, les sean de utilidad en la construcción del *vínculo* con los pacientes. En relación a esto último, se mencionó en el capítulo anterior que el saber vinculado a las humanidades médicas es tomado por parte de los docentes bajo un carácter de “proyectualidad” (Savransky, 1999:1) con la intención de anticiparse a lo que sucederá en el marco del ejercicio de la profesión, en la práctica de hospital, frente al paciente, entre otras situaciones y, proponer una reflexión sobre estos aspectos. Su anclaje y/o futura incidencia en el ámbito de la práctica genera, para los docentes que enseñan desde esa área, una dificultad particular que implica traducir la práctica médica a una reflexión de tipo teórica -presente en los contenidos a evaluar en cada eje- proyectada en el programa de la materia.

Según lo expresado por los alumnos, este movimiento, asociado a la proyectualidad con que parece pensarse la materia, como se decía anteriormente, implica una cierta traducción, que conduce a los estudiantes a esbozar valoraciones diferentes en relación a las humanidades médicas: una valoración positiva de la materia cuando se encuentran frente a los pacientes, es decir, en una situación cercana a lo que será su práctica profesional futura,

y una valoración negativa, cuando la materia es pensada en el espacio del aula y en el marco del proceso de aprendizaje.

Lo señalado en el párrafo anterior, se relaciona con el análisis realizado en el Capítulo 3 donde se intentó dar cuenta, a partir del material de campo, cómo la materia Ciencias Humanas no goza, en términos generales, de un nivel elevado de legitimidad en tanto saber académico por ser percibido, por parte de los estudiantes, como inadecuado o poco pertinente para su formación académica, aunque al mismo tiempo, los estudiantes parecerían poder reconocer y asignarle cierta legitimidad como un tipo de saber –referido a los vínculos interpersonales- que podrán aprovechar para su desempeño profesional en el campo médico.

Estos aspectos, sobre todo el referido al cuestionamiento de la legitimidad de dicho saber como un equivalente a otros saberes reconocidos como *académicos* por parte de los estudiantes, ubica a los docentes de la materia Ciencias Humanas en un posición subordinada en relación al lugar que ocupan en el contexto académico global que propone el Instituto. En dicho contexto, y como forma de tomar en consideración los planteos que surgen por parte los alumnos, los docentes de la materia Ciencias Humanas optan por dar lugar dentro de la cursada a ciertos espacios orientados a escuchar más abiertamente dichos planteos, debatir y, eventualmente, negociar.

En relación con esto, parecen existir prácticas de parte de los alumnos y de los docentes conducentes a propiciar que las condiciones de la cursada puedan ser replanteadas en algún momento. Principalmente, como se ha visto, las críticas y los planteos de los estudiantes se orientan a cuestionar los objetivos de la materia, las formas de evaluación, los textos de lectura obligatoria y los plazos para la entrega de trabajos. Por parte de los docentes, parecería existir una especie de ‘acuerdo tácito’ en la forma de responder a los cuestionamientos explícitos de los alumnos ante las exigencias para la aprobación de dicha materia. En ese sentido, la situación de aprendizaje y los instrumentos propuestos en cada eje, parecen convertirse en ‘objeto de negociación’ entre los alumnos y los docentes. De modo que, para poder sostener cierto compromiso y cumplimiento de los estudiantes con las condiciones de la cursada, los docentes adaptan sus exigencias iniciales ‘cediendo’ ante los reclamos de los alumnos y aceptando implícitamente que algunas de estas exigencias sean sustituidas o reemplazadas a los fines de calificar el rendimiento de los estudiantes y

ponderar el grado de incorporación de los conocimientos impartidos en la materia. Se ha podido rastrear cómo funcionan en la práctica estos cuestionamientos, tanto en los discursos de los alumnos y docentes, como en los comportamientos observados en las clases. En contraste, según lo referido por los actores y lo observado, no se han relevado situaciones similares en las otras materias que componen el plan de estudios de la carrera de medicina. La posibilidad de *quejarse* abiertamente, como lo expresan los alumnos, sólo se menciona o tiene lugar, en relación con la materia de Humanidades Médicas. Esto se vincula, como se ha visto, con la legitimidad con la cual es percibida y valorada cada materia del plan de estudios. La alta valoración, en tanto capital simbólico, con la que se percibe a las materias tradicionalmente médicas se traduce en el hecho de que los alumnos no ponen explícitamente en cuestión la forma en que se desarrollan otras cursadas, aunque también reconozcan fallas en las mismas. Pedro dice: *“pienso que la cursada de microbiología debería ser más larga”*. Julieta agrega: *“Clínica sería más útil con rotaciones en el hospital como semio. No sé, es mi opinión, capaz me equivoco”*. Las opiniones que ellos vierten respecto de las materias ‘biomédicas’ –en el contexto de las entrevistas realizadas con algunos estudiantes-, no llegan a ser manifestadas a los docentes de dichas materias como en el caso de Ciencias Humanas que estamos consignando aquí. Aceptan las condiciones de la cursada como un hecho naturalizado más allá de algunas críticas que puedan hacerles y, de alguna manera las quejas apuntan a señalar que preferirían recibir más contenidos o más extensión temporal en la cursada y no una disminución de contenidos como es el caso de la materia Humanidades Médicas.

Pilar dice: *“La primera vez que hicimos un planteo fue en segundo año, empezamos a decir que la materia [Ciencias Humanas] no era seria, que si ellos no la tomaban en serio no pretendan que nosotros tomemos algo en serio tampoco y bueno se pusieron serios. A partir de ahí se pusieron más estrictos con la asistencia y con los finales”*.

Esta posibilidad de criticar abiertamente qué es *serio* y qué no y bajo qué condiciones ellos aceptarían *tomar en serio* las humanidades médicas, se relaciona con la valoración ambigua con la cual le otorgan menor legitimidad a la materia al tiempo que reconocen en ella aspectos positivos para su formación. El hecho de que puedan poner bajo cuestión las condiciones de cursada de la materia Ciencias Humanas mientras que no ocurre lo mismo

con las materias ‘clásicas’ de medicina, puede explicarse a partir de considerar que estas últimas, al ser percibidas como plenamente legítimas dentro del campo médico, no resultan objeto de cuestionamiento ni en sus contenidos curriculares ni en sus formas de evaluación. Es así que el compromiso de los estudiantes con dicho saber no se ve quebrantado ni expuesto a instancias de negociación con los docentes respectivos. En algún sentido, dicho saber está naturalizado y aceptado y, aunque también algunos aspectos de las cursadas de dichas materias les generan incomodidad, aceptan las condiciones impuestas y actúan en función de ellas sin cuestionarlas abiertamente. La falta de consenso en torno del lugar e importancia de las humanidades médicas en la formación es lo que pareciera generar la posibilidad de que dicho cuestionamiento se haga explícito a través de la puesta en juego de acciones de negociación con los docentes, negociación que, en términos generales se ha observado, tiene lugar en el aula y en el horario de clases.

Resulta interesante constatar que los planteos que los alumnos relatan en las entrevistas personales, son expresados prácticamente en términos similares cuando interactúan con los docentes en este espacio de negociación que se pone en juego en el aula. Una situación que ilustra de modo más claro lo anteriormente expuesto, se produjo en el contexto de uno de los trabajos propuestos para el eje de *Antropología* dentro de la materia *Ciencias Humanas V*.

La evaluación requerida, que consistía en una *entrevista* a realizar a un adulto mayor, produjo cierta ‘resistencia’ por parte de los alumnos que no alcanzaban a dimensionar y comprender la *utilidad* de dicho trabajo práctico. La ‘incomodidad’ experimentada por los alumnos alcanzó prácticamente a la totalidad del curso de quinto año, tal como se pudo observar, y llevó a un cuestionamiento abierto por parte de los alumnos dando lugar a un debate y a una negociación en el espacio de la clase de antropología en el cual la docente haría la devolución de los trabajos que los alumnos realizaron en el receso invernal. En el mismo, no sólo se cuestionó el trabajo propuesto para evaluar el eje de antropología, sino que dio lugar a la explicitación de otros aspectos considerados por los alumnos como de carácter problemático. A continuación se hará una descripción detallada de la clase para ilustrar la forma en que dicho debate tuvo lugar. Asimismo, también se considerará la propia interpretación de los docentes en ocasión de las entrevistas realizadas individualmente a algunos de ellos.

La docente a cargo, Ana, comenzó la clase con un comentario a cerca de un *mail* que recibió por parte de uno de los alumnos, quien le manifestó por esa vía de comunicación, su desacuerdo con el tipo de trabajo, alegando que ya habían efectuado una evaluación similar en años anteriores y que no consideraba necesario repetir la experiencia para entender en qué consistía una *entrevista en profundidad*⁵⁴.

A partir de ahí, la docente comienza a justificar el motivo por el cual proponía la *entrevista a un adulto mayor* como la forma de *evaluación apropiada* para ese eje con la intención de poner en evidencia la relación entre la temática que venían trabajando, el *final de la vida* y la posibilidad de rastrear *significados* en torno a la *vejez tal como aparecen en los discursos de los entrevistados*. Ella les comenta que como *estudiantes de medicina* que en un futuro van a estar en *contacto* con adultos mayores deben *aprender a manejar y entrenar la comunicación con el otro*. Señala también algunas *falencias de la biomedicina* y a modo de crítica afirma que la *formación médica occidental* no tiene su eje en la *comunicación con el otro* sino más bien en el *aspecto biológico* y que esa *priorización de lo biológico conduce* a pensar a las poblaciones como homogéneas. Tal como surge de sus propias palabras, la docente se proponía ‘justificar’ y ‘validar’ dicha propuesta de trabajo.

La crítica de los alumnos en relación al modo de trabajo y la forma en que ellos expresan la dificultad que tienen para comprender la utilidad de esa modalidad de evaluación, fue manifestada por parte de los alumnos hacia la docente, prácticamente en los mismos términos que utilizaron en el marco de las entrevistas personales que se les han efectuado a los fines del presente trabajo.

Tomando a Bateson (1976), entendemos que la comunicación está determinada por el contexto en que se produce de modo que y como explica Martini, “toda comunicación implica la existencia, en un nivel superior de abstracción, de un mensaje metacomunicativo que da las indicaciones sobre la forma de comprender el mensaje de base. En consecuencia, la metacomunicación provee un contexto simultáneo a la comunicación, a medida que aquélla se va produciendo” (Martini, 1994:6). El contexto aparece como las circunstancias temporales, institucionales o no inmediatas a la situación comunicativa. Restringido a la

⁵⁴ La entrevista en profundidad, “se realiza entre un entrevistador/a y un informante con el objeto de obtener información sobre la vida, en general, o sobre un tema, proceso o experiencia concreta de una persona. A través de la entrevista en profundidad, el entrevistador/a quiere conocer lo que es importante y significativo para el entrevistado/a; llegar a comprender como ve, clasifica e interpreta su mundo en general o algún ámbito o tema que interesa para la investigación, en particular.” (Selltiz, Wrightsman, 1980:151)

situación de comunicación determina la fachada que escoge el actor como más apropiada para quedar lo mejor parado posible. Esa interacción comunicativa, está ordenada por reglas. Las reglas constituyen un conjunto de conductas permitidas, preferidas o esperadas en las diferentes situaciones de comunicación. (Cfr., 1994)

Siguiendo en esta línea, se puede pensar que la situación de interacción docente-alumno en el aula, tiene ciertas regularidades y, por ende, existe un tipo de conducta esperada en esa situación. El conocimiento de esas reglas de interacción vinculadas al contexto en que se produce la misma llevaría a que los actores involucrados en ella desarrollen conductas que los ubiquen de la mejor forma posible dentro de ese contexto. En líneas generales, puede decirse que la conducta esperada dentro de un aula universitaria se asocia a un reconocimiento del rol docente en tanto autoridad académica y, en consecuencia, el papel de los alumnos tiende a subsumirse y a reconocer esa autoridad. No se ha observado, por parte de los alumnos, comportamientos orientados a ocultar su disconformidad respecto de las formas de evaluación de los docentes de la materia Humanidades Médicas. Esto se hace notorio en el uso del tono firme y enérgico que adoptan para contradecir a las docentes, así como en las palabras utilizadas en la argumentación de sus opiniones, las cuales no parecen adecuarse a la conducta que podría esperarse en el contexto de un aula universitaria. La forma de expresar estos desacuerdos, no presentaba prácticamente variación, tanto en presencia de la docente como cuando interactuaban fuera del aula o cuando se expresaban en el contexto de las entrevistas que les fueron realizadas. Una de las alumnas le comenta a la docente respecto de la actividad práctica en cuestión: *“no encuentro explicación a por qué realizar el registro, me es muy tedioso, me molesta tener que anotar todo. Si vos me decís la utilidad de eso en relación a mi carrera, me encantaría encontrársela. Porque el año pasado se lo dije durante todo el año a la profesora de antropología y fue como decirle la nada misma porque no le interesó en lo absoluto y es el día de hoy que me sigue pasando lo mismo. Porque lo único que me dijo la profesora del año pasado es que si no sabés eso, no sabés antropología y sarasa sarasa. Yo quiero encontrar la utilidad a tener que decir 18:50 hago tal cosa o tal otra, si la hay, bueno, yo lo hago, pero decime qué utilidad tiene. Y no sé si es problema mío, de interés o de conocimiento o de lo que fuere.”*

Las palabras de esta estudiante, manifestadas en el aula y dirigidas hacia la docente de la materia, presentan un registro muy similar a otros fragmentos que ya se han transcrito y que fueron dichos en el marco de una entrevista personal sin que estuviera presente el docente responsable de la consigna. Puede decirse que estos términos utilizados se ubican en el marco de la informalidad y que no parecen tener intención de una búsqueda de adecuación al lenguaje propio del ámbito universitario. Lo cual podría describirse como una suspensión de las reglas de interacción esperadas en el contexto del aula y la apertura de un espacio distinto regulado por otras normas.

Ante ese cambio de registro, introducido por la intervención de la alumna, puede detectarse en las palabras de Ana -a partir del uso de un tono de voz elevado, firme y cercano a la exasperación- un cierto intento de defensa, no sólo de su propuesta de trabajo en la materia, sino también una apelación tendiente a fundamentar el tipo de saber de la disciplina que ella está transmitiendo. Ella dice *“el tema del registro no es anotar lo último, de lo último del detalle, es ver el significado que tiene eso en ese contexto, que uno le está dando desde el lugar que ocupa, después si dentro de dos años cambio de óptica, cambio de rol en ese lugar voy a hacer otro registro. Y mi registro anterior me va a servir para reflexionar. La cuestión del registro es importante y por eso la cátedra hace hincapié en que aprendan estas técnicas cualitativas como pueden ser la entrevista y el registro.”*

La respuesta de la docente no parece tener la intención de facilitar la comprensión de los alumnos que manifiestan no entender la utilidad de una *técnica de registro antropológico* de acuerdo con lo que consideran pertinente para el aprendizaje de la medicina sino, más bien, la intención de justificar y fundamentar en los términos de la disciplina antropológica, la elección de estos instrumentos metodológicos. Ya no apela al *sentido común* como en la otra clase presenciada (Cfr. Cap. 3: 90), sino a los conceptos teóricos que se ponen en juego en el momento de realizar un registro antropológico. Conceptos tales como: *significado*, *contexto*, *rol*, entre otros, son conceptos de una densidad teórica importante, los cuales pueden ser entendidos de forma distinta dependiendo de la óptica del autor a partir de la cual se los esté considerando.

A esta fundamentación de la docente se le pueden dar distintas interpretaciones, si se piensa que en esta situación de debate/negociación se anulan en cierto sentido las reglas de interacción que indican lo esperado en el aula, puede decirse que las intenciones

comunicativas cambian. Este cambio puede observarse, en el caso de los alumnos, en los términos que utilizan para referir sus críticas y en la postura desde la cual hablan, es decir, una posición orientada más a cuestionar ciertas estructuras de la materia -modos de evaluación, carga horaria, etcétera- que a intentar comprender las explicaciones de sus profesoras. En el caso de las docentes, se pone en evidencia que los modos a partir de los cuales responden a los alumnos tienden a reforzar los argumentos con los que pretenden justificar la pertinencia de la perspectiva que propugnan aunque esto no implica poner en duda que los modos de transmisión de dichos contenidos no sean tal vez adecuados dadas las dificultades expresadas por los alumnos para la comprensión y apropiación de los desarrollos de estas disciplinas no médicas.

Si se tiene en cuenta lo analizado en el capítulo anterior, donde se dijo que la dificultad manifestada por los alumnos para comprender textos o métodos de un campo distinto al de la medicina tiene que ver con el horizonte de posibilidades que les habilita su hábitus, puede decirse que la respuesta de la docente cae en la misma dificultad. Explica la importancia de hacer un *registro antropológico* de la forma en que se lo justifica en el campo de las Ciencias Sociales y no a partir de pensar su justificación desde el campo de la medicina. Probablemente, la respuesta que la alumna comenta que recibió de la otra docente de antropología haya sido puesta en términos similares y esa sea la razón por la cual seguiría sin entender la *utilidad* de dicha técnica para el ejercicio de la profesión. Este reclamo no puede explicarse sólo por la existencia de dificultades personales de los alumnos o de los docentes a la hora de establecer la interacción, sino por circunstancias que parecen remitir a condiciones que van más allá de las intenciones de los actores y que son propias de la forma en que se estructura en la formación médica, la relación entre los contenidos propios de las humanidades médicas y de las materias ‘biomédicas’. Asimismo, estas condiciones remiten a los esquemas de pensamiento presentes en el hábitus y que posibilitan y/o impiden pensar y explicitar determinadas situaciones desde un hábitus distinto al que posee el agente.

En el debate se expresan algunas voces que argumentan a favor de la materia en donde aparece nuevamente el ejemplo de la *jornada de lactancia* que ya se mencionó⁵⁵ -

⁵⁵ Puede encontrarse la referencia a *la jornada de lactancia* en la página 104 del capítulo 3 donde se especifica en qué consistía tal actividad y cómo fue percibida por los alumnos.

según el relato de los alumnos entrevistados-, y que refuerza la idea de que ellos se perciben como *distintos* en relación a los estudiantes de otras facultades por tener *otra mirada* sobre los pacientes y aquello que los afecta desde una *perspectiva más holística*. Frente a esa afirmación, se abren dos posturas en cuanto a los aspectos de la materia que se aceptan y los que no, poniendo nuevamente la mirada sobre el modo de evaluación y su legitimidad en tanto se revele *útil* en función de la práctica médica. Una de las alumnas comenta: “yo estuve también en esa jornada de lactancia y lo que los chicos dicen tienen razón, pero eso no tiene nada que ver con lo que yo digo. Seguramente humanas nos da eso que nos pasó en la jornada de lactancia, pero mi crítica va a algo puntual y que es el registro. Yo no veo la utilidad, capaz a la larga sí, pero aunque sea a mediano plazo tengo que ver una evolución de lo que estoy haciendo. Por ahí cuando estudio psicología entiendo para qué lo estoy haciendo, pero con antropología no. Capaz que es la cabeza mía de medicina que hace que no me termine de cerrar ese punto. Después, eso que los chicos dicen yo opino lo mismo.”

Julietta agrega al debate “yo creo que la gran mayoría estamos de acuerdo en que es una materia muy importante para nuestra formación, que nos va a servir muchísimo en cuanto al modo de tratar a las personas culturalmente. Te enriquece en muchos sentidos, pero cuando llega el momento de hacer un trabajo como este, no sé, yo tuve una entrevista de una hora y media y estuve un día entero escribiendo en la computadora lo que me habían dicho y me parecía que ese tiempo lo podía haber usado para estudiar otra cosa, para dormir, y me parece que es mucho mejor que vengamos acá y comentemos las entrevistas a que nos embronquemos todos escribiendo en una computadora. Es la forma de evaluar lo que me parece que más molesta.”

El debate sobre la utilidad o la falta de utilidad del trabajo que propone la cátedra se inscribió, según se pudo observar, en términos de lo que los alumnos perciben como válido al interior del campo de la medicina y en función de la práctica de la profesión. En esa línea, el intercambio de opiniones entre los presentes se desarrolló apelando a argumentos similares a lo largo de la clase. Los alumnos no se apartaron de su postura que planteaba la no comprensión de determinados modos de evaluación y las docentes tampoco modificaron sus parámetros sino que procuraron transmitirles a los estudiantes, la importancia que para

su formación tiene el aprendizaje de las técnicas de registro empleadas por los antropólogos. En la argumentación de las docentes de antropología, se puede observar una recurrencia a tratar de legitimar su postura a partir de apelar a la tensión estructurante que se manifiesta en la práctica biomédica, en tanto recurso para evidenciar las falencias de la biomedicina, falencias atribuidas al carácter dual que define la misma y que se ha venido analizando en anteriores capítulos de la tesina. Cabe enfatizar también que para los docentes de antropología el instrumento de evaluación es asimismo el medio para el aprendizaje de la perspectiva antropológica, de modo que la disconformidad surge porque los alumnos tienen la doble tarea de invertir tiempo en aplicar la herramienta y en comprender en qué sentido este recurso metodológico les permitiría iluminar los aspectos humanos de la disciplina en la cual se están formando. Se infiere que la dificultad subsiste para los alumnos porque de acuerdo con la percepción de sus intereses más inmediatos, el esfuerzo destinado a la reproducción de esa técnica carecería de sentido porque ellos se están formando para ser médicos y no antropólogos. Por el contrario, desde la perspectiva de la docente de la materia, no sería válida la separación de la técnica y del saber antropológico respecto de su uso y, en pos de esta convicción, fundamentan la legitimidad de ese saber apelando a la importancia de adquirir las competencias necesarias para la implementación de dichas técnicas en el marco de la asignatura. Por eso la alumna dice, *me paso horas desgrabando una entrevista* -hecho que para el antropólogo es la vía de acceso a los sentidos del actor- *en vez de intercambiar ideas en el aula*. Más allá de estas consideraciones, vale la pena introducir la siguiente reflexión tomando en cuenta la perspectiva de los estudiantes sobre este punto y sin hacer una afirmación valorativa en pro o en contra de la importancia de este recurso metodológico para la formación médica: ¿qué sentido tendría reproducir las particularidades de la situación reflejadas en la entrevista, si el saber médico tiende a insertar a los individuos que intervienen en ella como ‘casos’ que pueden ser aprehendidos dentro de ciertos patrones o regularidades? Desde ese punto de vista, podría obtenerse un conocimiento adecuado haciendo un diagnóstico en el marco de la consulta médica, destacándose así, algunos rasgos pertinentes derivados de la entrevista, y no la totalidad de sentidos que se despliegan en la misma y que sí son para el antropólogo, una de las vías más adecuadas para acceder al conocimiento de las condiciones sociales, culturales e históricas de los sujetos. La utilidad de esa vía de acceso

al conocimiento del otro, aparece entonces bajo la forma de una proyección futura respecto de lo que los alumnos se van a encontrar cuando se enfrenten con las realidades de la práctica profesional y que son, según las advertencias de los docentes de humanidades, más complejas que las que se presentan en el curso de la formación de grado.

Al respecto, Ana les dice: *“La residencia es una picadora de carne, les falta poco para la residencia. En la residencia ustedes van a tratar con personas de carne y hueso que no vienen porque les duele la muñeca. Después de trabajar con grupos focales de residentes, te das cuenta de que no saben cómo abordar la relación con un paciente que viene con cosas que no tienen nada que ver con la enfermedad. Entonces vos qué querés ver, que el paciente te diga lo que el manual dice que está bien o que está mal. El manual es una guía, es teoría, que hay que saberla, pero que en el consultorio no alcanza. En el ejercicio de la profesión no alcanza porque somos seres biopsicosociales con toda la complejidad cultural que lleva.”*

Puede decirse que esta argumentación, por encontrarse ligada a la práctica, corre el riesgo de no ser comprendida hasta tanto los alumnos no se encuentren con las complejidades de la relación médico- paciente y aún así, lo que la intervención médica define como legítimo, tiende a recortar o minimizar, los aspectos que hacen a esas otras dimensiones de lo social. Aparece aquí también, la dificultad de transmitir un problema vinculado a la experiencia que estos estudiantes aún no han atravesado.

Hacia al final de la clase, al no poder encontrar un consenso entre alumnos y docentes, se ‘negocia’ la modalidad de trabajo. Ana opta por implementar las sugerencias de los alumnos. Ella dice: *“La clase que viene empezamos con el inicio de la vida, no les voy a pedir que hagan ninguna grabación, pero si tienen algún ratito con sus madres pregúntenles, cómo nacieron, cómo fue el embarazo, cómo fue el parto. Si llegan a encontrarse a la abuela, lo mismo, cómo fueron sus embarazos. Pregunten, no lo tienen que hacer por obligación. Solamente les dejo la pauta.”*

Esta cuestión de la negociación de las condiciones de trabajo a lo largo de la cursada en función de los planteos de los alumnos, es reconocida por parte de los docentes entrevistados y se describe como un aspecto positivo. No parece ser visto como una

debilidad o como un lugar cedido sino más bien como la posibilidad de construir un acuerdo entre lo que los alumnos y los docentes. Gustavo comenta:

“Yo prefiero darles la posibilidad de que ellos decidan conversar a cara descubierta, abiertamente sin ningún problema sobre lo que ellos decidan o tengan ganas de comentar incluso también la posibilidad de negociar. Y obviamente todo esto es discutible, porque puede ser considerado como algo muy malo, pero de negociar con ellos la modalidad de trabajo. Si bien yo creo que lo fundamental es la selección de los contenidos yo creo que es mucho más importante que la metodología que finalmente uno va a utilizar (...), pero bueno, yo creo que fijar los contenidos es lo más importante y trato de negociar con ellos también. (...) El otro día conversábamos de hecho con algunos estudiantes que probablemente en algunas situaciones muy fáciles o que se sienten muy cómodos por ahí no aprenden tanto como en aquellos casos donde se sienten incómodos o sienten dificultad.(...) En antropología médica a veces se les piden que hagan entrevistas y que después las desgraben, que a veces resulta muy molesto para ellos, mucho tiempo de trabajo, sobre todo hacer una entrevista y después desgrabarla, pero bueno, me parece que nosotros tenemos que preocuparnos no solamente de que ellos estén entusiasmados, pero además de que estén entusiasmados ocuparnos también de fortalecer aquellas cosas que podrían ser debilidades y eso tiene un costo que es el esfuerzo.”

Las palabras del docente, en las que se reconoce como válido el planteo que hacen los alumnos en relación a determinadas pautas de trabajo, trae nuevamente a escena el problema del enfoque teórico-metodológico de las humanidades médicas que, como se ha visto en capítulos anteriores, obliga a los alumnos a reflexionar en torno de situaciones y experiencias de la práctica médica que los estudiantes aún no han tenido la oportunidad de atravesar y que asimismo implica sumar mayor complejidad a la hora de medir o evaluar el aprendizaje de los contenidos propuestos en dicha materia. La aceptación de esta instancia de *negociación* de ciertos aspectos de la cursada parece ser percibido entonces, por parte de los docentes, como una posibilidad de acercarse a las opiniones de los alumnos y obtener algún tipo de aproximación a los beneficios y desventajas de una u otra metodología pedagógica en función de lo que los alumnos expresen. La ‘negociación’ aparece entonces

como un modo de dar respuesta de forma espontánea a las dificultades con las que se topan los docentes de Ciencias Humanas a medida que se desarrolla la cursada.

El problema de la carga horaria de la materia, en lo que refiere a extensión de la cursada y al tiempo que les insume a los alumnos cumplir con los trabajos, es otro de los planteos que más se repiten, tanto en las entrevistas personales, como en estos espacios de debate que se han analizado antes y que son la ocasión para la negociación. Aquí se ponen en juego diversos intereses en función de los saberes que los alumnos perciben como legítimos. Aparece el interrogante de cuál es la cantidad de tiempo que es necesario invertir en la formación académica vinculada con las humanidades médicas.

El parámetro que usan para medir y expresar sus opiniones al respecto, por un lado, es la cantidad de tiempo que dedican otras facultades a materias vinculadas a dicho área y, por el otro, en función de la cantidad de tiempo que insumen las materias que ellos perciben como legítimas en tanto capitales válidos que deben poseer para su entrada y desempeño profesional en el campo médico. En la clase, a partir del cuestionamiento al trabajo propuesto por el eje de antropología que se ha estado describiendo aquí, surge también el planteo de la *gran carga horaria* que representa para los estudiantes la cursada de *Humanas*. Los alumnos reconocen abiertamente ante las docentes que esa cantidad de horas de cursada, sumado a los distintos trabajos que se le propone desde los distintos ejes, los conduce a minimizar, en función de las otras materias que cursan, el tiempo que van a asignar para el cumplimiento de las exigencias de la materia Ciencias Humanas, que entonces aparece relegada en la práctica al ‘último lugar’. Una de las alumnas dice al respecto: “Yo creo que lo que plantea mi compañera⁵⁶ es una especie de sentimiento colectivo porque nosotros estamos transitando de primero a quinto la carrera de medicina y esto es una especie de optativa que tenemos obligatoria para formar lo que es la entidad médica”. En el medio de su declaración, Mariana, la docente, interrumpe y le aclara que la materia Ciencias Humanas no es una *optativa obligatoria*, de modo que entonces la alumna se corrige y retoma el argumento: “Bueno, es una materia obligatoria que a veces cuesta llevarla a cabo porque nosotros estamos formándonos como médicos y para mí hacer un trabajo para bioética, para antropología y a todos nos pesa cuando tenemos que estudiar,

⁵⁶ Aquí la alumna hace referencia al fragmento antes transcripto en el que otra alumna comenta la dificultad que tiene para comprender qué utilidad le aporta hacer un registro antropológico como trabajo de evaluación.

pero yo creo que al menos hoy nosotros no podemos sacarle el jugo porque queremos estudiar y aprobar fármaco, clínica, pediatría y es lo que más nos interesa. Hablo de quinto año, pero por ahí el día de mañana no vamos a tener que hacer un registro, pero capaz que alguno puede aprovechar esto de alguna forma, va a poder escuchar de otra forma, mirar de otra forma. Yo entiendo que es re pesado. A mí también me re cuesta. De los cinco años me costó más que otras materias, he tenido notas más bajas que en otras materias, pero más importantes a lo que es medicina como carrera. (...) Es una materia que te ayuda a formarte como médico, pero que no es específica de la carrera.”

Otro de los alumnos comenta:

“El tema es que descontextualizado así, suena como tanta reactividad por un trabajo. El tema que yo creo que nos pasa a nosotros es que tenemos una carga horaria monstruosa y en nuestra escala de prioridades, lamentablemente, esto queda, en la gran mayoría, en la base. Entonces no sé si es el trabajo el culpable es el contexto general que nos mata. Tener que estudiar para una cosa, para otra. Y ya hicimos un montón de trabajos que no nos han parecido y nos cuesta convencernos de la utilidad. Realmente nos cuesta. Porque cuando estábamos en segundo nos decían de tal cosa y hoy tampoco le vemos la utilidad. Entonces nos cuesta convencernos de que vaya a haber una utilidad directa en algún momento.”

Otro alumno apoya estos argumentos:

“Lo que dice él tiene razón, en su momento fue una sumatoria de cosas que quizás nos cuesta ver el objetivo, pero también lo que dicen que nos da cultura, eso es una cosa que se nota mucho. Hemos visto cosas que son muy enriquecedoras, por lo menos para mí. Cuando vos te ponés a pensar con tu cabeza de médico, así, cuadrado, ves que con esto te enriquecés culturalmente. Pero cuando comparás muchas cosas que vimos, con una entrevista con tu abuelo, decís: ¿para qué me sirve? Si vos armás debates es mucho más enriquecer y podés complementar con teoría. Y ahí te enriquecés y no sos un médico ignorante”.

Estas declaraciones que hemos transcripto aquí, en las que los alumnos intentan activamente transmitir a los docentes las percepciones que tienen respecto de la materia en cuestión, contienen algunos aspectos que podrían resultar contradictorios, pero que en realidad, ratifican la tensión entre dos tipos de saberes propia de la biomedicina. Se observa, por un lado, una intención por legitimar el tipo de saber que transmite la materia,

al manifestar que ellos entienden la importancia de la misma como un enfoque distintivo en el ejercicio de su profesión pero, por el otro, este aporte positivo se interpreta en los términos de un *enriquecimiento cultural* de la persona, o un aporte para ampliar la *cabeza cuadrada de un médico*, pero no como una competencia técnica para su formación profesional en un mismo plano de legitimidad como el que ocupan, por propio derecho, las materias biomédicas. En ese punto se puede observar que el discurso de los estudiantes se construye sobre una cierta dialéctica entre un modo y otro de entender la práctica médica. Se podría decir que la visión de mundo que ellos perciben como legítima, esto es, propia de la biomedicina, se vería enriquecida con el aporte de las humanidades médicas. Esta visión se puede apreciar en su valoración positiva de las humanidades médicas como enfoque general referido a la persona y a cierto capital cultural, pero finalmente, la biomedicina se impone como el saber legítimo en tanto conocimiento necesario y excluyente para ser un buen médico. Es así que, para los estudiantes, el saber de las humanidades médicas sigue siendo percibido como un tipo de saber que *no es específico de la carrera* y que entonces es objeto de cuestionamiento en la práctica en lo que respecta al reconocimiento pleno de su *utilidad* futura para el ejercicio de la profesión.

En los discursos citados, se puede rastrear que el término *cultura* es utilizado como un sinónimo de saber -opuesto a la ignorancia⁵⁷- la cultura aparece como un tipo competencia o un conjunto de saberes factibles de adquirir y no como una dimensión construida socialmente que atraviesa a todos los sujetos que forman parte de una determinada sociedad. Esto se puede vincular al modo en que históricamente la biomédica ha construido su objeto de estudio, el cual se puede sintetizar en lo que aquí se ha llamado el proceso salud-enfermedad-atención, dejando de lado los componentes socioculturales que modelan dicho proceso. Este modo de abordaje que deja al margen esos factores como determinantes del proceso antes nombrado es el que se reproduce en la enseñanza de las materias ‘biomédicas’ y que configura el hábitus médico, a partir del cual los alumnos perciben y explican el mundo. Esa limitación, inherente a su formación, les impide comprender en su totalidad a la ‘cultura’ como una dimensión que forma parte de la

⁵⁷ Si bien no es el objetivo del presente trabajo realizar una indagación profunda sobre la noción de cultura que circula dentro de este grupo de estudio, se cree necesario hacer una mención a este aspecto que aparece en los discursos considerados.

construcción de su objeto de estudio y no como una cualidad ‘personal’ que puede tenerse o no.

Esto se observa en el hecho de que pese a que las docentes buscan relativizar y contextualizar el tipo de saber que están incorporando, indicándoles que lo ‘verdadero’ en términos científicos es una construcción social que depende de los contextos socioculturales⁵⁸, hay una marcada resistencia a aceptar las perspectivas que relativizan e historizan el saber médico y científico, ya que desde la tradición biomédica, este se representa como un saber válido más allá de toda producción histórica y social particular. Puede decirse entonces que los alumnos perciben estas concepciones como algo que no forma parte de la formación médica y, por ende, lo ubican en el lugar de lo *optativo*, de lo relegado, de lo que no se prioriza. Para apoyar esa postura que defienden, que los lleva a manifestar su malestar con la cantidad de horas asignadas a las materias humanísticas, apelan a la comparación y contrastación con otras instituciones educativas en las que se dicta la carrera de medicina.

Se ha mencionado al principio de este trabajo (Cfr. Introducción: 9) que el espacio asignado a la formación en Humanidades Médicas en el Instituto Universitario del Hospital Italiano es mayor si se lo compara con el de otras facultades e institutos universitarios. Esta información también parece ser conocida por parte de los alumnos⁵⁹ y de hecho la utilizan para argumentar y fundar su reclamo de reducción de la carga horaria. El hecho de que la facultad a la que ellos asisten dedique más espacio a la formación en humanidades médicas parece ser percibido a la hora de las críticas mencionadas, como un aspecto negativo. Aquí aparece un debate entre ellos, que se ha podido presenciar, en torno al hecho de que al momento de elegir e inscribirse en la carrera sabían que la materia Humanidades Médicas tenía asignada esa carga horaria en el plan de estudios. Esto es expresado por algunos alumnos en términos *contractuales*. Un alumno les dice a sus compañeros: “*particularmente a mí no me gusta hacer trabajos de esta manera, no me gusta, pero el*

⁵⁸ Incluso una de las docentes ilustra esta concepción con la variación que ha tenido a lo largo del tiempo la indicación médica respecto de la posición adecuada en la que deben dormir los bebés recién nacidos.

⁵⁹ Puede conjeturarse, según lo informado por los alumnos entrevistados, que el conocimiento de dicha información se obtuvo a partir del proceso de selección de la facultad a la cual asistirían. Todos los entrevistados comentaron que optaron entre dos o tres facultades preseleccionadas, entre las más nombradas apareció el CEMIC y la Universidad Austral. Ambas, como se ha mencionado al principio de este capítulo, tienen en su plan de estudios materias dedicadas al área de las ciencias humanas, pero en menor cantidad de carga horaria que el Instituto Universitario del Hospital Italiano.

ingresar a la universidad es un contrato de adhesión. O sea, uno sabe lo que va a pasar, sabe cuáles son las materias y esto es una cursada que hay que hacer. Nosotros queremos cambiar bastantes cosas, pero nadie va a decir que no estaba avisado o qué pasó. Una multiplicidad de voces se superponen al replicarle: ¡No!, ¡no!. Yo acuerdo con ustedes... (todos hacen silencio), pero son pautas que hay que cumplir.” Distintos alumnos le responden que ese “no es el punto” que ellos están planteando “puntos particulares”. Estos contraargumentos apuntan a confirmar que al momento de ingreso aceptaron el plan de estudios y las condiciones de cursada como quien acepta los términos de un contrato. Lo cual tiene una cierta correspondencia con lo informado por los alumnos en el marco de las entrevistas que les fueron realizadas para este trabajo. Los cinco estudiantes entrevistados manifestaron haber elegido el Instituto Universitario del Hospital Italiano por el *prestigio* que se le asigna socialmente al mencionado hospital y no por alguna cuestión diferencial del plan de estudios. El cuestionamiento que ellos le realizan a las docentes se manifiesta en términos comparativos e implica que, si en términos generales, las otras facultades le dedican menor tiempo de cursada a las humanidades médicas, eso es un índice de que las otras instituciones están procediendo de modo correcto y que el instituto al que ellos asisten, estaría cometiendo un error a la hora de asignar prioridades a determinados contenidos en detrimento de otros. En algún sentido, parecen afirmar que existiría una especie de ‘pauta ideal’ que indicaría cuál es el tiempo de cursada adecuado para las humanidades médicas, -que otras facultades adoptan- a diferencia del instituto al que asisten. Este planteo se ve reforzado cuando recurren como ejemplo de esa ‘pauta ideal’ al plan de estudios de la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a la cual ellos llaman *La Facultad de Medicina*. Esta forma de denominarla parece ubicar simbólicamente a esta facultad, en el lugar de referente máximo contra el cual realizar la comparación y legitimar su postura crítica respecto de la institución en la que se están formando como médicos. Sobre todo si se tiene en cuenta que la gran mayoría de los entrevistados consideró en algún momento la posibilidad de estudiar en la UBA por el prestigio social que se le atribuye a la misma y a sus futuros graduados. Incluso todos informan que además de anotarse en el curso de ingreso del Instituto Universitario del Hospital Italiano, también se inscribieron en el Ciclo Básico Común de la UBA, como alternativa de estudio en caso de reprobación del curso de ingreso a la carrera impartida en el

Hospital Italiano. Su decisión de dejar de lado la posibilidad de estudiar en la UBA, en términos generales, está asociada con dos cuestiones que también confluyen en la percepción del papel que juega el tiempo en la formación universitaria. Una, se refiere a la ventaja de no tener que cursar el Ciclo Básico Común, lo cual implica sumar un año más a la carrera si es que se aprueban todas las asignaturas; la otra, remite al hecho de que perciben ciertas desventajas en las condiciones de cursada en la universidad pública que no existirían en las instituciones privadas, como por ejemplo, las interrupciones motivadas por reclamos salariales o de otro tipo por parte de los docentes, así como el carácter masivo que presenta la universidad pública. Estas consideraciones negativas no vulneran el reconocimiento y la valoración de la que hacen objeto a la Facultad de Medicina de la UBA: una autoridad legítima en el campo de la medicina, en tanto se la percibe como el modelo para definir qué es válido y qué no en lo que respecta a la formación académica de los futuros médicos. Por lo que, el hecho de que la UBA sólo incluya en su plan de estudios Bioética I y Bioética II es la base del argumento de los alumnos para demostrarles a sus docentes de Ciencias Humanas que el criterio para definir la duración de la materia es erróneo o, al menos alejado del criterio correcto e ideal, utilizado por la UBA. Bruno dice: *“Todos nos ponemos de acuerdo que el registro está bien. Pero hay un problema acá, que es un problema de concepción, que es: si yo aprendí clínica neurológica en dos semanas, no me pueden venir a decir que yo necesito 5 años de humanas. (...) lo del registro lo podríamos haber aprendido en un cuatrimestre inclusive, o sea, es una cosa, una exageración de tiempo, en humanas, ese es el problema.(...) Yo creo que se podría comprimir en 3 años o 2 años y se podría aprender: el registro, bioética, psicología, todo, en 3 años.”*

A lo que la docente Mariana -que como se mencionó con anterioridad es médica cirujana-, responde: *“puedo decir que clínica neurológica en 2 semanas no puede ser. No es un problema de humanas, es un problema de clínica neurológica. (...) En la UBA la carrera son 7 años con el CBC, son 6 años. Ese es otro problema, lo que te estoy diciendo es que tenés razón, que hay como un desbalance, pero no es una cosa que tengamos que venir a hablar acá. Yo en mi carrera tuve 3 años de clínica, 3 años de cirugía y neurología era anual.”* En relación a este mismo punto Bruno comenta durante la entrevista:

“Yo no creo que las personas que estudian filosofía o comunicación como vos –en referencia a mí-, tengan seis años de antropología. No sé cómo explicarte. A nosotros nos meten seis años de antropología gratis. Según lo que dicen las malas lenguas, humanas fue un requisito para abrir esta facultad, como que era lo que la diferenciaba del resto de las facultades, que puede ser perfectamente, y como que nunca se quiso hacer un replanteo de la carga horaria. Muchas veces se ha hecho este planteo, en diferentes ámbitos y con diferentes autoridades o docentes y nunca se quiso replantear el tema. Yo hace cinco años que vengo peleando por esto y nunca se hizo nada. Es como que es mejor cerrar los ojos y no abrirlos y no ver el caos que es la organización de esta materia. Tenés una organizadora de la materia que hace cuatro años que no se dedica a la materia. Entonces como te digo, mejor cerrar los ojos y no ver que está pasando esta crisis institucional dentro de la materia a abrirlos y tener que reconocer lo que pasa desde hace años. Acá hay que hacer un replanteo y muy grande y creo que no hay gente dispuesta a hacerlo.”

Julieta agrega:

“La profesora Mariana le da mucha importancia, para ella es fundamental, es realmente fundamental y es respetable, a ella hay cosas que le parecen importantísimas. Yo no digo que humanas esté mal como materia para nada, es bastante importante, pero no seis años y no tantas cosas que no son relevantes para nosotros. Bruno le dijo a la coordinadora de la materia que le parecía que era una guasada, que no puede ser que tengamos más carga horaria en total de humanas que de clínica y entonces la mina le responde: si, yo opino lo mismo. Y él dijo ¡buenísimo! Y la mina le contestó: le agregaría un año más a la carrera (risas). Viste cuando decís no, ¿entendés? Ella nunca va a ceder su espacio y nunca va a decir que está de más o lo que sea porque para ella es fundamental; es así. Qué se yo. Y lo planteamos mil veces.”

Por su parte Pilar comenta:

“Yo por ahí tengo compañeros que dicen antropología no sirve, no, yo no, creo que los cuatro ejes son ejes importantes y hay algunos textos que decían “uy, este texto” que capaz se podrían haber adaptado un poco a nuestro vocabulario como estudiantes de medicina porque por ahí te dan un texto de antropología y vos decías “uh, esto me cuesta un montón”, yo no digo que no tendría que haber sido tan extensa en cantidad de años, porque es importante, pero que haya sido un poco más acotada en cuanto a temas.”

La crítica a la extensión de la materia a lo largo de los seis años de la carrera es uno de los puntos que más se reiteran en las manifestaciones de los alumnos y, por otro lado, aparece nuevamente el pedido de la *adecuación* de los textos para los estudiantes de medicina.

Un aspecto llamativo es el hecho que los alumnos mencionen que la docente a cargo de la materia, en cierto sentido, no está dispuesta a replantear la extensión de la materia. La cantidad de años que debe dictarse la materia parece indicar el límite de la negociación. Ese aspecto aparece entonces como aquello que no se negocia. Esta postura puede rastrearse también en lo ocurrido en la clase de antropología en la que se abrió el debate. Frente a los planteos de los alumnos que de manera recurrente manifiestan que tienen más cantidad de carga horaria de Ciencias Humanas que de Clínica o Microbiología, la docente responde que el problema es que tengan una cursada acotada de Clínica es un problema de esa materia y no de Ciencias Humanas. Incluso utiliza el mismo argumento que los estudiantes. Recurre al plan de estudios de la UBA para demostrarles que los alumnos de dicha institución tienen una cursada más extensa de Clínica. El uso de este recurso argumentativo resulta llamativo ya que la autoridad legítima que se le reconoce a la UBA para definir el plan de estudios ‘ideal’ es usada por los distintos actores que intervienen en el debate como fundamento de sus diferentes posturas. Por un lado, los alumnos recurren a ella para justificar la necesidad de reducir la carga horaria de Ciencias Humanas y, por el otro, los docentes la retoman para reorientar la discusión e incluir la necesidad de un replanteo del espacio curricular asignado a cada materia y no sólo a las humanidades médicas.

Por otro lado, si bien los alumnos tienden a asumir que la responsabilidad en la asignación de la carga horaria de la materia pasa por la decisión de los docentes a cargo - quienes no parecen estar muy dispuestos a ceder sus horas de cursada para que sean utilizadas por otras materias-, no es un asunto que pase sólo por la decisión u opinión de un docente en particular. Es una discusión que sólo puede ser planteada desde la Institución y debatida en el marco de la planificación académica. Sin embargo, los alumnos no perciben esto así y, como se vio, el planteo parece agotarse en la instancia de la materia y no en el ámbito de la institución.

De todas formas, esta postura podría indicar no tanto una cuestión de índole pedagógica, sino de diferenciación de la oferta académica en relación con otras instituciones educativas que dictan la carrera de medicina. Gustavo a lo largo de la entrevista reconoce la necesidad de un replanteo de reducción de la carga horaria como un factor que sería valorado por los alumnos *“Yo creo que está bien bajar la carga horaria, creo que hay que bajarla más todavía dentro de la planificación académica, ver dónde recortar, por qué hacerlo ahí y no allá y cómo aprovechar esa disminución de la carga horaria. (...) Yo en general te diría que cuando ellos se inscriben a la carrera de medicina y esto lo digo un poco por experiencia personal, uno no se inscribe esperando encontrarse con este tipo de abordajes, con esta materia y mucho menos a lo largo de 5 años. Esta carrera dura 5 años con lo cual te diría que es una materia troncal y que acompaña prácticamente toda la carrera incluso en sexto año hacen trabajo de portfolio aunque no cursen con lo cual es quizás un poco impactante inicialmente, es un poco extraño para ellos porque es algo que no estaban esperando. (...) Yo creo que en general ellos entienden la importancia de hacerlo y reconocen el valor de hacerlo, pero tienen una gran exigencia horaria, hay una carga horaria en esta universidad y en tanto las horas no alcancen o ellos perciben que no alcanzan para hacer todo lo que deben hacer jerarquizan y tienen que establecer prioridades y claramente las prioridades son las materias clásicas como clínica médica, cirugía y eso tiene una razón también de ser, es decir, claramente todo tiene que estar en su justa medida y una cosa en exceso puede jerarquizar precisamente porque es demasiado respecto de lo que debería ser, pero digamos que no es que yo crea que los estudiantes hagan mal en jerarquizar creo que todo el mundo jerarquiza establece prioridades y hay una razón para pensar que uno tiene en primer instancia que poder diagnosticar, establecer un pronóstico y un tratamiento y que nunca uno puede dejar de aprender todas esas cosas para pensar la historia de la medicina, ¿no? creo que en su justa medida puede andar muy bien, pero creo que es uno de los casos y una de las temáticas que siempre está en discusión, cuáles son los tiempos indicados, a la cátedra en general y a cada uno de los abordajes en particular que puede diferir, no necesariamente se le tiene que dedicar a la historia de la medicina la misma cantidad de horas que a ética médica”*

Lo relatado por los alumnos y por Gustavo lleva a considerar que la jerarquización que efectúan los alumnos entre las distintas materias podría ser una forma de dar respuesta a esa tensión que se les presenta entre aquello que perciben que ‘deben aprender’ para ser médicos, representado a través de las llamadas materias clásicas de medicina, y lo que perciben como un saber adicional, representado por el enfoque de las humanidades médicas.

Esta jerarquización diferencial de ambos tipos de conocimientos se hace evidente en ocasión de la proximidad de los exámenes. Los momentos del año en que los alumnos son evaluados en las distintas materias de la carrera, son también motivo para la realización de reclamos por parte de los alumnos con vistas a negociar con los docentes aquellos contenidos y materiales que va a ser objeto de la evaluación. Se ha tenido la oportunidad de tomar contacto con los alumnos en la fecha cercana a los exámenes finales de diciembre de 2011, época en que la gran mayoría rendía sus últimas materias, lo que posibilitó observar en forma directa, cómo se conjugan estos modos de dar respuesta -que se han denominado ‘negociación’ y ‘jerarquización’- a las dificultades que aparecen en la cursada. Para la mencionada fecha, más de la mitad de los alumnos tenía previsto rendir un calendario de cuatro exámenes finales correspondientes a las materias de *Toxicología*, *Salud Pública III*, *Ciencias Humanas V* y *Tocoginecología*. La aprobación de los cuatro exámenes implicaba para los alumnos la posibilidad de considerarse *recibidos*⁶⁰ por terminar su último año de cursada y pasar al Internado Anual Rotatorio en el cual están obligados a asistir a rotaciones programadas por los distintos servicios del hospital pero que, a diferencia de las materias, no se aprueban por medio de instancias formales de evaluación. Los exámenes que los estudiantes calificaban como los más *difíciles e importantes* eran los de *Toxicología* y *Tocoginecología*. Los otros dos eran nombrados como una instancia obligatoria, de menor dificultad e importancia, que tenían que atravesar y aprobar para *recibirse*. En términos generales, todos los alumnos coincidían en comentar que llevaban alrededor de un mes estudiando para esos dos exámenes, principalmente para el de *Toxicología*. En ese contexto, en una de las últimas clases de la materia *Ciencias Humanas*, correspondiente al eje de *Historia de la Medicina*, tuvo lugar la presentación de la bibliografía obligatoria para

⁶⁰ El termino *recibidos* es relativo en ese caso ya que no obtienen su título de grado hasta no terminar el sexto año de la carrera correspondiente al IAR (internado anual rotatorio). Una vez finalizado ese ciclo tienen una última instancia de evaluación denominada *examen final integrador*.

el final de la materia. Este hecho, pareció despertar inquietud y preocupación en los alumnos en función de su prioridad en ese momento, que como se dijo, pasaba fundamentalmente por las materias que percibían esenciales a la hora de recibirse. La bibliografía para el final de Ciencias Humanas se componía de veintiún textos de Psicología, cinco de Historia de la Medicina, once de Antropología y quince de Bioética. Ante la mención de la bibliografía, se generó una reacción colectiva de protesta ante la cantidad de textos seleccionados por los docentes y que los alumnos calificaron como *excesiva*. Los planteos se orientaron a manifestar que no era posible leer esa cantidad de material en el tiempo que tenían disponible y destinado para el estudio. De mantenerse esa cantidad de textos, ellos manifestaban, no iban a poder preparar el examen para la fecha prevista y por lo tanto no iban a poder recibirse.

En esta instancia, la asignación de prioridades que los alumnos tenían prevista efectuar no pareció suficiente como previsión adecuada a los fines de cumplir con la evaluación y se apeló entonces a la negociación. Los alumnos procedieron a realizar un pedido expreso al docente que presentó la bibliografía del examen final, con la intención de que intercediera por ellos y negociara con la coordinadora de la materia y, eventualmente, con la docente del área de Psicología, una reducción de la bibliografía obligatoria para ese área.

Finalmente, así sucedió. A los pocos días, los alumnos fueron notificados de que la bibliografía a ser evaluada para el eje de Psicología fue reducida de veintiún textos obligatorios a siete. Los catorce textos restantes fueron clasificados como *optativos* y *complementarios*, es decir, no obligatorios para la evaluación final. Julieta cuenta al respecto: *“Esto es una fecha más y para la que tenés que estudiar. Hay textos que te los agregan de la nada, que no sabés de donde salieron y te los agregan. Eso pasa más que nada en psicología. Ahora para este fecha acortó igual, nos quejamos y acortó”*

Este ejemplo concreto de negociación frente a una situación particular de examen, permite delinear algunas consideraciones en relación al tipo de saber que representa la materia Ciencias Humanas así como pone en evidencia una vez más, algunas contradicciones entre las respuestas dadas por los docentes y ciertos cursos de acción seguidos. Resulta llamativo que los mismos docentes que definen el espacio de la materia

Ciencias Humanas como *troncal* modifiquen el material de evaluación obligatorio, restándole catorce textos a un eje que compone la materia. Mariana dice en relación con esta asignatura: *“la materia ocupa un lugar muy importante. Eso no quiere decir que eso esté ni remunerado, en orden a la importancia ni apreciado, ni nada. En cuanto a la carga horaria, a la linealidad de primero a sexto ocupa un lugar troncal de mucha influencia con los alumnos y eso, por lo menos a mi entender, es muy bueno.”*

Pero el curso de acción seguido como respuesta al reclamo de reducción de la bibliografía obligatoria, puede interpretarse como un espacio cedido por los docentes en función de los intereses de los alumnos, de la asignación de prioridades y de la percepción de utilidad acordes con el tipo de saber que estos definen como legítimo. El pedido de reducción del material bibliográfico se interpone ante los docentes de la materia Ciencias Humanas y no a otras materias del ciclo biomédico o del ciclo clínico. Esto no es inocente y, como ya se ha dicho, se vincula con los saberes, entendidos como capitales, que los estudiantes consideran que deben adquirir para ser médicos. Incluso la docente, al hablar de la materia, si bien la define como importante –*troncal*– reconoce que no es considerada de la misma manera por los alumnos e incluso por otros miembros de la institución. Mariana agrega: *“Los alumnos se quejan todo el tiempo. Sienten que no es la materia importante. Sobre todo en los primeros años, donde tienen otra carga de cuestiones puramente biológicas que les parecen bastante más importantes. Yo sigo sosteniendo que es absolutamente necesario, pero no suficiente. Que la formación en esta área es importante. (...) Creo que se debe un poco a la cuestión de la tradición. Algunos tienen padres, o tíos o algún familiar médico que de esto nunca escuchó hablar pero ni una palabra.”*

En las palabras de Mariana aparecen algunos aspectos a señalar. El hábitus médico no sólo se incorpora en el marco de la formación académica de grado y que tiene lugar en el aula o en otros espacios de la institución, sino también en otras instancias vinculadas a la práctica profesional. De modo que la formación es una instancia definida como *necesaria, pero no suficiente*. A pesar de las quejas de los alumnos por lo que entienden como excesivo, la docente considera que el espacio destinado a incorporar los distintos aspectos que propone la materia, resulta insuficiente ya que la tradición que predomina y que

comparten los profesionales de la medicina está mediada por otras representaciones de lo que implica el ejercicio de la medicina. En tal sentido, la docente le atribuye a la *tradición* un peso simbólico que operaría como una especie de ‘guía’ para los estudiantes y explicaría el hecho que ellos perciban la materia Ciencias Humanas como “*menos importante*” que el conjunto de las materias biomédicas. Aquello que se llama tradición, según la perspectiva de la docente, puede traducirse en términos de autoridad legítima. Ya se ha dicho que los estudiantes reconocen en aquellos titulares de cátedra *-docentes que son médicos-*, una autoridad legítima, esto es, la capacidad técnica para definir qué contenidos son pertinentes o no en el aprendizaje y formación médica.

Las palabras de la docente permiten reconocer también, cómo otros agentes vinculados al campo de la medicina, por ejemplo el caso de los familiares médicos o los profesionales con los cuales un individuo toma contacto a lo largo de su vida, operan como vehiculizadores de la visión del mundo legítima, contribuyendo con ello, a construir una representación de las humanidades médicas que las define y ubica como un saber ‘ajeno’ a la medicina.

En tal sentido, es posible comprender por qué sería poco probable que hubiese de parte de los alumnos ‘lugar’ para realizar un planteo de reducción de bibliografía obligatoria al titular de la materia Toxicología, por citar un ejemplo.

En relación a los docentes de la materia Ciencias Humanas, se puede decir que el hecho de que los mismos acepten ‘ceder’ a estos reclamos, es una expresión del lugar subordinado en el que se ubica dicha materia, y de la dificultad que implica para estos docentes, construir y sostener un lugar de legitimidad en el plan de estudios de la carrera. En tal sentido, el repentino cambio de categoría de determinados contenidos de la bibliografía de la materia *-de obligatorio y evaluable a optativo y complementario-* como respuesta al reclamo de los alumnos, en parte podría contribuir a consolidar las representaciones que los estudiantes tienen de los *docentes que no son médicos* y que los conduce a cuestionar los criterios utilizados por estos docentes para definir contenidos y propuestas de lectura. Asimismo, parecería propiciar la emergencia de nuevas negociaciones para conseguir que aquellos contenidos que se plantean como *obligatorios* en un momento, puedan ser puestos ‘bajo sospecha’ en ocasión de las evaluaciones futuras.

Por otro lado, resulta interesante para el presente análisis, que la responsabilidad de poder cumplimentar con todas las instancias de evaluación esté puesta, en cierto sentido, del lado de los docentes y no de los alumnos. El planteo parece indicar que la posibilidad de *recibirse* pasa por una reducción de la bibliografía a evaluar por parte de la materia Ciencias Humanas y no por el compromiso que puedan llegar a tener los alumnos con esa materia y la correspondiente instancia de evaluación. Todo esto conduce a reforzar la interpretación del peso diferencial de la materia Ciencias Humanas en el contexto más amplio de la carrera, y, por ende de la escasa capacidad de los docentes para responder a los reclamos de los alumnos, como no sea aceptando disminuir sus exigencias, aunque esto refuerce y legitime, implícitamente, no sólo el lugar subordinado en el que los alumnos colocan a esta materia, sino, también, la separación entre tipos de conocimientos: el conocimiento de las humanidades, definido como ‘no médico’ y el conocimiento ‘médico’ propiamente dicho.

Considerando a Bourdieu (1990), ya se ha mencionado que el Instituto está enmarcado dentro del campo médico, en el cual, los saberes que la biomedicina como disciplina y profesión postula como verdaderos e imprescindibles en la formación médica, son los que conllevan el mayor reconocimiento como capital simbólico. El proyecto académico de dicho Instituto, que propone una formación en el área de Humanidades Médicas a lo largo de los seis años que dura la carrera de medicina, le otorga un carácter troncal a un tipo de saber que, en tanto capital, no se corresponde enteramente con el modelo médico dominante y por ello no es reconocido en el mismo plano de legitimidad por parte los agentes que participan del campo. Esa valoración de las Humanidades Médicas, contrapuesta a la que domina en el campo, introduce, como se ha visto, una serie de tensiones y conflictos al interior del espacio institucional. Estas negociaciones entre alumnos y docentes en el ámbito de la cursada que se han venido analizando, parecen funcionar como una forma de dar respuesta a los conflictos que surgen frente a la tensión que se produce cuando un tipo de saber, históricamente dejado de lado por la biomedicina, es reintroducido en el plan de estudios de la carrera, como parte de un proyecto institucional que le asigna una carga horaria y una extensión a lo largo de la formación médica. En cierto sentido, este proyecto se contrapone con los valores dominantes en el campo médico y con las percepciones de los agentes que le asignan una jerarquía menor a

las humanidades médicas en función de los esquemas de pensamiento y de acción que estructuran el saber y las prácticas biomédicas.

Desde otro punto de vista, la interpretación compartida por los alumnos sobre la razón por la cual la institución le asignaría un lugar que califican como excesivo -según sus percepciones- a la materia Humanidades Médicas, es que la misma buscaría *diferenciarse*, en el ámbito de la formación médica, de otras instituciones académicas posicionándose a través de un capital diferencial. Según sus expresiones, *esto fue condición para que se abriera la carrera* y, por ello, entienden que los docentes no van a aceptar nunca realizar un replanteo de la carga horaria. Por otra parte, estas manifestaciones no se extienden al punto de construir un reclamo colectivo más allá del que realizan en el espacio del aula, de modo que los docentes son el objeto casi excluyente y exclusivo ante quienes expresan y/o movilizan estos reclamos.

A modo de cierre, puede suponerse que algunas de estas situaciones que se han venido describiendo a lo largo de este capítulo pueden explicarse por otros factores que exceden los límites del presente estudio, pero que merecen la pena ser nombrados. Es decir, puede suponerse que otras variables, que aquí no han sido consideradas para el análisis, podrían complejizar o contribuir a la explicación de la aparición de estos fenómenos que aquí se han descripto como ‘negociación’ o ‘jerarquización’. Tal es el caso del nivel socio-económico, el tipo de institución-privada o pública- o el contexto y el tipo de interacción que la institución propicia.

La posibilidad de negociación, el vínculo empático que se construye en algunos casos con los docentes, la opinión casi compartida entre los alumnos que se manifiesta en las ocasiones que se han presenciado, son aspectos que podrían estar influenciados por el tipo de institución educativa en la que tienen lugar estos acontecimientos. Claramente, el vínculo con los docentes no es el mismo en una institución privada que en una pública. Los alumnos entablan entre ellos una relación casi escolar ya que componen un curso que se mantiene invariable a lo largo de toda la carrera. Por otro lado, el perfil socioeconómico de los estudiantes –a grandes rasgos correspondiente a una clase alta o media alta- también podría ser un determinante a considerar. Puede especularse que la posición asumida por el alumno frente al docente no es la misma cuando se abona una cuota por asistir a las clases a

cuando no es así. Obviamente, estos factores merecen ser explorados con mayor detenimiento a fin de ponderar su peso diferencial a la hora de establecer hasta qué punto, las representaciones y los comportamientos de los docentes y alumnos de la carrera de medicina del Hospital Italiano analizados en esta tesina, son propios de nuestro caso de estudio o tienen su correlato en otras instituciones dedicadas a la formación médica.

Consideraciones finales

Del análisis efectuado a lo largo del presente trabajo en torno a las representaciones y prácticas de los estudiantes y de los docentes de quinto año de la carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano, con respecto a la formación en Humanidades Médicas, surgen las siguientes consideraciones finales.

Puede decirse que la ‘tensión estructurante’ descripta y analizada por Bonet (2004) para el caso de las residencias médicas en un hospital público, se expresa también en la instancia de formación de grado de los estudiantes de medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano. Se ha relevado la particularidad en que esta aparece y el modo distintivo de manifestarse según el contexto y el momento de la cursada en la cual se encuentren los estudiantes. Existen dos espacios bien diferenciados, en tanto instancias de formación académica, en los que se manifiesta esta tensión estructurante. Uno de ellos se despliega en el marco de las llamadas *rotaciones* por los distintos servicios y consultorios del hospital. En estas rotaciones los estudiantes comienzan a tomar contacto y a experimentar el tipo de problemas con los cuales tendrán que lidiar de cara a la práctica médica y, en consecuencia, a enfrentar por primera vez en su formación de grado, las vicisitudes de la relación con los pacientes y la complejidad de la trama social y cultural que los define como sujetos. Ese ‘encuentro’ con el paciente que tiene lugar en el ámbito hospitalario, escenario para la proyección del ejercicio de la práctica médica futura, es vivido, según relatan los estudiantes, como una experiencia ‘tensionante’ en una situación similar a aquella analizada por Bonet en su etnografía de las residencias médicas. El otro ámbito en el cual se manifiesta dicha tensión es el del aula, en tanto espacio destinado a la adquisición de conocimientos de índole principalmente teórica. La tensión se manifiesta en la forma distintiva en la que los alumnos y docentes de otras asignaturas, perciben y se relacionan con los contenidos del saber biomédico y con el que les imparten en la materia Ciencias Humanas. En dicho contexto, el análisis reveló la existencia de cierta asimetría en cuanto al tipo de legitimidad que tiene la biomedicina –como resultado de su reconocimiento como el saber dominante sobre los procesos de salud-enfermedad-atención que se ha tratado en el capítulo 1- y el lugar subordinado ocupado por otras disciplinas que integran las llamadas humanidades médicas, a las que no se les reconoce ni asigna

históricamente, el mismo peso al interior del campo de la medicina. En el proceso de enseñanza y aprendizaje de la medicina –y en el contexto social más amplio- los estudiantes incorporan esquemas de percepción particular que configuran el hábitus médico y que los conduce a clasificar qué conocimiento es pertinente y qué otros conocimientos son percibidos como menos pertinentes para su formación académica. El trabajo de campo permitió relevar una categoría con la cual los alumnos asignaban y definían esta pertinencia, lo cual se refiere a la noción de *utilidad*. A partir de la aplicación de esta categoría, los estudiantes expresaban en numerosas ocasiones, sus visiones y evaluaciones respecto de la importancia que podrían tener -para su desempeño profesional futuro- los distintos tipos de conocimiento impartidos en la carrera. Su definición de *utilidad* está fundada en el tipo de saber que la biomedicina considera legítimos y valiosos, esto es, en tanto capitales reconocidos al interior del campo médico y que los estudiantes incorporan en las materias que aquí hemos denominado como ‘biomédicas’.

De acuerdo con el modelo biomédico, y en función de esos capitales considerados legítimos, históricamente, el saber ligado a una concepción sociocultural de la persona, quedó relegado en pos de la prioridad asignada a los procesos biológicos del cuerpo y de los procesos salud-enfermedad-atención, en detrimento de las dimensiones sociales y culturales que los conforman. La reciente introducción de estas dimensiones en la formación médica, que habían sido excluidas por la biomedicina desde su configuración como saber en el siglo XVIII, da lugar al surgimiento de una serie de problemáticas al interior de una institución, que, como la que se está analizando incorpora como parte del plan de estudios la materia Ciencias Humanas. En el presente trabajo se han podido relevar algunos de estos conflictos que, a modo de cierre, se enumeran aquí:

Pudo observarse, tanto en la práctica como en los discursos de los actores considerados, que este proceso histórico de consolidación de la biomedicina como saber legítimo es un factor de peso considerable en la constitución de las representaciones compartidas por los estudiantes respecto de la medicina y de las disciplinas que se vinculan a la misma, como así también, las representaciones sociales en torno a qué implica ser médico y sobre los modos de relación que establecerán con los pacientes en los distintos ámbitos de su actuación profesional. Es decir, el grado de legitimidad del cual goza la estructura sobre la cual se apoya la biomedicina es tan elevado que constituye la base a

partir del cual los estudiantes piensan, construyen y practican la disciplina, más allá de las particularidades que los define en tanto sujetos. Esta dimensión estructural e inherente a la práctica médica, que hemos considerado para nuestro caso de estudio está presente y ha sido también analizada en números trabajos de autores referidos a la formación médica en distintos contextos, como ya se ha mencionado (Cfr. Introducción: 12). Este rasgo estructural común implica la persistencia de cierta separación entre lo que se considera como ‘conocimiento médico propiamente dicho’ y aquello que no entra en esa categoría aunque integre de pleno derecho el proceso salud-enfermedad-atención. Así, las humanidades médicas son posicionadas y percibidas como un aspecto ligado al ‘cuidado’ del paciente y no como un conocimiento factible de ser adquirido en la formación académica. La aparición de esa división entre esos dos saberes, esbozadas por los informantes, tanto en el trabajo de Good y Good realizado en la Universidad de Harvard y en la investigación efectuada por Caroline Wachtler y su equipo en la Universidad de Lund, como en las observaciones hechas en el presente trabajo dentro del Instituto Universitario de Hospital Italiano, permiten inferir que existe una cierta continuidad en las representaciones de los estudiantes de medicina, independientemente del contexto considerado, construidas en función de la visión de mundo de la biomedicina que incorporan en las materias que componen su formación académica troncal.

Una mirada reflexiva sobre la articulación de estos aspectos estructurales de la medicina con las características propias de la institución considerada, ha permitido relevar algunos aspectos de esta relación entre humanidades y medicina en el contexto local y para el caso de estudio. Se ha podido observar que la relación entre estas dos disciplinas es una relación compleja y que las Humanidades Médicas, representadas en el instituto considerado para el análisis por la materia Ciencias Humanas, enfrentan diversas problemáticas.

Se ha relevado que la valorización que realizan los estudiantes de dicha materia no es homogénea. Es decir, los distintos ejes que componen la materia son jerarquizados de modo distinto por los estudiantes en función del vínculo que el eje tenga con la práctica médica. Así, los ejes de Bioética y Psicología, y los conocimientos que los mismos imparten, son percibidos por los alumnos como aquellos que presentan una mayor ‘aplicabilidad práctica’ en el ejercicio de su profesión. Los ejes de Antropología e Historia, por tratarse de

disciplinas de carácter teórico pero además, ajenas a los ámbitos identificados con el ejercicio de la profesión médica, son cuestionados por los alumnos por no poder vislumbrar una relación concreta entre los conocimientos que estos ejes les proporcionan y la práctica médica propiamente dicha. Más allá de esta distinción entre disciplinas que son consideradas más cercanas o más lejanas a la biomedicina, se han encontrado algunos rasgos compartidos por todas ellas y que nos habilita a tomarlas en conjunto a los efectos de señalar cuáles fueron las problemáticas más relevantes para dar cuenta de la relación entre alumnos y docentes en el proceso de incorporación de los contenidos de la materia Ciencias Humanas.

Se ha encontrado que existe una dificultad al interior de la materia Ciencias Humanas en relación a tres aspectos pedagógicos, a saber: cómo ‘fijar’ los contenidos que propone la materia en relación con la actitud de los alumnos ante los conocimientos humanísticos; la metodología de enseñanza para transmitir esos contenidos y los modos de evaluación de los mismos. Según lo analizado, esta dificultad surge por considerar a las Humanidades Médicas desde una perspectiva ‘proyectual’, como se ha visto en el capítulo 2 de la presente tesina. Es decir, los docentes trabajan a partir de buscar una reflexión de la propia profesión que implica para los alumnos reflexionar y proyectarse en una situación en la cual aún no se encuentran. La intención de los docentes de anticiparse a lo que sucederá en el contexto de la práctica médica genera la dificultad de establecer qué bibliografía y/o ejercicio práctico en el aula, transmite aquel saber que se incorporará en la práctica así como el modo de transmitir un saber ligado a la experiencia y, por último y en estrecha conexión con lo anterior, cómo evaluar un saber que se pondrá en juego en un terreno que no es el de aula sino el del ejercicio de la propia profesión y en ocasión de la interacción con los pacientes en el ámbito asistencial.

Existe una dificultad en los alumnos para entender el por qué de las decisiones de los docentes de Ciencias Humanas en función de la bibliografía y los modos de evaluación. Las problemáticas señaladas en el ítem anterior, en tanto problemáticas vinculada a la organización de la materia, se expresan en la forma en que los alumnos perciben y jerarquizan la importancia relativa de las otras materias. Por un lado, el alto grado de legitimidad del que goza la biomedicina en el campo médico configura en los estudiantes un hábitus que les impide pensar ciertas problemáticas por fuera del esquema de

pensamiento a partir del cual conciben la medicina; por ejemplo, hay una clara dificultad en entender los determinantes sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención ya que el modo en que históricamente la biomedicina ha construido su objeto de estudio ha dejado de lado dichos aspectos. Por otro lado, la exigencia que implica en ellos pensar desde una posición distinta de aquella en la cual se encuentran, esto es, pensar el ejercicio de la profesión mientras son estudiantes, los lleva a no poder valorar positivamente ciertos saberes o entender el entrenamiento y las herramientas que tratan de darles los docentes en determinados contextos. A partir del análisis de los aspectos verbales y no verbales del comportamiento de los estudiantes, se podría afirmar -en una línea muy similar a la que exploró Bonet en su etnografía- que hasta tanto no llegue el momento de enfrentarse al paciente y vivenciar las contradicciones que genera posicionarse como profesionales desde un enfoque exclusivamente biomédico, persistirá cierta dificultad para comprender en su totalidad la propuesta pedagógica de los docentes de la materia Humanidades Médicas, al menos, hasta que no haya una verdadera integración de contenidos entre el conjunto de materias que forman el plan de estudios de la carrera de medicina.

Estas dos problemáticas descriptas conducen a que la materia Ciencias Humanas sea ubicada, desde la perspectiva de los alumnos, en una posición cuestionable. El bajo grado de legitimidad con el cual es percibida la materia, lleva a que los alumnos cuestionen de forma constante la bibliografía, los trabajos de evaluación, la cantidad de horas de la cursada de la materia e incluso la capacidad de los docentes que no son médicos para definir estas cuestiones. Por el contrario, la legitimidad histórica obtenida por la biomedicina genera en los alumnos la actitud opuesta en relación a otras materias, las cuales no son cuestionadas ya que asumen que el modo en que estas se desarrollan en las cursadas tiene una razón de ser.

El modo diferencial con el que los alumnos perciben la legitimidad de cada materia, se expresa en la práctica, a partir de un comportamiento diferente y a veces altamente contrastante -según se pudo observar- en el contexto del aula. En las materias que son percibidas como legítimas *per se*, como es el caso de Clínica y Cirugía, el modo de actuar de los estudiantes, desde lo verbal y no verbal, expresa interés en la temática, actitudes de respeto con el docente a cargo e intención manifiesta de aprender y aclarar los conocimientos impartidos en el aula. Por el contrario, en el caso de la materia Ciencias

Humanas, por ser percibida con un nivel menor de legitimidad, se observan grandes diferencias en el comportamiento de los alumnos, los cuales no disimulan cierto aburrimiento, poco interés o cierto desgano. Incluso, algunos de estos comportamientos guardan cierta similitud con el tipo de comportamiento que predomina en el ámbito escolar y no con el que, en términos generales, se asocia al ámbito universitario, esto es, el ámbito al que se accede por elección y vocación. Es así que vimos cómo los alumnos hablan entre ellos, comen en clase, leen textos de otras materias, hacen uso del celular sin discreción e incluso algunos dormitan sobre el banco.

El plan de estudios propuesto por la institución también expresa contradicciones. Se incluye una materia como Ciencias Humanas a lo largo de toda la carrera, con la intención de que los alumnos entiendan a la medicina como una disciplina social que tiene lugar en un contexto sociocultural determinado, promoviendo un abordaje del proceso salud-enfermedad-atención que considere esos factores y, paralelamente, en las materias biomédicas, el enfoque predominante, excluye la perspectiva antes mencionada y evalúa a los alumnos en su accionar con los pacientes –en tanto objetos de conocimiento- sin tener en cuenta cómo operarán en el contexto de la práctica, esas dimensiones sociales de la persona. Esta exclusión reproduce la tensión entre los dos tipos de saberes: uno de ellos, asociado con la persona –de tipo humanístico- y el otro, con el cuerpo –el saber técnico y científico de la biomedicina-.

Esta situación, descrita en el ítem anterior con relación al plan de estudios de la carrera, se manifiesta también en los comportamientos y en las percepciones de los docentes de cada una de las materias, como una de las formas en que tiene lugar cierta disputa por la legitimidad al interior del campo. Los docentes de Ciencias Humanas, por ocupar un lugar de menor jerarquía –y de hecho por no pertenecer a una profesión autorizada y reconocida dentro del campo de la medicina-, no sólo deben responder a los cuestionamientos por parte de los estudiantes, sino también, aquellos formulados indirectamente por los docentes de las demás materias que componen la carrera que, en algunos casos, incitan a los alumnos a no asistir a la clase de *humanas* para que vayan a su consultorio en donde seguramente aprenderán más y mejor, a *ser médicos*. A partir de esos espacios de disputa, se puede inferir el valor simbólico que ciertos docentes de las materias ‘clásicas’ de medicina le atribuyen al saber que enseñan, y a ellos mismos en tanto

autoridad legítima en la transmisión y en el ejercicio del saber profesional, al permitirse dar una indicación de índole académica y práctica –, más allá de la estructura formal que la institución define en los términos del plan de estudios de la carrera.

La confluencia de situaciones conflictivas relevadas, conduce a que los docentes de la materia Ciencias Humanas se vean en cierta medida obligados a dedicar y a ceder, espacios de la clase, para que los alumnos expresen sus cuestionamientos a la materia, cuestionamientos que se dirigen a señalar como un aspecto negativo la cantidad de horas de cursada que insumen las humanidades médicas, la bibliografía obligatoria y los trabajos propuestos con vistas a la evaluación. La dificultad para llegar a un acuerdo entre ambos actores conduce a que los docentes ‘negocien’ con los alumnos las condiciones de la cursada en relación a algunos de los aspectos antes descriptos, como puede ser el caso de los trabajos de evaluación propuestos o la selección bibliográfica. En cierto sentido, los docentes parecen aceptar las críticas de los alumnos, pero sin realizar un cambio en los modos en que se estructura la materia. Por ejemplo, en respuesta a los planteos realizados por los alumnos en vísperas de la evaluación final, los docentes aceptaron, luego de una negociación, reducir la cantidad de bibliografía sin buscar alguna alternativa para que los alumnos tuvieran acceso a esos contenidos sin resignar el material propuesto desde el comienzo de la cursada.

Para finalizar, cabe destacar aquí que el uso de las técnicas de recolección de datos utilizadas en la presente investigación ha permitido abrir nuevos caminos para la reflexión y la investigación. Tener acceso a los ámbitos de interacción cotidiana de los estudiantes y de los docentes en la institución mediante la observación participante, como así también, el hecho de entablar un diálogo directo con ellos ha permitido un acercamiento a sus representaciones sobre los temas considerados que no habría sido posible con otro tipo de abordaje metodológico. Además, se considera que los resultados obtenidos, lejos de ser un cierre, dan lugar a muchos interrogantes para ser planteados dentro del campo de las Ciencias Sociales y, más específicamente, al interior de las Ciencias de la Comunicación. Si se permite la reflexión, para al menos introducir alguno de estos interrogantes, podría pensarse que muchas dificultades que manifiestan los alumnos, cuando expresan que la bibliografía no está adaptada a su *lenguaje médico* o manifiestan que no entienden un texto porque los *antropólogos hablan raro* (Cfr. Capítulo 3), expresan en el fondo de la cuestión

un problema de comunicación. Como se ha podido observar, una gran parte de la bibliografía incluye artículos periodísticos, teoría crítica o trabajos etnográficos realizados en el marco de tesis doctorales o de grado que claramente no están escritas pensando en un estudiante de medicina como posible lector. Con lo dicho anteriormente, no se niega la posibilidad de reflexión crítica que puede promover este tipo de artículos en tanto herramientas pedagógicas, sino que se busca reintroducir la voz de los estudiantes quienes reiteradamente se preguntan por la *utilidad* de determinadas lecturas y propuestas de trabajo. Se hace esta aclaración, ya que se cree que si los alumnos no comprenden la *utilidad* de plantear ciertas problemáticas difícilmente puedan reflexionar profundamente sobre ello, ya que, si bien para los docentes el problema de pensar el ejercicio de la profesión tiene una *utilidad* manifiesta, para la percepción de los alumnos esa situación no parece ser tan clara cuando aún no han atravesado los dilemas que surgen de la experiencia concreta de la interacción con los pacientes y cuando en las materias biomédicas esto no aparece como parte un conocimiento que tengan que incorporar y por el que vayan a ser evaluados.

Si la intención está puesta en que los alumnos incorporen herramientas de las Humanidades Médicas, para ser puestas en práctica en el ejercicio de su profesión como futuros médicos, requeriría pensar y construir, desde la institución, una estrategia para tal fin que contemple el qué y el cómo. Cuando se dice ‘qué’ y ‘cómo’ se piensa no en una metodología pedagógica que varíe los modos de llevar adelante una clase o las formas de evaluar sino en una estrategia comunicacional que contemple esta serie de dificultades inherentes a la formación y práctica biomédica. Como así también, las cuestiones históricas de su configuración como saber dominante en lo que respecta al proceso salud-enfermedad-atención que, como vimos, prefigura los esquemas de pensamiento de los estudiantes de medicina.

Si se quiere que el alumno comprenda la importancia de determinados saberes vinculados a la dimensión social de un paciente es fundamental transmitir ese mensaje de una manera que contemple la complejidad social de ese estudiante de medicina. Esto implica considerar que en su esquema de pensamientos coexisten un conjunto de representaciones sociales construidas por varios factores históricos, que aquí se han examinado a lo largo del primer capítulo, los cuales, se articulan con el contexto local y la

historia personal. Tener en cuenta estos aspectos implica posicionarse desde una orientación que contemple la perspectiva de los actores, en este caso de los propios estudiantes, a fin de poder entender cómo es, por qué estudia lo que estudia, en qué lugar lo hace, dónde vive, quiénes son sus familiares, cómo se viste, qué hace en su tiempo libre, si trabaja o no trabaja, cómo llegó a esa institución, etcétera y buscar transmitir los conocimientos que se plantea la materia de la manera más eficiente en función de los destinatarios de los mismos. Por otro lado, esa vía permite también ponderar más allá del sujeto individual, cuáles son las representaciones sociales compartidas respecto de la medicina y de la profesión médica en el contexto social en que se inserta la institución.

Esto conlleva a preguntarse a quién le compete llevar adelante un trabajo de tal magnitud. Especulativamente, y en función de pensar a partir del marco teórico y de los datos obtenidos en el trabajo, puede decirse que dicha tarea es un hecho que excede a la materia y sus integrantes y que requeriría una participación más activa por parte de otros miembros y sectores de la institución. En otras palabras, pensar en modos más adecuados para transmitir conocimientos de índole humanística implica un compromiso por parte de toda la institución y la necesidad de seguir investigando las representaciones de los estudiantes de medicina.

Una situación similar sucede con la bibliografía. Todo texto establece con su lector un pacto de comunicación⁶¹. Quien escribe lo hace en función de un posible lector y partir de la imagen que se representa de ese posible destinatario crea un discurso afín al mismo, en consideración de una serie de códigos y supuestos compartidos.

En el caso de las Humanidades Médicas en general, y en función de la materia Ciencias Humanas en particular, sería interesante avanzar hacia una bibliografía que contenga los conceptos tomados de las Ciencias Sociales orientados en su totalidad hacia los estudiantes de medicina como sus potenciales lectores. En función del análisis aquí efectuado, se cree que una forma de afrontar las dificultades inherentes y estructurales de la práctica y formación médica es buscar incorporar aquellas dimensiones dejadas de lado por

⁶¹ "Para entender a qué refiere un contrato de comunicación hay que recordar la diferenciación entre lo dicho (enunciado) y las modalidades del decir (enunciación), donde las modalidades del decir construyen el dispositivo de enunciación, a saber: la imagen del que habla, o sea, el enunciador; la imagen del destinatario del discurso; la relación entre enunciador y destinatario, que son entidades discursivas a las que hay que distinguir del emisor real y del receptor real. Todo soporte de interacción contiene su dispositivo de enunciación, al que se denomina contrato o pacto de comunicación." (Martini, 1994: 6)

la biomedicina desde una postura y desde una lectura que sea cercana a lo que, hemos visto, es reconocido como válido por los estudiantes al interior del campo médico.

Claro está, que no se trata de una tarea sencilla. Requiere un importante trabajo conjunto en el que profesionales del campo de médico y profesionales del campo de las Ciencias Sociales se unan para trabajar en pos de este objetivo en común. Con esta afirmación se intenta plantear que a partir de la ‘tensión estructural’ que caracteriza a la formación y a la práctica médica, surge la necesidad de crear un espacio que abogue a favor de un proyecto interdisciplinario que supere algunas de las dificultades que se han relavado aquí. Es decir, un proyecto que, no sólo contenga y articule el conocimiento de los distintos enfoques de las humanidades con el saber médico dentro del espacio propio de la materia, sino que apunte a una integración más horizontal en el que las materias que aquí se han denominado como biomédicas contribuyan a transmitir una visión de la medicina en la misma línea que la que transmite la materia Ciencias Humanas. Según lo observado en este trabajo, la forma y los espacios en que estos conocimientos son transmitidos no puede ser dejada al azar. Se ha visto que la legitimidad histórica de la biomedicina moldea el hábitus médico de los estudiantes y que sus ‘verdades’ son aceptadas como aspectos sin discusión. Una mayor inclusión y/o aceptación de la perspectiva humanística en los ámbitos de transmisión de los conocimientos ‘biomédicos’ podría ser un intento en pos de una mayor integración de estas dos áreas del conocimiento en el ejercicio de la práctica profesional.

Nuevamente, el desafío es grande y sumamente complejo. Sin dudas, en el ámbito de las Humanidad Médicas y, más aún en su vínculo con la formación académica, hay mucho sobre lo cual trabajar.

Referencias bibliográficas

AGÜERO, ABEL. La enseñanza de las humanidades en el grado y sus necesidades en la currícula actual. Revista del Hospital J.M Ramos Mejía, edición electrónica, volumen XV, edición 1, Buenos Aires, 2010.

ASÚA, Miguel. Las universidades y la investigación científica. Una síntesis histórica. Universidad de San Martín, Escuela de Posgrado, Mimeo sin fecha. PP.12

BAJTIN, MIJAIL. La cultura popular en la Edad Media y el Renacimiento, Alianza, Madrid, 1987.

BATESON, GREGORY. Pasos hacia una ecología de la mente, Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1976

BONET, OCTAVIO. Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina, Revista Saúde Coletiva, Vol: 9. No:1, Págs:123-150, Rio de Janeiro, 1999.

BOURDIEU, PIERRE, CHAMBOREDON JEAN-CLAUDE. El oficio del sociólogo, Siglo XXI, Buenos Aires, 1975-ed.or: 1973.

BOURDIEU, PIERRE. Sociología y Cultura, Grijalbo, México D.F 1990-ed.or:1984.

BOURDIEU, PIERRE. El sentido práctico, Taurus Ediciones, Madrid, 1991.

BOURDIEU, PIERRE. La miseria del mundo, Fondo de Cultura Económica, México D.F 1999-ed.or: 1993.

BOURDIEU, PIERRE., WACQUANT, LOIC. Respuestas. Por una antropología reflexiva, México, Grijalbo, 1995.

DESCARTES, RENE. Discurso del método; traducción de ARNAU GRAS, H, Alambra, Madrid, 1987

DIAS DUARTE, LUIS FERNANDO. "Las tres configuraciones de la perturbación en Occidente y los nervios de las clases populares", Museo Nacional, Universidad Federal de Rio de Janeiro, 2004.

FLEXNER, ABRAHAM. Medical education in the United States and Canada. The Carnegie foundation for the advancement for teaching. Bulletin number four. New York, 1920.

FOUCAULT, MICHEL. Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber. Siglo XXI editores, Buenos Aires, 1992.

FOUCAULT, MICHEL. Microfísica del Poder, Ediciones de La Piqueta, Madrid, 1991

FOUCAULT, MICHEL. El nacimiento de la clínica, Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2008.

FOUCAULT, MICHEL. Vigilar y castigar. Siglo XXI editores, Buenos Aires, 2009.

FRANKENBERG, RONALD. Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. Cuadernos de Antropología Social, núm. 17 (p.11-17), Universidad de Buenos Aires, 2002.

FRIEDSON, ELIOT. La profesión médica, Ediciones Península, Barcelona, 1978.

GALLO, ELIZABETH, LOPERA TATIANA. Medicinas Blandas. ¿Alternativas tecnológicas o una nueva forma de medicalización?, Revista CES Medicina, Volumen 11, número 1, 1997.

GARCIA CAMPAYO, JAVIER Y OTROS. El desarrollo de las actitudes humanistas en medicina. Revista Medicina Clínica. VOL. 111. NÚM. 1. 1998.

GOOD, BYRON, GOOD, MARY JO. The relevance of social science for medicine, Reidel Publishing, 1980.

GOOD, BYRON, GOOD, MARY JO. "Learning Medicine" en "Knowledge, power and practice", University of California Press, Los Angeles, 1993.

GUBER, ROSANA. El salvaje metropolitano. A la vuelta de la Antropología Postmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo, Legasa, Buenos Aires, 1991.

GRACIA, DIEGO. El futuro del humanismo médico. Revista Jano, N.º 1.633, España, 2007

HAHN, ROBERT. Sickness and healing. An a anthropological perspective, Yale University Press, 1995.

HARRISON, TINSLEY. Principios de medicina interna. Mc Graw-Hill Interamericana, Chile, 2006.

JONAS, HANS. El principio de la vida. Hacia una biología de la física. Editorial Trotta, Madrid, 2000.

KOYRÉ, ALEXANDRE. Estudios de historia del pensamiento científico, Siglo XXI editores, México D. F., 2000

KLEINMAN, ARTHUR. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, University Press, 1980.

- KLEINMAN, ARTHUR. Writing at the margin. Discourse between Antropology and Medicine, University of California Press, 1995.
- LE BRETON, DAVID. Antropología del cuerpo y modernidad, Nueva Visión, 2010-2da.ed:1990
- LOLAS STEPKE, FERNANDO. Más allá del cuerpo. Ediciones Loyola, Sao Paulo, 2006.
- MACIAS LLANES, MARIA ELENA. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica, Centro de Desarrollo de las ciencias sociales y humanidades en salud. Revista Humanidades Médicas, 11(1) (p 18-44), 2011
- MARTINI, STELLA La comunicación es interacción. En FORD, A. (comp.) *Cuaderno 29*. Edición de la cátedra "Teoría y práctica de la Comunicación II", facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 1994
- MARTINI, STELLA Y OTRAS. Aproximación a las metodologías en investigación en ciencias sociales, Documento de la cátedra "Teoría y práctica de la Comunicación II", facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 1998.
- MARTINI, STELLA. La sociedad y sus imaginarios. Cuaderno 20, Documento de la Cátedra "Teoría y práctica de la Comunicación II", Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2002
- MARTINI, STELLA. Un punteo para la discusión: la problemática de la cultura y los medios en el siglo XIX y el caso de civilización y barbarie. Cuaderno 20, Documento de la Cátedra, "Teoría y práctica de la Comunicación II", facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2006.
- MENÉNDEZ, EDUARDO. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.
- MENÉNDEZ, EDUARDO. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*; Vol. 8.no.1 Págs: 185-207, Rio de Janeiro, 2003.
- SAVRANSKY, CARLOS. Para una teoría de la práctica. Estudio sobre la Poiética de la obra, Buenos Aires, 1999.
- SELLTIZ, C., WRIGHTSMAN, L.S. y COOK, S.T. Métodos de investigación en las relaciones sociales, Rialp, Madrid, 1980,

SILBERGLEIT, CAROLINA. Saberes, emociones y sentimientos hegemónicos. El caso de las residencias médicas hospitalarias, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 2009.

SONTAG, SUSAN. La enfermedad y sus metáforas, Taurus, 1988.

TAYLOR H. D.C. The Components of Sickness, Diseases and Predicaments. Lancet. 1979.

Páginas web consultadas

“CEMIC” - www.cemic.edu.ar

“Facultad de Ciencias Médicas- Universidad de La Plata” - www.med.unlp.edu.ar.

“Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba” - www.fcm.unc.edu.ar

“Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Rosario” - www.fcm.unr.edu.ar

“Facultad de Ciencias Medicas-Universidad Nacional del Comahue” - <http://medicina.uncoma.edu.ar/home/>

“Facultad de Medicina- Universidad de Buenos Aires” - www.fmed.uba.ar.

“Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Tucumán” - www.fm.unt.edu.ar

“Facultad de Medicina-Universidad Nacional del Nordeste” - www.med.unne.edu.ar

“Hospital Italiano de Buenos Aires” - www.hospitalitaliano.org.ar

“Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló” - www.barcelo.edu.ar

“IntraMed”- www.intramed.net

“jano.es”- El portal de referencia de la medicina en lengua española- www.jano.es

“Sociedad Argentina de Medicina Antropológica”- www.sama.org.ar

“Universidad Abierta Interamericana -UAI” - www.uai.edu.ar

“Universidad Austral” - www.austral.edu.ar

“Universidad Católica de Cuyo” - www.uccuyosl.edu.ar

“Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales-UCES” - www.uces.edu.ar

“Universidad del Aconcagua”- www.uda.edu.ar

“Universidad del Salvador” - www.usal.edu.ar

“Universidad Maimónides” - www.maimonides.edu

Anexo

Referencias

En las páginas siguientes se incluyen los Planes de Estudio de las distintas universidades que dictan la carrera de medicina en nuestro país⁶². En primer lugar, se encuentra el Plan de Estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. A continuación, y en este orden, se consignan los siguientes planes de estudio⁶³: otras universidades públicas, universidades privadas y los que corresponden a los Institutos Universitarios. Con color verde:

 se identificarán las materias que tienen similitud con las del plan de estudio de la UBA.

En todos los planes se podrán visualizar en color amarillo:  las materias correspondientes a la formación humanística.

Luego, se consignan los *objetivos* y el *perfil del egresado* de acuerdo con el material publicado por los denominados Institutos Universitarios. Los contenidos de las páginas web que remiten a la formación humanística se identifican, para su más fácil localización, con color rosa: 

Por último, al final del presente anexo, se consignan los programas consultados de la materia Ciencias Humanas para los distintos años que componen dicha materia, los cuales, han sido brindados por la responsable de la materia.

⁶² De las mencionadas en la introducción, el único plan de estudio del cual no se pudo disponer es el de la Universidad Nacional de La Rioja por no estar colgado a su sitio web para consulta del público.

⁶³ La información aquí consignada en relación a los “planes de estudios”, “objetivos” y “perfil del egresado” ha sido editada de sus versiones originales, considerando solamente la información que se creyó conveniente a los fines del presente trabajo,

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad de Buenos Aires (UBA)⁶⁴

CBC (Ciclo Básico Común)

- Química
- Introducción al Conocimiento de la Sociedad y el Estado
- Introducción al Pensamiento Científico
- Matemática
- Física e Introducción a la Biofísica (Es correlativa de MATEMÁTICA)
- Biología e Introducción a la Biología Celular (Es correlativa de QUÍMICA)

CICLO BIOMÉDICO

Primer año

- Anatomía
- Histología, Biología Celular, Embriología y Genética
- Salud Mental
- **Bioética I**
- Medicina Familiar I

Segundo año

- Química Biológica
- Fisiología y Biofísica

Tercer año

- Inmunología Humana
- Microbiología y Parasitología I
- Microbiología y Parasitología II
- Patología I
- Farmacología I

CICLO CLÍNICO

MEDICINA

- Medicina I (Semiología-Fisiopatología)
- Medicina II (Medicina Interna)
 - o Nutrición
 - o Diagnóstico por imágenes
 - o Dermatología
 - o Infectología
 - o Neumonología

⁶⁴ Publicado en: "Facultad de Medicina-Universidad de Buenos Aires" - www.fmed.uba.ar. URL: http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/m_plan.htm Consultado el 16/05/2011.

- o Neurología

CIRUGÍA

- Cirugía General
- Urología
- Ortopedia-Traumatología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Neurocirugía

TOCOGINECOLOGÍA

- Obstetricia
- Ginecología

PEDIATRÍA

- Pediatría

OTRAS

- Patología II
- Farmacología II
- Salud Pública I
- Salud Pública II
- Psiquiatría
- Medicina Legal - Deontología Médica
- Toxicología
- **Bioética II**

CICLO INTERNADO ANUAL ROTATORIO

- Clínica Médica
- Cirugía
- Tocoginecología
- Pediatría
- Emergentología (terapia y urgencias hospitalarias)
- Medicina Familiar II
- Salud Mental

Universidades Públicas

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad Nacional de La Plata⁶⁵

Primer año

- Introducción a la Vida Universitaria y Esquema Curricular
- Taller de integración horizontal
- Anatomía, Citología, Histología y Embriología
- Ciencias Social y Medicina
- Biología
- Ciencias Exactas
- Informática Básica (Capacitación)

Segundo año

- Fisiología y Física Biológica
- Bioquímica y Biología Molecular
- Psicología Médica
- Salud y Medicina Comunitaria I
- Epidemiología
- Taller de Integración del Ciclo Básico (Vertical)
- Ecología Humana y Promoción de la Salud
- Historia de la Medicina
- Inglés Médico I y II (Capacitación)

Tercer año

- Patología
- Farmacología Básica (General y Farmacodinamia)
- Semiología, Microbiología y Parasitología
- Salud y Medicina Comunitaria II
- Oftalmología
- Taller de integración horizontal
- Inmunología
- Salud Ambiental
- Genética
- Informática Médica (Capacitación)

⁶⁵ Publicado en: "Facultad de Ciencias Médicas-Universidad de La Plata" - www.med.unlp.edu.ar. URL: http://www.med.unlp.edu.ar/plan_estudio.php?itemc=Plan%202004&idc=7&idl=25&idbot=3
Consultado el 16/05/2011.

Cuarto año

- Bioquímica Clínica I
- Farmacología Aplicada
- Salud Pública I
- Medicina Interna I (Clínica Terapéutica)
- Cirugía I
- Dermatología
- Neurología
- Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes I
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría I
- Ortopedia y Traumatología
- Infectología
- Urología
- Taller de integración horizontal
- Filosofía Médica
- Bioquímica Clínica

Quinto año

- Educación para la Salud
- Medicina Interna II (Clínica y Terapéutica)
- Cirugía II
- Pediatría
- Toxicología, Deontología y Medicina Legal
- Salud Pública II
- Obstetricia
- Ginecología
- Psiquiatría II
- Diagnóstico y Terapéutica por Imágenes II
- Taller de Integración (Incluye Emergentología) (Vertical)
- Bioética
- Bioquímica Clínica II
- Trasplante de Órganos y Tejidos

Sexto año

- Práctica Final Obligatoria

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad Nacional de Córdoba⁶⁶

Curso de Nivelación

Primer año

- Anatomía Normal
- Bioquímica y Biología Molecular
- Salud Comunitaria I

Segundo año

- Biología Celular, Histología y Embriología
- Fisiología Humana
- Física Biomédica
- Medicina Antropológica
- Salud Comunitaria II

Tercer año

- Patología
- Semiología
- Bacteriología y Virología
- Parasitología y Micología
- Informática Médica
- Medicina Psicosocial
- Salud Comunitaria III

Cuarto año

- Clínica Médica I
- Clínica Quirúrgica I
- Clínica Dermatológica
- Clínica Oftalmológica
- Clínica Neurológica
- Clínica Ginecológica
- Farmacología General
- Diagnóstico por Imágenes
- Salud Mental

⁶⁶ Publicado en: "Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Córdoba" - www.fcm.unc.edu.ar
URL:

- Medicina Preventiva y Social I

Quinto año

- Clínica Médica II
- Clínica Quirúrgica II
- Clínica Otorrinolaringológica
- Clínica Urológica
- Clínica Infectológica
- Clínica Obstétrica
- Clínica Pediátrica, Neonatología y de la Adolescencia
- Farmacología Aplicada
- Clínica Traumatológica
- Medicina Preventiva y Social II
- Medicina Legal y Toxicología

Sexto año

- Práctica Médica Integrada (Cl. Médica, Cl. Quirúrgica, Cl. Tocoginecológica, Pediatría)

PLAN DE ESTUDIO

Universidad del Aconcagua⁶⁷

Curso Presalud

- Lengua Castellana
- Ciencias Sociales
- Sociología
- Antropología
- Psicología Social
- Biología
- Física
- Matemáticas
- Química
- Informática
- Salud Pública y Sistemas de Salud
- Inglés
- Manejo de Bioética y Bibliografía
- Inglés

Primer año

- Moléculas a células
- Genes y desarrollo
- Estructura y función humana
- Defensas Existentes
- Medicina, Hombre y Sociedad 1
- Servicio a la Comunidad 1

Segundo año

- Cerebro y Mente
- Bases de la enfermedad
- Medicina, Hombre y Sociedad II
- Introducción a las Pasantías
- Pasantías Clínicas Esenciales
- Cursos Electivos
- Servicio a la Comunidad II

Tercer año

- Pasantías Clínicas Esenciales
- Cursos Electivos
- Cursos de Ciencias Básicas Avanzadas I

⁶⁷ Publicado en "Universidad del Aconcagua" - www.uda.edu.ar. URL: <http://www.uda.edu.ar/FCm/academicoOE003.php>

- Curso Avanzados I
- Curso de Reconocimiento I
- Investigación Básica (4)
- Asistencia en Enseñanza en los cursos de Ciencias Básicas Esenciales (5)
- Medicina, Hombre y Sociedad III
- Atención Primaria y de Familia I
- Servicio a la Comunidad III

Cuarto año

- Pasantías Clínicas Esenciales (1)
- Cursos Electivos (2)
- Cursos de Ciencias Básicas Avanzadas (3)
- Cursos Avanzados II
- Curso de Reconocimiento II
- Investigación Básica (4)
- Asistencia en Enseñanza en los cursos de Ciencias Básicas Esenciales (5)
- Atención Primaria y de Familia II
- Servicio a la Comunidad IV

Quinto año

- Pasantías Clínicas Esenciales
- Cursos Electivos
- Cursos de Ciencias Básicas Avanzadas (3)
- Cursos Avanzados III
- Cursos de Reconocimientos III
- Investigación Básica (4)
- Asistencia en Enseñanza en los cursos de Ciencias Básicas Esenciales (5)
- Atención Primaria y de Familia III
- Practicantazo (6)
- Servicio a la Comunidad

Sexto año

Internado – PASANTÍAS CLÍNICAS ESENCIALES: 1.675 horas

- Neurología
- Psiquiatría
- Medicina interna
- Cirugía / Anestesiología
- Emergentología
- Pediatría
- Ginecología / Obstetricia

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad de Rosario⁶⁸

Ciclo de promoción de la salud

- Crecimiento y Desarrollo
- Nutrición
- Sexualidad – Género – Reproducción
- Trabajo y Tiempo Libre
- El ser humano y su medio
- Inglés
- Informática
- Metodología de la Investigación Científica

Ciclo de prevención de la enfermedad

- Injurias
- Defensa
- Electivas

Ciclo de diagnóstico, tratamiento y recuperación

- Pediatría
- Gineco-Obstetricia
- Clínica Quirúrgica
- Clínica Médica
- Electivas

Ciclo de práctica final

- Pediatría
- Gineco-Obstetricia
- Clínica quirúrgica
- Clínica médica

⁶⁸ Publicado en: "Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Nacional de Rosario" - www.fcm.unr.edu.ar
URL: http://www.fcm.unr.edu.ar/academica/PLAN_DE_ESTUDIOS_MEDICINA.pdf Consultado el 16/05/2011.

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad de Tucumán⁶⁹

Primer Año

- Anatomía Normal
- Biología
- Bioquímica
- Salud Pública I

Segundo Año

- Fisiología
- Biofísica
- Histología
- Salud Mental I
- Salud Pública II
- Antropología Médica: módulo

Tercero Año

- Semiología
- Anatomía Patológica
- Farmacología Básica
- Parasitología
- Microbiología
- Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante I
- Salud Pública III

Cuarto Año

- Patología y Clínica Médica I
- Patología y Clínica Médica II
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Salud Mental II
- Neurología
- Urología
- Farmacología Especial I y II
- Salud Pública IV
- Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante II (Primera y Segunda parte)

⁶⁹ Publicado en: "Facultad de Medicina-Universidad Nacional de Tucumán" - www.fm.unt.edu.ar URL: http://www.fm.unt.edu.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=29 Consultado el 16/05/2011.

- Ética Biomédica: módulo
- Inmunología Clínica
- Oncología: módulo
- Dermatología

Quinto Año

- Patología y Clínica Quirúrgica I
- Patología y Clínica Quirúrgica II
- Obstetricia
- Ginecología
- Medicina Infante Juvenil
- Enfermedades Infecciosas
- Medicina Legal
- Ortopedia y Traumatología
- Toxicología
- Salud Pública V

Sexto Año

- Practicando Rotatorio
- Patología y Clínica Quirúrgica
- Patología y Clínica Médica
- Ginecología-Obstetricia
- Medicina Infantil
- Curso básico para la investigación científica para el practicando rotatorio
- Curso básico de Computación para el practicando rotatorio.
- Curso básico de Estadística Aplicada a la medicina para el practicando rotatorio
- Idiomas (Inglés)

Séptimo Año

- Etapa Periurbana
- Etapa Rural

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad Nacional del Nordeste⁷⁰

Primer año

- Introducción a las Ciencias Médicas
- Anatomía Humana Normal
- Histología y Embriología
- Bioquímica

Segundo año

- Fisiología Humana
- Inglés II
- Microbiología - Parasitología e Inmunología
- Optativas
- Anatomía y Fisiología Patológicas
- Atención Primaria de la Salud, Epidemiología e Informática II
- Farmacología
- Optativas

Tercer año

- Medicina I
- Optativas
- Emergentología
- Salud Pública
- Diagnóstico por Imágenes
- Salud Mental
- Optativas

Cuarto año

- Cirugía I
- Clínica Ginecológica
- Medicina II
- Pediatría I
- Optativas

Quinto año

- Medicina III
- Pediatría II
- Optativas
- Cirugía II
- Clínica Obstétrica

⁷⁰ Publicado en: "Facultad de Medicina-Universidad Nacional del Nordeste" - www.med.unne.edu.ar URL: <http://www.med.unne.edu.ar/medicina/infoplan.htm> Consultado el 16/05/2011.

- Medicina Legal y Toxicología

Práctica Obligatoria Final

- Medicina
- Cirugía
- Tocoginecología
- Pediatría
- Pasantía Rural

PLAN DE ESTUDIO

Universidad Nacional del Comahue⁷¹

Ciclo introductorio

- Introducción a la Química de los Sistemas Biológicos
- Introducción a la Biofísica
- Ciencias Biológicas
- Medicina y Sociedad
- Introducción a los estudios de la Medicina

Ciclo biomédico

- Anatomía e Imágenes Normales
- Histología – Embriología – Biología Molecular y Genética
- Bioquímica
- Atención Primaria de la Salud I
- Fisiología y Física Biológica
- Patología
- Relación Médico Paciente
- Microbiología y Parasitología
- Bioética
- Atención Primaria de la Salud II
- Medicina I
- Farmacología

Integración de morfología y función

- Estructura y Función Normal
- Fisiopatología
- Estructura y Función Patológica

Ciclo clínico

- Medicina II – Cirugía
- Psiquiatría
- Antropología Legal
- Ginecología – Obstetricia
- Medicina Infantil

⁷¹ Publicado en: "Facultad de Ciencias Medicas-Universidad Nacional del Comahue" - <http://medicina.uncoma.edu.ar/home/> URL: <http://medicina.uncoma.edu.ar/academica/> Consultado el 16/05/2011.

Ciclo de síntesis (Rotaciones Obligatorias)

- Clínica Médica
- Clínica Quirúrgica
- Medicina Infantil
- Ginecología – Obstetricia
- Medicina Rural – General

Universidades Privadas

PLAN DE ESTUDIO

Universidad Católica de Cuyo⁷²

Primer Año

- Anatomía Normal y por imágenes
- Histología y Embriología
- Genética Humana I
- Salud Pública I
- Atención Primaria de la Salud
- Bioquímica Médica
- Inglés I
- Informática I
- Filosofía
- Antropología

Segundo Año

- Fisiología y Biofísica
- Biología Molecular
- Microbiología Parasitología
- Inmunología
- Patología General
- Inglés II
- Informática II
- Salud Pública II -
- Sociología de la Salud
- Teología Fundamental

Tercer Año

- Patología Especial
- Medicina I
- Farmacología
- Fisiopatología
- Metodología de la Inv. Científica
- Inglés III
- Salud Pública III - Demografía
- Teología Dogmática

Cuarto Año

- Psicología Médica
- Medicina II
- Genética Humana II
- Oftalmología

⁷²Publicado en: "Universidad Católica de Cuyo" - www.uccuyosl.edu.ar URL:
<http://www.uccuyosl.edu.ar/pdf/medicina/medicina.pdf> Consultado el 16/05/2011.

- Urología
- Anestesiología
- Cirugía
- Neurocirugía
- Dermatología
- Diagnóstico por imágenes
- Salud Pública IV - Epidemiología
- Optativa
- Optativa

Quinto Año

- Psiquiatría
- Enfermedades Infecciosas
- Medicina III
- Obstetricia
- Ginecología
- Pediatría
- Otorrinolaringología
- Ortopediia y Traumatología
- Medicina Legal
- Toxicología
- Bioética
- Doctrina Social de la Iglesia
- Ética Profesional
- Salud Pública V - Políticas, Sistema y Atención de Salud
- Optativa

Sexto Año

- Práctica Profesional

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad del Salvador⁷³

Primer año

- Anatomía Normal, de Superficie y por Imágenes
- Histología , Biología Celular y Embriología
- Bioquímica Médica
- Primeros Auxilios
- Introducción a la Salud Pública

Segundo año

- Fisiología y Biofísica
- Microbiología y Parasitología
- Inmunología
- Patología General
- Psicología General
- Sociología de la Salud
- Filosofía
- Inglés I
- Informática I

Tercer año

- Patología Especial
- Medicina I
- Farmacología
- Psicología Evolutiva
- Demografía

Cuarto año

- Medicina II
- Medicina II: Cardiología
- Medicina II: Neurología
- Medicina II: Nefrología
- Medicina II: Neumonología
- Medicina II: Gastroenterología
- Medicina II: Nutrición
- Medicina II: Endocrinología
- Medicina II: Hematología
- Diagnostico Por Imágenes
- Genética Humana
- Dermatología
- Cirugía General
- Neurocirugía

⁷³ Publicado en: "Universidad del Salvador" - www.usal.edu.ar URL <http://medi.usal.edu.ar/medi/medicina>
Consultado el 16/05/2011.

- Anestesiología
- Urología
- Oftalmología
- Psiquiatría
- Epidemiología
- Teología
- Inglés II
- Informática II
- Optativa 1
- Optativa 2

Quinto año

- Medicina III
- Medicina III Oncología
- Medicina III Terapéutica
- Enfermedades Infecciosas
- Medicina Legal
- Toxicología
- Otorrinolaringología
- Ortopedia y Traumatología
- Pediatría
- Ginecología
- Obstetricia
- Políticas Estratégicas de Salud
- Ética Biomédica
- Inglés III
- Bioestadística y Metodología de la Investigación
- Optativa 3
- Optativa 4

Internado rotatorio

Rotaciones:

- Atención Primaria
- Clínica Médica
- Pediatría
- Ginecología y Obstetricia
- Cirugía
- Rotación Electiva
- Curso de Avances en Medicina
- Curso de Emergentología
- Guardia Semanal

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales⁷⁴

Primer Año

- Anatomía
- Biología Celular
- Histología
- Bioquímica
- Genética
- Embriología
- Primeros Auxilios

Segundo Año

- Fisiología, Física Biológica
- Microbiología
- Patología General
- Inmunología básica
- Metod. Invest. Científ. Y Sistem. de Inform. en Salud
- Inglés Médico I

Tercer Año

- Patología Especial
- Farmacología I
- Salud Mental I (Psicología)
- Salud Pública
- Economía de la Salud y Direc. Emp.
- Medicina Familiar
- Inglés Médico II
- Inmunología Clínica
- Nutrición
- Optativa I
- Optativa II

Cuarto Año

- Medicina I
- Cirugía
- Farmacología II

⁷⁴Publicado en: "Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales-UCES" - www.uces.edu.ar URL http://www.uces.edu.ar/grado/ciencias_salud/medicina/medicina.php Consultado el 16/05/2011.

- Toxicología
- Neurología
- Dermatología
- Urología
- Diagnóstico por Imágenes
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Salud Mental II (Psiquiatría)
- Bioética y Humanismo Médico

Quinto Año

- Medicina II
- Emergentología
- Infectología
- Pediatría
- Ortopedia y Traumat.
- Salud Mental III (Relación Médico-Paciente)
- Ginecología
- Obstetricia
- Medicina Genómica
- Medicina Legal y Respons. Profesional
- Optativa III
- Optativa IV

Sexto Año

- Internado Anual Rotatorio
- Medicina
- Cirugía
- Pediatría
- Ginecología
- Obstetricia

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad Abierta Interamericana (UAI)⁷⁵

Primer Año

Asignaturas Anuales

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
01	Anatomía Humana *	-	6	192
02	Histología - Citología - Embriología *	-	6	192
03	Ética Profesional	-	2	64
04	Práctica I	-	2	64
05	Taller de Informática I	-	2	64
06	Inglés I	-	2	64
46	Genética Humana	-	2	64
139	Filosofía e Historia de la Medicina	-	2	64

Segundo Año

Asignaturas Anuales

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
07	Psicología **		2	64
08	Fisiología y Biofísica *	01-02	9	288
09	Bioquímica *		6	192
11	Taller de Informática II **	05	2	64
12	Inglés II **	06	2	64
48	Antropología y Epistemología**		2	64

Segundo Año

Primer Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
13	Comunicación Oral y Escrita **		2	32

⁷⁵ La información aquí consignada ha sido editada del plan de estudio original, considerando solamente la información que se creyó conveniente a los fines del presente trabajo, publicado en: "Universidad Abierta Interamericana -UAI" - www.uai.edu.ar URL <http://www.uai.edu.ar/facultades/medicina-y-ciencias-de-la-salud/plan-de-estudios-M109.asp> Consultado el 16/05/2011.

Segundo Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
10	Práctica II	04	4	64

Tercer Año

Asignaturas Anuales

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
14	Patología *	08	6	192
15	Inmunología - Microbiología - Parasitología	08	4	128
16	Farmacología	09	6	192
30	Optativa		2	64

Tercer Año

Primer Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
17	Práctica III	10	2	32
18	Inglés III **	12	3	48

Segundo Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
23	Práctica IV	17	3	48

Cuarto Año

Primer Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
19	Semiología *	14	10	160
25	Medicina Interna I *	14	12	192
26	Salud Pública I **		3	48

27	Enfermedades Infecciosas	15	6	96
28	Portugués I **		2	32
37	Optativa		2	32

Segundo Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
20	Anestesiología y Apoyo al Paciente Crítico	25	2	32
32	Medicina Interna II	25	12	192
36	Portugués II **	28	2	32
43	Optativa		2	32
50	Optativa		3	48
52	Cirugía General	25	5	80
56	Optativa		3	48
58	Oncología Clínicoquirúrgica	25	3	48

Quinto Año

Primer Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
31	Neurología	25	4	64
39	Obstetricia	25	6	96
40	Ginecología	25	5	80
41	Psiquiatría	07-25	4	64
45	Esterilidad	25	3	48
51	Medicina Legal	32	4	64
59	Oftalmología	25	3	48

Segundo Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
-----------------	-------------	------------------	-----------------	------------

33	Dermatología	25	3	48
38	Pediatría	25	10	160
44	Toxicología	16-25	3	48
49	Urología	25	3	48
57	Otorrinolaringología	25	3	48
61	Ortopedia y Traumatología	25	4	64

Sexto Año

Primer Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
64	Pasantía Médica Comunitaria	25-26	11	176
65	Internado Rotatorio ***		50	800

Segundo Cuatrimestre

Código Asignat.	ASIGNATURAS	Correlatividades	Horas Semanales	Hs.Totales
21	Investigación Aplicada y Formulación de Proyectos **		3	48
60	Problemática del Mundo Actual **	48	3	48
65	Internado Rotatorio ***		50	800

PLAN DE ESTUDIOS Universidad Austral⁷⁶

Primer año

- Anatomía I
- Anatomía II
- Antropología
- Bioquímica I
- Bioquímica II
- Citología - Histología General
- Histología Especial
- Relación Médico Paciente I
- Teología I

Segundo año

- Bioestadística
- Ética
- Fisiología I
- Fisiología II
- Inmunología
- Medicina Celular y Molecular
- Microbiología
- Psicología
- Relación Médico Paciente II

Tercer año

- Anatomía Patológica
- Epidemiología
- Farmacología I
- Fisiopatología
- Genética
- Neurofisiología (Optativa)
- Informática Médica
- Teología II

Cuarto año

- Nutrición (Optativa)
- Cuestiones de Bioética

⁷⁶ Publicado en: "Universidad Austral" - www.austral.edu.ar URL
<http://www.austral.edu.ar/cienciasbiomedicas/medicina/carrera-de-grado/plan-de-estudios/> Consultado el
16/05/2011

- Cirugía
- Medicina Interna II
- Farmacología II
- Diagnóstico por Imágenes
- Metodología de la Investigación
- Bases Terapéuticas del Dolor (Optativa)
- Otorrinolaringología
- Medicina Interna I
- Toxicología
- Urología

Quinto año

- Medicina Molecular Aplicada
- Atención Médica Primaria
- Medicina Interna III
- Cuidados Paliativos
- Dermatología
- Enfermedades Infecciosas
- Gestión y Economía de la Salud (Optativa)
- Ginecología
- Medicina Legal y Deontología Médica
- Neurología
- Obstetricia
- Oftalmología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Traumatología

Sexto año

- Atención Primaria de la Salud (Internado Rotatorio)
- Seminario de Bioética (Internado Rotatorio)
- Cirugía (Internado Rotatorio)
- Clínica Médica (Internado Rotatorio)
- Rotación Electiva (Internado Rotatorio)
- Emergencias (Internado Rotatorio)
- Emergentología
- Ginecología y Obstetricia (Internado Rotatorio)
- Pediatría (Internado Rotatorio)
- Seminarios de Bioética

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad Maimónides⁷⁷

Primer Año

- Ciencias Básicas I (Biología Molecular y Celular, Anatomía, Histología, Embriología, Fisiología, Bioquímica, Biofísica)
- Salud Familiar y Comunitaria (Salud Individual y Colectiva, Epidemiología)
- Inglés I
- Ética Profesional (Bioética, Humanismo Médico)
- Taller de Emergentología I

Segundo Año

- Ciencias Básicas II (Inmunología, Microbiología, Diagnóstico por imágenes, Patología, Farmacología, Semiología General, Fisopatología, Epidemiología)
- Salud Familiar y Comunitaria
- Taller de Emergentología II
- Biogenética
- Inglés II
- Informática I
- Medicina I (Aparato cardiocirculatorio, Psicosemiología, Aparato respiratorio, Inmunología, Infectología, Diagnóstico por imágenes, Ciencias del Comportamiento y Salud Mental, Patología, Humanismo médico y Bioética, Salud Familiar y Comunitaria)

Tercer Año

- Medicina II (Gastroenterología, Sistema Endócrino, Reumatología, Nefrología, Cáncer, Hematología, Dermatología, Neurología, Bases generales del cáncer, Nutrición)
- Gerontología (Gerontología y Geriatria)
- Taller de Emergentología III (Tocoginecología, Medicina II)
- Inglés III
- Informática II (Computación en Medicina)

⁷⁷ Publicado en: "Universidad Maimónides" - www.maimonides.edu URL http://www.maimonides.edu/carreras_ficha.asp?car=5&conte=3 Consultado el 16/05/2011

Cuarto año

- Medicina III (Clínica Quirúrgica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia y Traumatología, Medicina del Deporte, Urología, Emergentología, Toxicología, Medicina Legal, Ciencias básicas II)
- Pediatría I
- Obstetricia y Ginecología I (Tocoginecología)
- Historia de la Medicina
- Inglés IV
- Informática III (Computación en medicina)

Quinto año

- Pediatría II
- Obstetricia y Ginecología II
- Taller de Emergentología III
- Gerontología II
- Prácticas Integrales Intensivas I (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Tocoginecología, Geriatria, Pediatría, Taller de Emergentología)

Sexto año

- Prácticas Integrales Intensivas II (Pasantías por Centros de Atención Primaria: Medicina General, Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Tocoginecología, Geriatria, Pediatría, Emergentología)
- Trabajo de Diploma

PLAN DE ESTUDIOS

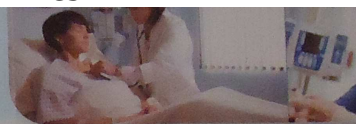
Universidad Católica de Buenos Aires



MEDICINA

DURACIÓN: 6 AÑOS (INCLUYE INTERNADO ROTATORIO)

HOSPITAL ESCUELA: HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES



Plan de Estudios

1 AÑO

- Anatomía Humana
- Histología
- Introducción a la Bioética I
- Introducción a la Bioética II
- Medicina Hombre y Sociedad
- Atención Primaria I
- Informática
- Inglés
- Módulo de Integración I

2 AÑO

- Fisiología Humana
- Física Biológica
- Química Biológica
- Principios de Bioética I
- Principios de Bioética II
- Atención Primaria II
- Demografía y Epidemiología
- Bioestadística, Metodología de la investigación y de la Comunicación Científica
- Módulo de Integración II

3 AÑO

- Medicina I
- Cirugía I
- Anatomía Patológica
- Inmunología
- Microbiología, Parasitología y Virología
- Farmacología
- Radiología y Diagnóstico por Imágenes
- Educación para la Salud
- Salud Pública I
- Bioética del Inicio de la Vida I
- Bioética del Inicio de la Vida II
- Módulo de Integración III

4 AÑO

- Medicina II
- Cirugía II
- Urología
- Infectología
- Dermatología
- Salud Mental I
- Neurología y Neurocirugía I
- Oftalmología
- Materia electiva I
- Medicina Legal
- Historia de la Medicina
- Toxicología
- Bioética de los Derechos Humanos I
- Bioética de los Derechos Humanos II
- Salud Pública II
- Módulo de Integración IV

5 AÑO

- Medicina III
- Tocoginecología
- Pediatría
- Ortopedia y Traumatología
- Salud Mental II
- Neurología y Neurocirugía II
- Otorrinolaringología
- Emergentología
- Materia electiva II
- Materia electiva III
- Materia electiva IV
- Economía para la Salud
- Bioética del Final de la Vida I
- Bioética del Final de la Vida II
- Módulo de Integración V

6 AÑO

PRÁCTICA FINAL OBLIGATORIA

- Práctica Final Obligatoria I (Medicina Social y Comunitaria)
- Práctica Final Obligatoria II (Medicina Hospitalaria)
- Práctica Final Obligatoria III (Medicina Hospitalaria)
- Práctica Final Obligatoria IV (Medicina Hospitalaria)
- Práctica Final Obligatoria V (Medicina Hospitalaria)
- Práctica Final Obligatoria VI (Medicina Hospitalaria)
- Práctica Final Obligatoria VII (electiva)

Institutos Universitarios

PLAN DE ESTUDIOS
Instituto Universitario Escuela de Medicina del Hospital Italiano de
Buenos Aires⁷⁸

CICLO BIOMÉDICO				
1° Año				
Materia	Régimen	Carga horaria		Correlatividades
		Totales	Semanales	
Biofísica	Anual	144	4	-
Ciencias Humanas I	Anual	144	4	
Ciencias Morfológicas	Anual	576	16	
Fundamentos de la Inves. Cient. en Med.	Cuatrimstral	72	4	
Informática Médica	Cuatrimstral	36	2	
Inglés Médico	Anual	72	2	
Introducción a la Medicina	Anual	108	3	
		1152	32	
2° Año				
Materia	Regimen	Carga horaria		Correlatividades
		Totales	Semanales	
Atención Primaria y Preventiva	Cuatrimstral	54	3	Asignaturas 1° Año
Bioquímica	Anual	144	4	Ciencias Morfolócas, Biofísica
Ciencias Humanas II	Anual	144	4	Ciencias Humanas I
Fisiología Normal	Anual	432	12	Ciencias Morfológicas, Biofísica
Introducción a la Medicina II	Anual	108	3	Introducción a la Medicina I
Microbiología	Cuatrimstral	72	4	Ciencias Morfológicas
Optativas	Anual	72	2	
		1026	29	
3° Año				

⁷⁸ Publicado en: "Hospital Italiano de Buenos Aires" - www.hospitalitaliano.org.ar URL http://www.hospitalitaliano.org.ar/edu/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=7046&v=1259
Consultado el 16/05/2011

Materia	Regimen	Carga horaria		Correlatividades
		Totales	Semanales	
Ciencias Humanas III	Anual	144	4	Ciencias Humanas II
Farmacología General	Anual	144	4	Fisiología, Bioquímica
Inmunología	Cuatrimestral	108	6	Fisiología, Bioquímica, Microbiología
Introducción a la Medicina III	Anual	108	3	Introducción a la Medicina II, Fisiología, Bioquímica, Microbiología
Medicina Molecular	Cuatrimestral	108	6	Inmunología
Patología General	Anual	360	10	Fisiología, Bioquímica, Microbiología
Salud Pública I	Anual	108	3	Atención Primaria
CICLO CLÍNICO				
4° Año				
Materia	Regimen	Carga horaria		Correlatividades
		Totales	Semanales	
Ciencias Humanas IV	Anual	144	4	Ciclo Biomédico
Cirugía I	Bimestral	108	12	Semiología y Fisiopatología
Clínica Médica I	Bimestral	108	12	Semiología y Fisiopatología
Salud Pública II	Anual	108	3	Ciclo Biomédico
Semiología y Fisiopatología	Semestral	624	26	Ciclo Biomédico
Optativas	Anual	72	2	
		1164	33	
5° Año				
Materia	Regimen	Carga Horaria		Correlatividades
		Totales	Semanales	
Ciencias Humanas V	Anual	144	4	Ciencias Humanas IV
Cirugía II	Trimestral	120	10	Semiología y Fisiopatología
Clínica Médica II	Trimestral	120	10	Semiología y Fisiopatología
Clínica Psiquiátrica	Mensual	80	20	Semiología y Fisiopatología
Farmacología aplicada	Anual	72	2	Semiología y Fisiopatología
Ginecología y Obstetricia	Cuatrimestral	200	12	Semiología y Fisiopatología
Medicina Familiar	Mensual	112	28	Semiología y Fisiopatología
Medicina Legal	Anual	72	2	Ciencias Humanas IV
Patología Especial	Anual	144	4	Semiología y Fisiopatología
Pediatría	Cuatrimestral	200	12	Semiología y Fisiopatología

Salud Pública III	Anual	108	3	Salud Pública II
Toxicología	Cuatrimestral	54	3	Semiología y Fisiopatología
Optativas	Anual	72	2	
		1498	38	
INTERNADO ROTATORIO				
6° Año				
Materia	Regimen	Carga horaria		Correlatividades
		Totales	Semanales	
Clínica Médica	Bimestral	512	64	Ciclo Clínico
Cirugía General	Bimestral	512	64	Ciclo Clínico
Ginecología y Obstetricia	Bimestral	512	64	Ciclo Clínico
Pediatría	Bimestral	512	64	Ciclo Clínico
Medicina Familiar	Mensual	256	64	Ciclo Clínico
Rotaciones Electivas: 2	Mensuales	256/256	64	Ciclo Clínico
Ciencias Humanas VI	Anual	144	4	Ciclo Clínico
		2960	44 + 24 (Guardia)	
TOTALES		8952		

PLAN DE ESTUDIOS CEMIC⁷⁹

Ciclo Pre – Médico	Ciclo Pre – Clínico		Ciclo Clínico Quirúrgico		Internado
1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° año
Psicología Médica I	Psicología Médica II	Psicosemiología	<u>Asignaturas Integradas</u> Patología Clínica Farmacología Clínica		Medicina General
Práctica Clínica: La entrevista. Historia de Vida	Práctica Clínica		Salud Pública Medicina Legal Toxicología		Cirugía General
Ciencias Básicas Biología – Física – Química - Matemática Metodología de la Investigación	Ciencias Básicas Anatomía – Histología Normal y Embriología – Hist. Patológica – Fisiología, Biofísica y Bioquímica - Biología Molecular – Microbiología, Virología y Parasitología – Met. De la Investigación – Farmacología		Ciencias Clínicas Medicina y Cirugía Pediatria Ginecología y Obstetricia Psiquiatria		Psiquiatria
Cultura y Sociedad Historia del Arte y de la Cultura	Cultura y Sociedad Historia de la Medicina – Antropología		Cultura y Sociedad Sociología - Bioética		Ginecología y Obstetricia
Disciplinas Instrumentales Informática – Inglés	Disciplinas Instrumentales Inglés		Disciplinas Instrumentales Inglés		Pediatria
Electiva	Electiva		Electiva		Medicina Familiar
					Electiva

⁷⁹ Publicado en: "CEMIC" - www.cemic.edu.ar URL
http://www.cemic.edu.ar/instituto_universitario/iuc_carreras_med_planestudios.asp Consultado el
16/05/2011

PLAN DE ESTUDIOS

Fundación Barceló⁸⁰

Primer año

- Biología Humana. Biología Celular y Molecular.
- Antropología Médica I
- Anatomía y Fisiología Básicas
- Introducción a la Bioquímica e Interpretación de Estudios Complementarios de Laboratorio
- Epistemología e Introducción a la Investigación Científica
- Filosofía Salud/Enfermedad
- APS I
- Metodología de Estudio y Aprendizaje

Segundo año

- Anatomía normal
- Histología y Embriología. Genética humana. Bioquímica Celular
- APS
- Informática Médica I
- Inglés Médico I
- Electivas

Tercer año

- Fisiología
- Bioquímica-Inmunología. Nutrición Normal.
- Salud Mental I
- Informática Médica II
- Inglés Médico II
- Electivas

Cuarto año

- Patología General. Fisiopatología. Patología Especial.
- Microbiología
- Semiología General
- Farmacología General

⁸⁰ Publicado en: "Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló" - www.barcelo.edu.ar
URL <http://www.barcelo.edu.ar/carrera/26> Consultado el 16/05/2011

- Informática Médica III
- Inglés Médico III
- Electivas

Quinto año

- Medicina Interna I
- Terapéutica Clínica I
- Diagnóstico por Imágenes
- Nutrición Clínica
- Salud Mental II (Psicosemiología y Psiquiatría)
- Historia de la Medicina
- Bioética
- Electivas

Sexto año

- Medicina Interna II y Terapéutica Clínica II
- Neurología
- Infectología del Adulto
- Epidemiología
- Dermatología
- Cirugía
- Oftalmología
- Urología
- Otorrinolaringología
- Ortopedia y Traumatología
- Emergentología
- Obstetricia
- Ginecología
- Medicina Infanto-Juvenil (Pediatría)
- Medicina Legal
- Toxicología
- Electivas

PLAN DE ESTUDIOS

Universidad Favaloro

1° año	2° año
Anatomía I Biología Celular y Histología I Citrología I Práctica Hospitalaria I Formación Integral en Salud I Fisiología I Informática Básica Química Biológica I Seminario Humanista I Salud Mental I Práctica de Verano I	Fisiología y Biofísica I Práctica Hospitalaria II Química Biológica II Microbiología I Bioinformática I Bioinformática II Formación Integral en Salud II Inglés I Inmunología Módulo de Investigación I Seminario Humanista II Salud Mental II Práctica de Verano II
3° año	4° año
Medicina I (Semiología, Cardiología, Neumología, Nefrología, Hematología) Patología I Módulo de Investigación II Farmacología Básica Formación Integral en Salud III Salud Mental III Seminario Humanista III Práctica de Verano III	Medicina II (Alergia, Clínica Médica, Dermatología, Diagnóstico por Imágenes, Endocrinología y Nutrición, Hepatogastroenterología, Infectología, Medicina Familiar, Neurología, Oncología, Reumatología, Terapia Int.) Bases Farmacológicas para la Terapéutica Formación Integral en Salud IV Inglés II Módulo de Investigación III Salud Mental IV Salud Pública I Salud Pública II Toxicología I Práctica de Verano IV
5° año	6° año
Quirúrgica (Cirugía Geral, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Otorrinolaringología y Otorrinolaringología, Otorrinolaringología, Urología) Ginecología Obstetricia Pediatría Ética y Deontología Médica Electiva 1° - Electiva 2° Inglés III - Inglés IV Módulo de Investigación IV Medicina Legal Seminario Humanista IV Salud Mental IV Práctica de Verano V (Emergentología)	Práctica Final Obligatoria Título Médico (al terminar sexto año)

Institutos Universitarios Perfil del egresado y objetivos

Instituto Universitario del Hospital Italiano

Objetivos y perfil del egresado⁸¹

Características de la Carrera

La carrera tiene una duración de seis años, con título final de Médico de validez nacional.

Los cursos se conforman con grupos reducidos de no más de cuarenta personas y cada alumno tiene asignado, desde el primer momento, un tutor que le servirá de guía y apoyo durante toda su carrera.

Muchos de los excelentes médicos que hoy ejercen en todo el país han sido formados en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Por eso, no sólo nos encargamos de cuidar la salud, sino que nos enorgullecemos de formar a quienes se ocupan de hacerlo. Los excelentes médicos se forman al lado de excelentes profesionales.

Alcances del Título e Incumbencias profesionales

De acuerdo a la reglamentación vigente el título de la Carrera de Medicina tiene los siguientes alcances e incumbencias profesionales:

Anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas, o la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y actuaciones periciales en el área de su competencia.

Asimismo, podrá investigar en el área de las ciencias que le compete.

Perfil del egresado

En el Instituto Universitario aspiramos a que nuestros egresados sean profesionales conscientes de la necesidad de formación continua, que puedan integrar grupos

⁸¹ Publicado en: "Carrera de Medicina", sitio web "Hospital Italiano de Buenos Aires" - www.hospitalitaliano.org.ar URL http://www.hospitalitaliano.org.ar/edu/index.php?contenido=ver_seccion.php&id_seccion=7046&v=1259
Consultado el 16/05/2011

interdisciplinarios con responsabilidad y sean capaces de aplicar en la realidad los conocimientos que han adquirido en su paso por nuestras aulas.

Buscamos activamente que nuestros médicos se inserten en el mundo profesional para modificarlo acercando adelantos en salud y medidas de profilaxis que mejoren el entorno.

Un egresado de nuestra institución se diferencia por la capacidad de reconocer en el paciente a un igual, que debe ser respetado, comprendido y al que se le debe brindar calidad humana y científica. Nuestro principal objetivo es formar no sólo excelentes médicos sino también excelentes seres humanos.

Plan de Estudios

La Carrera de Medicina es una carrera de grado que dura seis años y está dividida en tres ciclos: el ciclo biomédico, el ciclo clínico y el Internado Anual Rotatorio.

Los primeros dos años de la carrera tienen como objetivo enseñar las Ciencias Básicas, el aprendizaje de las primeras praxias y la aproximación a la medicina a través de la resolución de problemas.

El ciclo intermedio se centra en la patología, partiendo del paciente hasta el nivel molecular.

El ciclo final clínico-quirúrgico, se realiza bajo el sistema de internado rotatorio en el hospital, en los centros periféricos, con experiencias en atención ambulatoria, atención primaria y rotaciones en el interior del país.

Durante toda la carrera se desarrollará un seminario de ciencias humanas, que le dará al futuro médico un imprescindible complemento a su formación.

Misión

Nuestros objetivos esenciales son la formación integral de profesionales en el área de la salud, la investigación en la amplia gama de ciencias que competen a la misma, el trabajo para favorecer la salud de la comunidad, poniendo especial énfasis en aquellas actividades de su propio quehacer; aspirando a una excelente idoneidad científica y técnica dentro de un contexto educativo de amplia base cultural y rigor metodológico.

Procuramos la formación integral de nuestros alumnos en el marco de las bases culturales de la sociedad donde habrán de desempeñar su labor profesional, con especial hincapié en

los valores éticos y morales que tal ejercicio requiere. A su vez, se pone especial énfasis en la formación de profesionales cuyo interés esté orientado a la promoción de investigaciones y a la colaboración académica interinstitucional.

Universidad Favaloro

Objetivos y perfil del egresado⁸²

Objetivos del plan de estudios

- Proveer una sólida formación científica.
- Promover una sólida formación humanística y ética laica.
- Reconocer y saber solucionar las urgencias y emergencias que ponen en riesgo la vida de las personas.
- Apuntar al conocimiento de las patologías prevalentes y a la medicina preventiva.
- Conocer la realidad socioeconómica del país.
- Desarrollar un sentido solidario y fraterno, hacia los más necesitados.

Misión de la Carrera de Medicina de la Universidad Favaloro reconoce como ejes:

- Formar médicos en sus aspectos académicos, humanísticos, científicos y técnicos, asumiendo la responsabilidad permanente en la promoción de estándares de alta calidad en Educación Médica.
- Fijar las bases para el acceso posterior de los egresados a la especialización médica, la investigación científica y la docencia universitaria.
- Promover, sostener y robustecer las actividades de investigación y tecnología, con el doble propósito de permitir el desarrollo de nuevos conocimientos y de transferirlos a los sectores de la producción y al medio social, con la mira siempre puesta en obtener una influencia positiva en la calidad de vida de los ciudadanos.
- Actuar en el área de extensión universitaria de acuerdo a los lineamientos generales de la Universidad, promoviendo la interrelación con la comunidad a fin de captar sus necesidades en relación a la Salud e impulsando acciones en pos de su

⁸² Publicado en: Carrera de Medicina. Perfil del egresado”, sitio web “Universidad Favaloro” - www.fundacionfavaloro.org.ar URL : <http://www.favaloro.edu.ar/perfil-del-egresado-de-la-carrera-de-medicina-6.html> Consultado el 16/05/2011

satisfacción mediante la articulación de las actividades de educación e investigación con las de servicio.

- Aportar a la calidad de vida de la comunidad, generando espacios de reflexión, información y diálogo en torno a la definición de objetivos y prioridades, y reconocimiento de problemas comunes.
- Reconocer las realidades sociales en lo concerniente al tema de la Salud, articulándolas con la docencia, investigación y extensión, para realizar ajustes curriculares y metodológicos.

Carrera de Medicina. Perfil del Egresado

El médico formado en la Carrera de Medicina de la Universidad Favaloro poseerá todas aquellas competencias básicas y comunes (entendiendo las competencias como combinaciones dinámicas de conocimientos, habilidades, actitudes y valores) que le permitan ejercer la profesión en nuestro sistema de salud (con la capacidad suficiente para adaptarse a otros medios), mantener actualizadas sus capacidades profesionales, y acceder a la formación especializada en cualquiera de las disciplinas, así como participar en la investigación biomédica y, eventualmente, en la docencia.

Ello significa que el graduado poseerá características que lo inducirán a:

- Ejercer la medicina con las competencias de un médico general, de forma crítica y reflexiva, con una postura ética y una visión humanística para el paciente, su familia y la comunidad, observando los aspectos socioeconómicos, culturales, psicológicos y ecológicos relevantes del contexto, reconociendo las diferencias de género, basándose en los principios de la bioética y respetando los derechos individuales y sociales.
- Estar estimulado y capacitado para el autoaprendizaje, la educación y el perfeccionamiento continuo y permanente. Reconocer oportunamente sus propias limitaciones frente a situaciones complejas que superan su capacidad.

- Ejercer la medicina reconociendo los componentes, los principios y los valores de la estrategia de la atención primaria de la salud, utilizando procedimientos diagnósticos y terapéuticos científicamente validados, procurando mantener la calidad de vida del paciente.
- Tener capacitación para identificar cuáles de los nuevos conocimientos, habilidades y tecnologías son necesarios para la resolución de nuevos problemas y para asumir nuevas responsabilidades.
- Estar preparado para buscar informaciones utilizando recursos adecuados y analizar críticamente dichas informaciones, actitud indispensable frente a la sobrecarga de comunicaciones y la transitoriedad de los conocimientos teóricos y técnicos.
- Dominar los conocimientos formadores de las bases científicas de naturaleza biopsicosocial subyacentes a la práctica médica.
- Estar preparado para intervenir en todos los aspectos de la salud a lo largo del ciclo vital: salud del niño, adolescente, adulto y geronte con las peculiaridades de cada sexo; salud de la familia y de la comunidad; etapa final de la vida y muerte.
- Tener dominio de los conocimientos sobre la fisiopatología de los principales síndromes y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de mayor prevalencia, así como sobre las bases del mantenimiento, procuración y transplante de órganos y tejidos.
- Reconocer las urgencias y emergencias que ponen en riesgo la vida de las personas resolviendo las situaciones que se presenten en forma efectiva, eficiente y humanitaria, mediante el tratamiento correspondiente (de acuerdo al nivel de atención en que se encuentre) y/o la derivación al centro asistencial que corresponda.
- Identificar y tratar enfermedades de distintos orígenes: genéticas, crónico-degenerativas, neoplásicas, mentales y psicosociales, infecciosas, parasitarias y nutricionales, causas externas de morbilidad; enfermedades ocupacionales, ambientales y iatrogénicas.
- Realizar el diagnóstico presuntivo de patologías no habituales articulando la estrategia de la interconsulta y/o derivación cuando la situación así lo requiera.

- Estar capacitado para utilizar y administrar los recursos semiológicos, exámenes complementarios y terapéuticos, a fin de prestar atención integral a la salud, en los niveles primario, secundario y terciario, conociendo los criterios de indicación y contraindicación, limitaciones, riesgos, confiabilidad, efectividad y eficiencia, así como su validación científica.
- Comprender las necesidades de salud de las personas, consideradas no sólo en sus aspectos físicos, biológicos y psicológicos, sino también espirituales, culturales, ambientales, laborales, socioeconómicos, familiares y comunitarios.
- Diagnosticar los problemas de salud prevalentes de la población identificando los grupos de riesgo.
- Tener una visión social del papel del médico y poseer la capacidad de involucrarse en actividades de política pública y de planificación de la salud.
- Saber actuar en el equipo multiprofesional y/o multidisciplinario, asumiendo cuando fuera necesario su liderazgo, relacionándose con los demás miembros con las correspondientes bases éticas, asumiendo y respetando las respectivas incumbencias profesionales.
- Actuar dentro del sistema de salud y sus subsectores obedeciendo los principios técnicos y éticos de la referencia y contrarreferencia, y el marco legal de la profesión.
- Informar y educar a las personas, familias y comunidad en cuanto a la promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de los pacientes, usando técnicas adecuadas de comunicación social.
- Estar capacitado para desarrollar una activa participación en la creación de nuevos conocimientos, mediante la investigación médica, sea ella básica, clínica o epidemiológica, así como en la docencia, transmitiendo el conocimiento a las nuevas generaciones.
- Prestar la debida atención a su propio cuidado personal y hábitos de vida, con énfasis en su salud.
- Conocer las principales características del mercado de trabajo donde deberá insertarse, procurando actuar en los términos de los patrones locales.

Fundación Barceló

Objetivos y perfil del egresado.⁸³

Objetivo General de la Carrera

Formar Médico General Integral que actúe en la promoción de la salud, la prevención de riesgos y enfermedades, el diagnóstico precoz, la rehabilitación y el tratamiento adecuado de la persona, la familia y la comunidad.

Interpretar la importancia de la Medicina General en la solución de los principales problemas de salud de la comunidad en la Atención Primaria.

Identificar al hombre como ser biopsicosocial y a la medicina como ciencia sociobiológica. Identificar las funciones del médico y de los otros integrantes del equipo de salud con la Medicina General y con la Medicina Familiar. Caracterizar el método científico que se emplea en el estudio del estado de salud de la persona, la familia y la comunidad.

Objetivos Específicos

Mediante el estudio de las ciencias básicas el alumno conocerá el desarrollo, estructura y funcionamiento normales del organismo humano así como sus mecanismos de defensa; de igual manera dominará los principios y mecanismos de acción de los compuestos farmacológicos con mayor importancia, habiendo adquirido conocimientos actualizados de los agentes patógenos capaces de afectar la salud.

Iniciar el desarrollo de habilidades básicas para la comunicación a través de entrevistas y charlas, y en la confección de la Historia de Salud Familiar.

Aplicar los procedimientos de diagnóstico y terapéutica en la APS, como así también los conocimientos de Epidemiología y Emergentología.

Objetivos a lograr en los alumnos

El objetivo inicial es graduar Médicos Generales Integrales, que funcionalmente actuarán como Médicos de Familia y que podrán ulteriormente formarse como especialistas en Medicina General Integral.

El modelo de plan curricular consiste en un sistema de integración interdisciplinaria de tipo

⁸³ Publicado en: "Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló", "Carrera" - www.barcelo.edu.ar URL <http://www.barcelo.edu.ar/carrera/27/36/Medicina> Consultado el 16/05/2011

horizontal/vertical mediante el cual la enseñanza no se imparte según el modelo propio de cada asignatura en particular, sino a través de unidades lógicas de conocimientos, de acuerdo con los sistemas orgánicos que componen el cuerpo humano, con la interacción de las disciplinas, indispensable en cada una de ellas.

Estructura del Plan de Estudios

El Plan de Estudios se estructuró en tres grandes áreas:

- Area Técnica
- Área Científica.
- Área Humanística

CEMIC Objetivos y perfil del egresado⁸⁴

Objetivo general de la carrera

- Formar profesionales médicos con alto nivel científico que jerarquicen la dimensión humanística como fundamento de su ética profesional y que actúen promoviendo y recuperando la salud de la comunidad en la que se desempeñen.

Objetivos específicos

- Formar profesionales médicos que:
 - se hagan cargo del tratamiento integral de sus enfermos;
 - actúen como agentes promotores de la salud física y mental de la comunidad donde ejerzan,
 - comprendan la importancia de los programas de salud, nacionales, regionales y locales;
 - internalicen principios éticos y morales como base de su práctica profesional;
 - sean capaces de interactuar con los diferentes miembros del equipo de salud con actitud interdisciplinaria;
 - comprendan la importancia de la investigación científica para mejorar la salud individual y comunitaria;
 - asuman la necesidad de una formación y actualización de alto nivel científico.

Perfil del egresado

El Egresado deberá haber desarrollado:

- a) conocimientos teóricos actualizados, con base científica fundada en la mejor evidencia, y capacitación en la metodología de la Investigación.
- b) destreza y habilidades requeridas para realizar las actividades que le competen.
- c) actitudes para su desempeño profesional con fundamento en la bioética y en un enfoque científico – antropológico, social y humanístico y para su autoevaluación y educación

⁸⁴ Publicado en: "CEMIC", "Objetivos" - www.cemic.edu.ar URL
http://www.cemic.edu.ar/instituto_universitario/iuc_carreras_med_objetivos.asp
Consultado el 16/05/2011

médica continua, sobre la base de una capacitación adecuada para acceder a las fuentes de conocimientos disponibles.

Entender el proceso de salud – enfermedad desde la óptica biopsicosocial y estar formado en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de urgencias, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patología prevalentes y estar capacitado para identificar problemas no prevalentes y orientarlos eficientemente.

Tener en cuenta el análisis costo – efectividad y costo – beneficio de las acciones que llevará a cabo.

Estar comprometido con los problemas de la comunidad, formado en los conceptos de la Atención Primaria de la Salud como estrategia, y capacitado para implementar programas sanitarios, ejecutar pericias e integrar equipos interdisciplinarios de atención médica.

Entender la salud como un derecho accesible, solidario y equitativo de la población. Deberá estar capacitado en la administración de recursos e implementación de conceptos de epidemiología clínica, en el manejo de la relación – paciente – familia – comunidad como herramienta terapéutica y en la consideración de los aspectos emocionales como parte de su tarea.

Comprometerse con el paciente y la comunidad, y favorecer el respeto por la vida a partir de la aplicación de principios éticos, morales y legales.

Programas Ciencias Humanas



Instituto Universitario
Escuela de Medicina
HOSPITAL ITALIANO



C I E N C I A S H U M A N A S I

Año: 2009

Carga horaria semanal: 4 horas.

Duración: anual 144 hs

Fundamentos

Se entiende a la Medicina como una praxis social y humana, guiada por conocimientos y creencias, que se ocupa de los estados del hombre conocidos como “salud” y “enfermedad”. Al ser una actividad social, depende intrínsecamente de la estructura de la sociedad en la que se practica y, al ser un sistema de ideas, está vinculada a cada cultura. Es también, como actividad humana, una práctica que pone en juego las relaciones interpersonales entre el médico y sus pacientes, con las familias, con sus colegas y con la sociedad en general.

Por estas razones, este área abarca diferentes perspectivas, que se irán presentando a lo largo de toda la Carrera, de modo integrado, pero con las herramientas propias de cada una de las disciplinas que la conforman.

Objetivos generales

- Contribuir a que el futuro médico construya una visión integradora y compleja de los problemas abordados por la Medicina.
- Proporcionar herramientas a los estudiantes para comprender e intervenir en las diferentes situaciones médicas en las que, como profesionales de la salud, se verán involucrados.

Propuesta de trabajo

Se trabajará, durante el año, a partir de tres ejes temáticos:

1. Salud y enfermedad.
2. Persona y cultura.
3. Rol y vocación del médico.

Cada uno de ellos se abordará desde las cuatro perspectivas que se presentan a continuación:

1. Histórica.

2. Psicológica.
3. Antropológica.
4. Filosófico-ético-legal.

El último jueves de cada mes, se desarrollará un taller sobre Arte y Medicina.

Eje SALUD-ENFERMEDAD

Objetivos

- Promover la reflexión sobre los contextos y sus diferentes abordajes en el campo de la salud.
- Reflexionar sobre las circunstancias que rodean el enfermar.
- Promover la reflexión sobre los múltiples factores que contribuyen en el enfermar.
- Reflexionar sobre la relatividad témporo-espacial de los conceptos de salud y enfermedad.
- Conocer algunos conceptos de salud y enfermedad en la historia de la medicina.
- Reconocer a las nociones de salud y de enfermedad como categorías sociales y culturales y no sólo como fenómenos biológicos.
- Comprender el concepto de valor y su relación con el eje temático.
- Reflexionar acerca de los supuestos universales o relativos en materia de valores y su influencia sobre los conceptos de salud y enfermedad.

Contenidos

Perspectiva psicológica

- Definiciones de salud. Definición de la OMS. Definición del informe del Centro Hasting.
- Conceptos de prevención y promoción de salud.
- Calidad de vida. Intentos de medición (escalas) y su vinculación con el estado de salud.
- El contexto de la enfermedad.
- Nociones de adaptación, stress.
- Modelo de Richard Rahe. Escala de Paykel.

Perspectiva filosófico-ética

- La salud como concepto.
- Distintas definiciones y conceptos de salud. Críticas a los mismos.
- Salud y enfermedad: su relación con la economía, la cultura, y el concepto de justicia.
- Diferentes interpretaciones de salud y enfermedad: gracia-desgracia, orden-desorden, dicha-desdicha.

Perspectiva histórica

Diferentes conceptos de salud-enfermedad a lo largo de la historia, en particular:

- Medicina primitiva.
- Teoría humoral.

- Iatroquímica.
- Iatrofísica.
- Anatomía patológica.
- Reduccionismo génico.
- Holismo.
- Sistemismo.

Perspectiva antropológica

- Salud y enfermedad: noción de “proceso”. La salud como un proceso social complejo. Múltiples dimensiones que lo conforman (biológica, psicológica, socio-cultural, económica, política).
- El cuerpo y el ciclo vital: los procesos biológicos y su caracterización en diferentes contextos sociales. El cuerpo y sus malestares: percepción selectiva e interpretación cultural.
- Diversidad de prácticas en relación a la salud y la enfermedad.
- Sistemas médicos en sociedades occidentales: medicina oficial, medicinas tradicionales, medicinas alternativas. Los conceptos de “trayectoria” y “estrategias de usos múltiples”.
- Génesis social de algunos procesos mórbidos. El acceso a recursos y la delimitación de las estrategias de atención. Algunos problemas de salud y enfermedad a la luz de los conceptos de diferencia, diversidad y desigualdad.

Eje PERSONA Y CULTURA

Objetivos

- Reflexionar acerca del concepto de persona.
- Promover la reflexión sobre las interrelaciones entre el individuo y la cultura.
- Comprender las variaciones de los conceptos de “enfermo” y “enfermedad”, a lo largo de la historia y en las diferentes culturas.
- Conocer la historia de algunas instituciones asistenciales, para poder comprender la historia de la medicina desde el punto de vista de los enfermos.
- Comprender a la persona inmersa en la sociedad, como producto y productora de cultura y reconocer la diversidad inter e intracultural.

Contenidos

Perspectiva antropológica

- Algunas antinomias para debatir: individuo/sociedad; naturaleza/cultura; sujeción/manipulación. La persona como producto y productora de cultura.

- La persona en grupos sociales. El proceso de socialización o enculturación. Necesidades universales – instituciones particulares: el caso de la familia y su diversidad empírica.
- Persona y cultura a través de la noción de diferencia. La creación de un “otro” como categoría de conocimiento del mundo social. Etnocentrismo y racismo: momentos de conocimiento y diferenciación o negación del “otro”. La desigualdad como producto histórico.
- Personas, derechos y modernidad. Universalismo vs. particularismo: entre la igualdad de derechos y el reconocimiento de las diferencias.

Perspectiva histórica

- Distintas formas de entender al enfermo en cuanto persona, según el concepto de enfermedad estudiado en el eje anterior, en diferentes períodos históricos y culturas.
- Diversas formas de asistencia médica en la historia, el nacimiento de algunos establecimientos asistenciales y diferentes modos de atención de los enfermos en cada época.
- Historia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Perspectiva filosófico-ética

- Persona como medio y persona como fin.
- Desarrollo y génesis del concepto de persona.
- La dimensión ética del ser humano. Los valores. La educación moral. El pluralismo.
- Ética de mínimos y ética de máximos.
- Pluralismo frente a dogmatismos.
- Deberes y derechos. Las tres generaciones de derechos humanos.
- La dignidad humana. Introducción al concepto de autonomía.
- El compromiso dialógico.
- La relación de los ítems previos con la medicina.

Perspectiva psicológica

- Nociones básicas acerca de la configuración de la personalidad. Concepto de identidad.
- El proceso de formación de los ideales, los valores y la conciencia moral.
- El rol del grupo primario en la formación de la personalidad.
- El individuo como unidad biopsicosocial.
- La interacción social, los determinantes culturales y su influencia.
- Nociones básicas acerca del concepto de conducta.

Eje ROL Y VOCACIÓN DEL MÉDICO

Objetivos

- Comprender el cambio del rol del médico frente al paciente a lo largo de la historia, según los conceptos de salud y enfermedad.
- Conocer algunas variaciones históricas de los distintos momentos de la entrevista del médico y el paciente (anamnesis, examen físico, diagnóstico y pronóstico).

- Reconocer el rol médico en distintas sociedades, y analizar en particular su rol en la sociedad occidental: cura, control y medicalización de la vida cotidiana.
- Comprender la importancia ética de la profesión médica y la responsabilidad que ello implica.

Contenidos

Perspectiva histórica

- El rol del médico según el concepto de salud y enfermedad de cada período.
- Diferentes aspectos del encuentro del médico y el paciente, especialmente en las variables del examen físico a través de la historia y en la anamnesis, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

Perspectiva filosófico-ética

- La responsabilidad, condición inexcusable, de la naturaleza humana.
- El concepto de profesión y responsabilidad profesional.
- Responsabilidad ética y responsabilidad jurídica.
- Calidad y excelencia. Introducción a los conceptos de No maleficencia y Beneficencia.

Perspectiva psicológica

- Definiciones de vocación.
- La profesión como instrumentación de una vocación.
- Tendencia y capacidad reparatoria.
- El mecanismo psíquico de la sublimación.
- Conceptualización del inconsciente.
- Modalidades tradicionales del rol médico y tendencias actuales. Implicancias en la relación.
- Vinculación entre personalidad y aspectos subjetivos del rol.

Perspectiva antropológica

- Rol médico en sociedades no-occidentales. Curadores, brujos y magia. Eficacia simbólica.
- Surgimiento de la medicina en occidente. El médico en la sociedad. Rol y Status del médico en las sociedades occidentales. El médico en el Estado Social. Medicina privada vs. medicina pública. El médico como empresario moral. Funciones de diagnóstico, de tratamiento y de cura.
- El proceso de medicalización / normatización de la vida cotidiana.
- La heterogeneidad en la medicina. Los “pacientes” como una categoría homogénea o categoría diversa. Enfermos según sectores sociales. Enfoque de riesgo médico vs. riesgo social.

- Los valores del médico vs. los valores del paciente. Ejemplo: la infección de VIH/SIDA. Antropología y bioética: persona/autonomía; justicia/ beneficencia y no-maleficencia.

Bibliografía general

Para cada eje y perspectiva se proporcionará una guía indicativa de la bibliografía obligatoria.

Perspectiva psicológica

1. Bleger, José. Psicología de la conducta. Centro Editor de América Latina. 1969.
2. Caplan, Gerard. Aspectos preventivos en Salud Mental. Ed. Paidós. 1993.
3. Ferrari, Héctor. Salud Mental en Medicina. Librero López Ediciones. 1996.
4. Linton, Ralph. Estudio del hombre. Fondo de Cultura Económica. 1974.
5. Palmero, F. y Breva, A. Estress. De la adaptación a la enfermedad. Generalitat Valencia. Promolibro, 1993.

Perspectiva filosófico-ética

1. Aries, Philippe. Morir en Occidente.
2. Cortina, Adela. La Ética de la sociedad civil. Editorial Anaya. España. 1994.
3. Farrell, Martín. Aborto y eutanasia. Abeledo-Perrot. Buenos Aires. 1993.
4. Gracia, Diego. Estudios de Bioética. Etica y vida. Editorial El Buho. Bogotá. Colombia. 1998.
5. Gracia, Diego. Fundamentos de Bioética. Eudema. Madrid. 1989.
6. Iniciación a la Bioética. Un enfoque desde los trasplantes. Pace Rosa Angelina Caffaro Hernández Norma Del hospital ediciones 2008
7. Fundamentos de Bioética Outomuro Delia Editorial Masson 2006

Perspectiva histórica

1. Pérez Tamayo, Ruy. El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Fondo de Cultura Económica. México. 1988.
2. Sánchez González, Miguel Angel. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Masson. Madrid. 1998.

Perspectiva antropológica

1. Berlinguer, Giovanni. Etica de la Salud. Buenos Aires, 1996.
2. Bohanan, L. "Shakespeare en la Selva" En Boivin et al., Constructores de Otriedad. EUDEBA. Buenos Aires,
3. Conrad, P. y Schneider, J. "From badnes to sickness, Changing desginations of deviance an Social Control" (17-37) En: Deviance and Medicalization. Merrill Publishing Company. Columbus, Ohio. 1985.
4. Foucault, M. El nacimiento de la clínica. Siglo XXI. México. 1978.
5. Friedson, E. La profesión médica. Península. Barcelona. 1986.
6. García Canclini, J. L. Cultura e ideología.
7. García García, J. L. "Enfermedad y cultura". En Revista JANO. Madrid, 1985.

8. Geertz, C. “La descripción densa” En La interpretación de las culturas. Gedisa. México. 1987.
9. Lévi-Strauss, C. “El hechicero y su magia” (151-167) y “La eficacia simbólica” (168-185) En Antropología Estructural. EUDEBA. Buenos Aires. 1977.
10. Lévi-Strauss, C. “Raza e historia” En Boivin et al., Constructores de Otredad. EUDEBA. Bs. As. 1998.
11. Lieban, R. “The field of Medical Anthropology” (13-30) En Landy, D. (ed.) Culture, Disease and Healing, Macmillan. USA. 1977.
12. Vezzetti, H. La locura en la Argentina. Paidós. Buenos Aires. 1985.

Propuesta de evaluación

Se evaluará el aprendizaje durante el desarrollo de la materia a través de un portfolio y al finalizar cada eje temático, a través de una monografía.

Evaluación final

Portfolio

Es una colección sistemática de trabajos que los estudiantes ingresan en una carpeta-portfolio. Se acompañan dichos trabajos, con una reflexión (guiada) acerca de los mismos. Periódicamente los alumnos deberán revisar lo realizado en reuniones grupales coordinadas por un tutor, que acompañará el proceso realizado por cada estudiante.



Instituto Universitario
Escuela de Medicina
HOSPITAL ITALIANO



CIENCIAS HUMANAS II 2009

Ciclo: BIOMÉDICO

Carga horaria semanal: 4 hs

Duración: anual (144 hs)

OBJETIVOS GENERALES

- ◆ El Area de Humanidades se propone articular conceptual y metodológicamente, los temas centrales de la currícula de la Carrera de Medicina para que los estudiantes tengan instrumentos para el abordaje integral de los problemas en su actividad profesional.
- ◆ Contribuir a que el futuro médico, construya una visión integradora y compleja de los problemas abordados por la Medicina.
- ◆ Proporcionar herramientas a los estudiantes para comprender e intervenir en las diferentes situaciones médicas en las que, como profesionales de la salud se verán involucrados.
- ◆ Proporcionar nociones básicas de Lógica y pensamiento crítico

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN AL PENSAMIENTO LÓGICO EN MEDICINA

Unidad 1

Tipos de argumentación. Falacias y sofismas. Paradojas. El problema de la verdad.

Unidad 2

Razonamiento por deducción.

Unidad 3

Los sistemas de razonamiento por inducción. Experiencia y reforzamiento de hipótesis. La estadística. El problema de la evidencia en medicina.

Unidad 4

Sistemas alternativos de argumentación, heurística y analogía. El problema de la intuición.

1º EJE: ROL DEL MEDICO

Perspectiva Antropológica:

Trabajo interdisciplinario e intersectorial en equipo:

1. La importancia de la atención primaria de la salud (APS) en la formación médica.
2. El valor de la atención frente a la prevención y promoción de la salud.
3. Formación médica para la atención.
4. La APS a través de opciones polarizadas como vocación (interés social) o como castigo (práctica desjerarquizada).
5. El equipo de salud: la importancia de su conformación interdisciplinaria (clínicos, obstetras, ginecólogos, pediatras, odontólogos, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, enfermeros, administrativos y su impacto en el abordaje integral de la salud.
6. Las profesiones del equipo de salud: roles y participación en las discusiones y diseño de estrategias.
7. La articulación entre los diferentes niveles de atención: APS, segundo y tercer nivel de complejidad.
8. La referencia y contrarreferencia en las derivaciones al hospital de cabecera.
9. El equipo de salud en APS y su articulación con las personas que actúan en las instituciones del estado y comunitarias: escuelas, centros comunitarios, sociedades de fomento, centros barriales, clubes, etc.
10. Responsabilidades médicas en el equipo de salud y hacia la comunidad.
11. Eficacia Simbólica

Perspectiva Filosófica:

1. El concepto de Justicia en Salud.
2. Aspectos legales de la Salud en Argentina.
3. El problema de la evidencia.
4. Perspectivas principistas y utilitaristas en justicia. Otros enfoques.

Perspectiva Psicológica:

1. La entrevista médica. El interrogatorio. La dinámica de las interacciones y su relación con las características de funcionamiento del médico, del paciente y su familia.
2. La Historia clínica: los datos relevantes que caracterizan globalmente la historia vital y su relación con la enfermedad.
3. La información y la comunicación de la información. Implicancias y repercusiones en el vínculo con el paciente, familia, las instituciones, etc.
4. Las situaciones de crisis. Características de diferente tipo de afrontamiento. Distintos modelos de actitudes médicas.
5. Los factores de riesgo. La identificación de los componentes psicológicos predisponentes e intervinientes.
6. Prevención desde esta perspectiva.

Perspectiva Histórica

Rol del médico en la historia.

2° EJE: PERSONA Y CULTURA

Perspectiva Antropológica:

Las personas en los grupos sociales

1. El impacto de las condiciones de vida de los grupos sociales y la heterogeneidad de las respuestas culturales a los problemas de salud y enfermedad.
2. La relación entre los saberes médicos y populares en la construcción de una salud integral.
3. La salud como derecho a partir de las convenciones internacionales y su aplicación regional.
4. Atención médica transcultural. La experiencia del Hospital Italiano.
Experiencias regionales: las parteras en América Latina.
Experiencias Nacionales: el programa APS de Neuquén, el programa de salud mental de Río Negro (experiencias de desmanicomialización).
Palabras clave: redes sociales, social support y empoderamiento.

Perspectiva Histórica

1. Concepto Histórico de Ser Humano.

2. Historia de la embriología.

Perspectiva Filosófica

1. El concepto de Ser Humano y sus consecuencias en los sistemas médicos.
2. El concepto de derechos de los pacientes.
3. El principio de Autonomía como principio rector de las personas como pacientes.

Perspectiva Psicológica

1. **Personalidad: revisión de definiciones. Rasgos de personalidad. Tipos de estructuras de personalidad. Características. Estilos de funcionamiento. Mecanismos de defensa. Mecanismos de afrontamiento.**

3° EJE: SALUD - ENFERMEDAD

Perspectiva Antropológica:

Salud integral y salud colectiva

1. **Un abordaje integral de la salud colectiva (de conjuntos poblacionales, no de individuos) requiere el trabajo interdisciplinario y una articulación intersectorial.**
2. Estadísticas acerca de la mortalidad y morbilidad y los perfiles epidemiológicos según diferencias regionales y sociales. El impacto de las condiciones de vida en el proceso de salud enfermedad.

Perspectiva filosófica – ética

1. **La construcción social de los valores y su influencia en la relación médico- no médico.**
2. Características particulares de la praxis médica. Medicina: Ciencia o técnica.
3. Los enfoques alternativos de la medicina.
4. Relaciones entre profesionales. Relación médico - paciente. Cliente.
5. El principio de Beneficencia como eje de la conducta del médico, alcances y limitaciones

Perspectiva Psicológica

1. Tipos y situaciones de enfermedad según su modo de aparición: aguda, crónica y terminal.
2. Caracterización de ansiedades predominantes. Los efectos de la enfermedad en la vida del paciente. Enfermedad y enfermos.
3. Aspectos psicológicos intervinientes: las interrelaciones entre tipos de enfermedad y contexto social, cultural, modalidad y red vincular (familia, allegados); etapas del ciclo evolutivo, características de personalidad, etc.
4. Problemática de la muerte: los moribundos, la muerte y el inconsciente. La muerte en la infancia. Duelo normal y patológico. Fases del morir. Conductas frente al morir: del paciente, de la familia del médico.

Perspectiva histórica

1. Historia del concepto de prevención y de contagio.
2. Las plagas.
3. Historia de las vacunas.

PROPUESTA DE TRABAJO

- ◆ Se trabajará, durante las primeras 4 semanas, en herramientas básicas de lógica aplicada a medicina.

Problemas:

Dado un diagnóstico clínico encontrar los diferentes sistemas de argumentación utilizados para sustentar el diagnóstico.

Dados determinados textos de uso común en medicina encontrar razonamientos por deducción y mala utilización de los mismos.

Utilización del razonamiento por inducción en situaciones habituales de incertidumbre.

Utilización de argumentos por analogía con errores en su construcción para que los alumnos los detecten.

- ◆ Luego, a partir de los mismos ejes temáticos de Ciencias Humanas I (Rol del médico, Persona y cultura, Salud y Enfermedad), pero profundizándolos y desde la perspectiva de la Atención primaria y medicina preventiva. Cada uno de los ejes temáticos se abordará desde las siguientes perspectivas:

Histórica
Psicológica
Antropológica
Filosófica-ético-legal

- ♦ **El último jueves de cada mes se desarrollará un taller y/o seminario de Arte y Medicina.**

INSTANCIAS DE EVALUACIÓN

Se evaluará mediante tres monografías. Habrá evaluación final.



Instituto Universitario
Escuela de Medicina
HOSPITAL ITALIANO



C I E N C I A S H U M A N A S I I I

3º año

Año: 2011

Carga horaria semanal: 4 hs

Duración: anual

Modalidad: presencial

Objetivos Generales:

Profundizar en las raíces filosóficas de los conceptos dados en 1 y 2 año, Durante este año se desarrollarán las teorías filosóficas que fundamentan la bioética.

Introducir a dos grandes temas con que trabaja la medicina: el cuerpo y la muerte.

Conocer y adquirir habilidades de práctica conciente (mindfull practice)

Seminario

1-La muerte como hecho cultural: una aproximación desde las ciencias humanas

1- Descripción y Objetivos

A lo largo de la historia las sociedades humanas han atribuido a la muerte múltiples significados, prácticas y representaciones, buscando otorgar un sentido coherente al hecho inevitable de la finitud. La conciencia y sentido de la muerte se revela así como una capacidad única de nuestra especie. Partiendo de estas ideas centrales, este seminario transdisciplinario se propone indagar en la *dimensión sociocultural de la muerte*. El objeto fundamental del mismo es que los alumnos logren abordar el fenómeno de la muerte no meramente como una cuestión biológica o fisiológica, sino también como una construcción cultural, y como tal sujeta al contexto sociohistórico en donde los seres humanos viven y se desarrollan. El seminario buscará combinar distintos aportes de las ciencias humanas, integrando conceptos teóricos y casos de estudio específicos sobre este fenómeno.

2- Organización y temas principales

La organización del seminario implica la articulación de las diferentes disciplinas o especialidades académicas, que comprenden a su vez distintas temáticas y abordajes. La antropología social, la historia, la psicología, la ética y la medicina legal -en ese orden- harán sus respectivos aportes y cuestionamientos acerca de la muerte y el morir.

En primer término, se pondrán de relevancia algunos conceptos antropológicos centrales, como la relación entre muerte y estructura social y las prácticas culturales y disposiciones psicológicas conocidas como *luto* y *duelo*. Junto a esto, nos adentraremos en la historia de las representaciones y prácticas de la muerte, poniendo de relevancia lo acontecido en la llamada civilización occidental. El objeto aquí es explorar el modo en que se configuraron éstas actitudes ante la muerte y cómo fueron cambiando a lo largo del tiempo (desde la primera cristiandad hasta la edad moderna).

En relación específica al mundo contemporáneo, se indagará en los cambios sobre la representación de la muerte acaecidos durante los siglos XIX y XX, transformaciones que llevaron a los estudiosos a hablar de una "prohibición de la muerte" en la sociedad actual. Es a su vez en este ámbito donde se inserta con mayor nitidez la problemática médica, en tanto esta ciencia ha sido -por el avance en el conocimiento y la tecnología aplicada- uno de los agentes principales en la modificación de las normas y el contexto del morir. Aquí nos introduciremos brevemente en el debate acerca de las "nuevas" categorías de moribundos ("muerte cerebral", "muertos aplazados") y los conflictos éticos que suscitan, complementando la indagación con estudios de caso sobre la construcción social de la muerte en el contexto hospitalario.

I- EJE SALUD-ENFERMEDAD

Abordaje filosófico-ético

El naturalismo. Éticas heterónomas vs. Éticas autónomas

Falacia naturalista.

Su influencia en la historia occidental y en especial en medicina.

Concepciones naturalistas en medicina:

Muerte natural vs. Muerte cerebral (o cultural?) La muerte intervenida

Parto natural vs. parto intervenido.

Anticoncepción natural y artificial.

Embarazos naturales y por fertilización asistida.

La idea de "desviación" en la génesis del delito. El delito como "enfermedad".

Prevención y contagio del delito. Aislamiento – reclusión.

"Estigmas físicos" de la delincuencia. Broca y Lombroso. (El petiso orejudo).

La “desviación” y la homosexualidad. La prostitución y la ley de Profilaxis Social.
Violencia y adicciones.

Abordaje Histórico

Eje Salud y Enfermedad: Ejemplos de intervención *negativa* del Estado en cuestiones de salud: Rusia y el marxismo, Alemania bajo el nazismo y el “social darwinismo”
Ejemplos de intervención *positiva* del Estado en cuestiones de Salud: Alemania (Peter Frank), Inglaterra (John Snow y el cólera).
Enfermedades laborales. Bernardini Ramazzini.

Enfermedades por déficits de nutrientes o vitaminas

Abordaje Psicológico

- Relación Médico- Paciente. Práctica médica reflexiva y consciente.
- Tipos de conocimiento. Conocimiento explícito y tácito.
- Conocimiento profesional relevante :conocimiento proposicional, adquirido o personal, del proceso y metaprocesamiento, saber-como (know-how).
- Brechas entre conocimientos , valores y acciones.
- Niveles de práctica consciente. Negación, estandar externo, cognitivo, insight , generalización.
- Recursos: educación médica, videos, planillas, consultores, grupos de reflexión.

II-PERSONA Y CULTURA

Abordaje Histórico:

Historia general de los Hospitales como Instituciones.
Historia particular de algunos Hospitales: Hospitales psiquiátricos, Hospitales “modernos” post- revolución francesa.

Historia de la noción de “contagio”

La prevención de enfermedades mediante vacunas. La viruela, su historia y erradicación.
Variolización y vacunación. Historia de otras vacunas.

Abordaje psicológico

- Estilos médicos : paternalista, informativo,interpretativo y deliberativo.

- Modelos de relación médico –paciente en relación a las metas de la interacción médico-paciente, las obligaciones de los médicos, el rol de los valores del paciente y la concepción de la autonomía del paciente. Tipos de respuesta en situaciones clínicas.
- La entrevista médica. El interrogatorio. La Historia Clínica: los datos relevantes que caracterizan globalmente la historia vital y su relación con la enfermedad.
- Teoría de la comunicación. Mensaje, emisor, receptor Comunicación : verbal y paraverbal.

Abordaje filosófico ético

Teorías deontológicas Éticas principialistas. Kant y neokantianos

El principio de no maleficencia y el principio de autonomía.

Las decisiones por terceras personas.

Introducción a la ética de la investigación en seres humanos.

Abordaje Antropológico.

Seminario: Cuerpo y persona: saber biomédico y saberes populares

Presentación

Todas las sociedades han elaborado, como parte de su visión del mundo, un saber acerca del cuerpo; cómo se constituye y cuáles son sus relaciones con los demás seres del cosmos son preguntas que han encontrado variadas respuestas a lo largo de la historia y de la geografía.

Las concepciones y representaciones del cuerpo, así como los valores que se le asignan, están fuertemente relacionados con el modo en el que se define la noción de "persona" en las distintas sociedades. Así, encontramos grupos en los que el "cuerpo" no se distingue de la "persona", y en el que ambos cobran significación sólo como parte de una trama mayor de relaciones que involucra a todos los seres vivos.

Estas maneras de representar el cuerpo difieren mucho de la producida por el pensamiento dualista de la modernidad, que nos acostumbró a pensar en un sujeto individual, que posee un cuerpo más que es su cuerpo y que no tiene ningún tipo de relación cosmológica con las materias primas que lo componen. Un cuerpo que es apenas el hábitat de un *ego* que reflexiona.

Nuestra concepción actual del cuerpo está vinculada con un conjunto de procesos sociales e históricos que dieron lugar a la preeminencia del individuo en las relaciones sociales, a una mirada racionalista y desacralizada de la naturaleza y a la producción de un saber de

"especialistas del cuerpo", el saber médico, que se ha ido constituyendo como el saber oficial acerca del cuerpo.

Sin embargo, en nuestras sociedades occidentales existen también otras concepciones del cuerpo que siguen siendo significativas para las personas y que operan como cimientos sobre los que se erigen prácticas de las medicinales tradicionales (como los curadores por imposición de manos) y de las "nuevas" medicinas (homeopatía, etcétera).

Es por ello que en este seminario proponemos reflexionar acerca de las diversas representaciones del cuerpo como una instancia de análisis de la producción de sentidos sobre procesos biológicos, y como una manera de reconocer el carácter cultural y, por ende, histórico y social, de esta producción.

Objetivos

1. Que los alumnos puedan identificar el carácter simbólico de las representaciones del cuerpo de distintos sectores y grupos sociales.
2. Que los alumnos puedan reconocer los símbolos y metáforas culturales contenidos en el saber biomédico acerca del cuerpo.

Modalidad de Trabajo

Los contenidos propuestos se desarrollarán con la modalidad de seminario, lo que involucra un intenso trabajo de lectura y reflexión por parte de los alumnos. La lectura de los textos estará orientada por guías producidas ad-hoc.

Los encuentros se iniciarán con una presentación general a cargo de la docente y se desarrollarán mediante breves exposiciones de la bibliografía a cargo de los alumnos y discusiones grupales acerca de lo expuesto o de casos de estudio, para concluir con una puesta en común de las reflexiones generadas por la lectura y la discusión.

Contenidos y bibliografía

1. Presentación. Una mirada antropológica sobre el cuerpo

1.1. El cuerpo como construcción simbólica

1.2. Cuerpo y persona: una relación con historia

Bibliografía:

Le Breton, David. 1995. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. Cap. 1. Pag. 13-27. (Obligatoria)

Mauss, M. 1993 (1936) "Les techniques du corps" en Mauss, Marcel. *Sociologie et anthropologie*. Paris. Presses Universitaires de France. pag. 365-386 (Recomendada)

2. Las representaciones del cuerpo en sociedades no occidentales

2.1. El cuerpo como producto de las relaciones sociales y espirituales: representaciones del cuerpo humano en Melanesia.

2.2. El cuerpo como trama de energías: representaciones populares del cuerpo en Japón

Bibliografía:

Le Breton, David. 1995. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. Cap. 1. Pag. 13-27. (Obligatoria)

Knauff, Bruce. "Imágenes del cuerpo en Melanesia: sustancias culturales y metáforas naturales" en Fehr, M. et al. (eds.) 1992. *Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano*. Parte Tercera. Madrid. Taurus. pag. 199-278 (Recomendada)

Picone, Mary. "El espíritu de la máquina: curación religiosa y representaciones del cuerpo en Japón" en Fehr, M. et al. (eds.) 1991. *Fragmentos para una Historia del Cuerpo Humano*. Parte Segunda. Madrid. Taurus. pag 467-489 (Recomendada)

3. Las representaciones del cuerpo en la modernidad

3.1. De la identidad sustancial persona/mundo al cuerpo como factor de individuación

3.2. El cuerpo como máquina

Bibliografía:

Le Breton, David. 1995. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. Caps. 2 y 3. Selección. (Obligatoria)

4. Concepción del cuerpo en el saber biomédico

4.1. La eficacia médica y la eficacia simbólica

4.2. Descripciones médicas del cuerpo femenino y metáforas de producción. El caso de la menstruación y la menopausia

Bibliografía:

Le Breton, David. 1995. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión. Caps 4 y 9. Selección. (Obligatoria)

Martin, Emily. 1992. *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston. Beacon Press. Cap. 3. pags. 27-53 (Obligatoria)

5. Representaciones populares del cuerpo

5.1. Cuerpo, clase social, género y etnicidad.

5.2. Saberes populares sobre el cuerpo

Bibliografía:

Martin, Emily. 1992. *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston. Beacon Press. Cap. 6 y 7. pags. 92-138 (Obligatoria) y Caps. 11 y 12 . pags. 181-203

(Recomendada)

III-EJE ROL DEL MEDICO

Abordaje filosófico ético legal

Teorías consecuencialistas

El utilitarismo. Su influencia en medicina.

Políticas de salud. La ecuación costo beneficio. Gestión en salud.

Medicina basada en la evidencia.

La cuestión del mínimo decente.

Distribución de recursos escasos.

Abordaje Psicológico :

- Medicina preventiva: Intervenciones en adicciones. Programas de prevención: tabaco, alcohol, drogas.

Introducción a las nociones de Medicina Narrativa

Bibliografía general

- Ch. G. Morris. Psicología. Un nuevo enfoque. Cap.9, 10, 12, 13. México, Prentice-Hall Hispanoamérica, 1992.
- Efraín Bleiberg. “Crisis de identidad en la adolescencia” en Tratado de Psiquiatría, Kaplan-Sadock vol 4 pág. 2416
- Erik Erikson. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- Calvin Colarusso “Edad adulta” en Tratado de Psiquiatría, Kaplan –Sadock cap.48

- Lucien Millet “Crise du milieu de vie” en Encyc. Med.Chir.Psychiatric 37-345-A 10 1984
- N.E.Zinberg, I. Kaufman. Psicología normal de la vejez. Buenos Aires, Paidós 1976
- Karl Jaspers. La filosofía. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1980.
- Philippe Ariés. El hombre ante la muerte. España, Taurus, 1999.
- Ronald Epstein. Mindful practice. Jama 1999. Sep I, 282 (9)
- Ronald Epstein. La práctica presente, reflexiva y atenta: competencia profesional y ética tácita del momento. www.fcs.es

Reglamento del Régimen de Estudio

Régimen de asistencias y evaluación de la materia

1. Sistema de Asistencias:

Conforme con los artículos 2º (De la Presencialidad) y 3º (De las Inasistencias), del Reglamento de Régimen de Estudios para Carreras de Grado, la concurrencia a clases es obligatoria y el alumno no podrá ausentarse por más del 15% de los tiempos atribuidos a la materia. En caso de que el alumno supere el 15% de inasistencias, y éstas no se hallen suficientemente justificarlas, ello implicará la pérdida del carácter de alumno regular. En caso de que las ausencias se hallen suficientemente justificadas (enfermedad, fallecimiento de familiar, inconvenientes en el transporte) y se demuestre haber mantenido el avance de los conocimientos a criterio de las autoridades, el alumno podrá solicitar por única vez, la reincorporación como alumno regular. La reincorporación, por lo tanto, no es automática, el alumno debe solicitarla mediante una carta dirigida al Director/a de la Carrera con copia al Secretario/a Académico/a, explicando los motivos de las inasistencias. De aceptarse la regularización, las faltas de asistencia no superarán, en el período restante, un 5% de los tiempo de cursada (en total, no se puede superar un 20% de inasistencias del total de clases y/o actividades de la materia).

Evaluación:

La evaluación de la materia consta de tres instancias de evaluación y un examen final oral.

2.2. Examen final obligatorio:

Al final de la cursada, el alumno en condición de regular deberá presentarse a examen oral, y será evaluado por los representantes de las distintas perspectivas. El alumno en carácter de libre, deberá rendir un examen escrito previo al examen oral. En caso de aprobar el examen escrito, podrá rendir a continuación la instancia oral. La materia no es promocional.

Los exámenes finales regulares podrán ser rendidos hasta 4 veces. Si a la cuarta vez, o superado el transcurso de cuatro turnos ordinarios de exámenes consecutivos, el alumno no hubiera aprobado el examen final, deberá volver a cursar la materia.

El examen final oral, y el escrito en el caso de los alumnos libres exclusivamente, se aprueban con una nota igual o superior a 4. Conforme con el artículo 4º del Reglamento de Régimen de Estudios para Carreras de Grado, el promedio de las calificaciones parciales formará parte en la calificación final del alumno.

Para poder presentarse a examen final, el alumno deberá realizar el trámite de inscripción, hasta dos días hábiles previos a la fecha.



Instituto Universitario
Escuela de Medicina
HOSPITAL ITALIANO



CIENCIAS HUMANAS IV

4° año

Año: 2011

Carga horaria semanal: 4 hs (144 hs anuales)

Modalidad: presencial

Duración: anual

Objetivos: Durante este año se reflexionará desde distintos puntos de vista acerca de la relación clínica.

El objetivo es acompañar en la primer aproximación de los alumnos a los pacientes desde una posición reflexiva acerca de la actividad médica, de la necesaria interacción humana que implica y mirándola desde los tres posibles puntos de vista: el del médico, el del paciente y el de las terceras personas implicadas y su contexto.

Dicha reflexión se hará siempre desde la antropología, desde la bioética, desde la psicología y desde la historia.

Existe además un espacio dedicado a la puesta en práctica de habilidades en la entrevista clínica.

Contenidos:

EJE 1 - PACIENTE

I-Abordaje Psicológico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Llevar a la práctica los conocimientos adquiridos sobre la relación médico-paciente, realizando observaciones de campo sobre las entrevistas a pacientes durante la cursada de Semiología.

Reflexionar sobre el observar. Reconocer y diferenciar los aspectos vinculados a conceptos de personalidad, dinámica familiar, metacomunicación, etapas etáreas y sus crisis vitales, etc.

CONTENIDOS

- Seminario sobre Práctica Consciente
- Personalidad (rasgos/estructuras)
- Familia (estilos y funciones)
- Ciclo vital (características, trastornos y crisis vitales)
- Teoría de la comunicación

Teórico-prácticas.

-Exposición por parte de los alumnos de los contenidos de años anteriores. Se efectúa distribución previa de los mismos.

-Confección por parte de los alumnos de una guía observacional , se efectúa a partir de experiencia de participación en este período de las entrevistas clínicas, asimismo de la aplicación de las nociones de repaso de años anteriores y las de este eje.

- Observaciones presentadas en grupo, discusión y reflexión.

Abordaje desde la Bioética:

La cuestión de los Derechos de los pacientes.

El derecho a la información.

Concepto y teorías del Consentimiento Informado.

Concepto y aplicación práctica de Directivas anticipadas y Testamentos vitales.

Se trabajará mediante clases teóricas apoyadas por discusión de casos clínicos reales.

Abordaje desde la historia

- Clase “democrática”: Espacios de poder en el aula.
- Historia ¿Qué Historia?
- Alumnos como reproductores o productores de conocimientos.

Historia visual de la Medicina Occidental.

“Un inquietante sentimiento de extrañeza”: Una historia del arte de los pacientes con trastornos psiquiátricos (Journal of the Royal Society of Medicine).

- El “complot” de los médicos contra Stalin.
- Cambios en los “territorios” del embarazo y el parto a lo largo de la historia

La cuenta del médico. El dualismo clínico – económico de la relación médico – paciente a lo largo de la historia.

Abordajes desde Antropología:

Reconocimiento de la diversidad cultural de los pacientes.

- Saberes cotidianos: populares y científicos.
- Papel de las condiciones de vida, la historia socio-personal y las creencias etiológicas en las respuestas a los tratamientos.

Problematización de los mecanismos de despersonalización y descontextualización de los enfermos en las instituciones de salud.

Algunas herramientas de la investigación socio-antropológica para la observación y registro de los encuentros clínicos.

-La antropología social y el trabajo de campo: el método etnográfico. La noción de 'observación participante'. Descripción 'densa' y registro de campo.

- La antropología social y el trabajo de campo: el método etnográfico
- La noción de 'observación participante'
- Descripción 'densa' y registro de campo

Bibliografía

Scrimshaw, S y Hurtado, E. Capítulo 1: Antropología práctica aplicada a Programas de Salud.

Capítulo 2: Métodos Antropológicos. En: *Procedimientos de Asesoría Rápida*. California: UCLA, 1990.

Guber, R. "El registro de campos. Primer análisis de datos". En: *El Salvaje Metropolitano*. Paidós, Buenos Aires, 2004.

Domínguez Mon, A. y Gonzales Montes, A. "El cuerpo expuesto: la observación en la etnografía de la institución hospitalaria". Trabajo presentado en la *Primer Jornada sobre etnografía y métodos cualitativos*. IDES, Buenos Aires, 1994.

EJE 2: MEDICO

Abordaje Psicológico

Clase de repaso para la aplicación de las nociones de:

Mindful Practice (Práctica Reflexiva): tipos de conocimiento, niveles de conocimiento y funcionamiento.

Características de personalidad y estilos vinculares.

Rol y vocación médica. Poder y saber médico.

Abordaje desde la Historia

“Desde el Médico”

- Garibaldi y sus Cirujanos (Journal of the Royal Society of Medicine).

“Enfermos, Dementes y Deprimidos: Enfermedades graves en las “cabezas” de Estado” (Journal of the Royal Society of Medicine): Sha de Irán, Leonid Brezhnev, Idi Amin, Milosevic, John Kennedy, Ronald Reagan, Francois Mitterand, etc.

Abordaje desde la Bioética

El Principio de No Maleficencia. Implicancias éticas y legales.

Métodos de análisis de problemas éticos en la práctica clínica.

Comunicación de la información.

Rol asistencial del médico, rol docente y rol de investigador.

La ética de la investigación.

Modalidad: clases teórico práctica. Análisis de casos clínicos reales.

Abordaje desde la Antropología

Algunas herramientas de la investigación socio-antropológica para la observación y registro de los encuentros clínicos.

Reconocimiento de la de la biomedicina como modelo hegemónico pero no homogéneo.

- Diversidad interna de escuelas y estilos profesionales.
- Papel de las condiciones de trabajo, la formación académica y el encuadre institucional en el ejercicio profesional.

Los caminos de la reflexividad: de la objetividad a la objetivación.

-La entrevista clínica: intercambios comunicativos, control y comunicación de la información. El sentido de las narrativas médicas y las narrativas de enfermedad. La entrevista antropológica.

- La entrevista clínica: intercambios comunicativos, control y comunicación de la información
- El sentido de las narrativas médicas y las narrativas de enfermedad y aflicción
- La entrevista antropológica

Bibliografía

- Kirmayer, L. Broken Narratives. Clinical encounters and the poetics of illness experience. En:
Ch. Mattingly & L. Garro (eds) *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*.
California: University of California Press, 2000.
- Guber, R. Capítulo 11: La entrevista antropológica 2: preguntas para abrir los sentidos. En:
El Salvaje Metropolitano. Paidós, Buenos Aires, 2004.
- Carrió, S. “Aproximaciones a la medicina narrativa”. En: *Revista del Hospital Italiano*. V. 26, N° 1.
Buenos Aires, Marzo de 2006. Disponible en: <http://revista.hospitalitaliano.org.ar>
- Margulis, S. “Candidaturas y VIH-SIDA: tensiones en los procesos de atención”. En:
Cuadernos Médicos Sociales. CEES, N° 74, Rosario, Noviembre de 1998.

EJE 3- TERCEROS Y CONTEXTO

Abordaje desde la Psicología

Red de sostén. Familia. Contexto sociocultural.
Medicalización de la sociedad . Contexto actual de la Medicina y las entidades prestadoras de salud.

Abordaje desde la Antropología:

La accesibilidad a la atención de la salud “más acá” del encuentro médico – paciente:

- Segmentación económica de los subsectores del sistema de salud
 - Mecanismos burocrático-administrativos.
- Los valores culturales y la práctica médica. La dimensión colectiva de la enfermedad: la familia, la pareja y las redes sociales de contención.

El médico y los otros profesionales del equipo de salud: relaciones complejas

- Los valores culturales y la práctica médica
- La dimensión colectiva de la enfermedad: la familia, la pareja y las redes sociales de contención.

Bibliografía

Grimberg, M. “Género y VIH/SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH ». En: *Cuadernos Médicos Sociales*. CEES, N° 78, Rosario, Noviembre de 2000.

Wald, G. “Parejas serodiscordantes: explorando su trama de relaciones a partir de un diagnóstico VIH positivo”. Presentación a las V Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario de Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, 2003.

Herzlich, C. y Pierret, J. “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”. *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 43. Rosario, Argentina, 1988.

Abordaje desde la Bioética:

Decisiones de sustitución.

La ética de las organizaciones de salud.

Relaciones entre profesionales.

Ética y responsabilidad profesional.

Abordaje desde la Historia:

- “Relaciones peligrosas”: Historia del Reduccionismo biológico (Relación Biología – Psicología) y su impacto en los diferentes enfoques de la relación Paciente – Médico.

- Una historia de la Enfermería en la era cristiana.
- Medicina, Política y Estado: Una visión histórica de sus interrelaciones.
- Una mirada de los avances de la medicina desde el cine y la literatura:
 - Sherlock Holmes y las armas biológicas (Journal of the Royal Society of Medicine).
 - ¿El real Doctor Frankenstein? Un alquimista en Windsor (Journal of the Royal Society of Medicine).

Bibliografía General:

Lectura anual **El día que Nietzsche lloró** de I. Yalom: Un paciente (Nietzsche) y su médico (Freud) en el marco de la medicina centroeuropea de la Belle Époque.

Manzini, L. Directivas anticipadas para tratamientos médicos.

Beauchamp y Childress: principios de ética biomédica. 4ª Ed Masson 1996

Gracia Diego Como arqueros al blanco. Editorial Triacastela. Madrid 2004

Gracia Diego: Colección ética y Vida Ed el Buho. Bogotá 1998

Iniciación a la Bioética Un enfoque desde los trasplantes Pace Rosa Angelina Caffaro

Hernández Norma Delhospital Ediciones 2008

Seminario de Entrenamiento en algunas habilidades clínicas

1. El entrenamiento en cualquier momento de la vida profesional es efectivo, mejor si empieza lo antes posible.
2. Existe suficiente evidencia como para recomendar formación sistemática en esta área, ya que actualmente se sabe que ciertas cosas que los médicos u otros profesionales hacen en la entrevista tienen impacto sobre los resultados del cuidado médico: variables duras tales como control de TA, de glucemia, consumo de fármacos, compliance, recaídas de depresión etc. Y de otras variables tales como satisfacción del paciente.
3. estas conductas pueden ser aprendidas y enseñadas.
4. los entrenamientos deben estar basados en algunos principios:
 - a. definir un marco teórico para el fenómeno de la entrevista clínica acordado por todas las partes interesadas. Existen numerosos marcos teóricos, algunos ya validados en español.
 - b. El marco teórico debe ser integrador e incluir no sólo conocimientos sino también habilidades y actitudes.

- c. Debería estar basado en conductas sobre las que haya evidencia de su efectividad sobre los resultados del cuidado médico.
- d. Debe estar integrado con las materias del currículo, en este caso, las materias clínicas.
- e. Debe un programa de entrenamiento a los docentes para que compartan el mismo marco teórico.

5. *Dos aproximaciones al entrenamiento:*

- a. de las Habilidades en la comunicación con los pacientes y sus familias.
- b. de las actitudes de los médicos.

El entrenamiento:

- 1- entrenamiento a partir de la “experiencia”.
- 2- Entrenamiento de conocimientos teóricos a través de cursos y lecturas.
- 3- Entrenamiento de ciertas habilidades comunicacionales a través de la práctica con role playings y lo ideal, sería con pacientes simulados. Se videofilmarán para que en sesiones individuales o grupales se analicen. El seminario dura aproximadamente 8 a 10 sesiones de 2 hs. Cada una.
- 4- Feedback sobre lo observado por parte de tutores (docentes) especialmente entrenados
- 5- Reflexión sobre la práctica de las entrevistas en grupo.
- 6- Acercamiento multidisciplinario.

Evaluación

Cada eje será evaluado.

Hay una instancia de evaluación final que se aprueba con 4 (cuatro).

Ver reglamento de asistencia y de examen final.



Instituto Universitario
Escuela de Medicina
HOSPITAL ITALIANO



C I E N C I A S H U M A N A S V

Año: 2011

Carga horaria semanal: 4 horas.

Duración: anual 144 hs

Objetivo general

Es este el último año de clases teóricas y en consonancia con su acercamiento más estrecho a la problemática de las patologías, desde Ciencias Humanas V se aportan herramientas teóricas que ayudan al análisis de la compleja situación que es la de la salud y enfermedad. Se acompaña con la reflexión a las cuatro grandes especialidades, cirugía, clínica, pediatría y obstetricia.

Desde antropología se plantea una coherencia entre los programas de estudio de la perspectiva antropológica desarrollados en los años anteriores y la orientación temática general del V año de la carrera. En relación al primer asunto, los tres primeros años se encaminaron a transmitir aspectos de orden teórico sobre la dimensión cultural y construcción social de la salud/enfermedad. Asimismo, se discutieron investigaciones empíricas sobre la problemática de la salud en diversos contextos sociales e institucionales. El IV año se propuso la transmisión de herramientas metodológicas propias de la disciplina, orientadas a observar y registrar la interacciones sociales entre médicos y pacientes en situaciones de entrevista y consulta clínica. En V año se propone, a modo de síntesis, la comunicación por parte de antropólogos, de estudios de campo en las áreas de clínica médica, cirugía, obstetricia y pediatría.

ANTROPOLOGÍA

1er Cuatrimestre

<i>Materia</i>	<i>área</i>	<i>Temática investigación</i>
<i>clínica</i>		
Clínica (enfermedades crónicas terminales)	y	VIH – Sida
		DBT
		Enfermedad terminal
		Salud mental comunitaria
		Competencia cultural en la práctica clínica

Cirugía	
----------------	--

2do Cuatrimestre

<i>Materia</i>	<i>área</i>	<i>Temática investigación</i>
Ginecología y Obstetricia		Salud sexual y reproductiva
		Embarazo y gestación
Pediatría		Adolescencia
		Intersexualidad

La problemática de género.

“Inclusión de la perspectiva de género en los procesos de atención médica”

Justificación

Existen diferencias en la forma de enfermar y morir y de percibir la enfermedad entre mujeres y hombres. Asimismo, las desigualdades entre los sexos se expresan a través de la falta de acceso a los recursos y las oportunidades de atención, y de poder de decisión sobre la propia salud, entre otras cuestiones (OMS, 2009).

La desigualdad de género ha sido construida a lo largo de la historia, social y culturalmente, expresándose, por ejemplo, en la asignación de roles y estereotipos sociales. Los mismos son necesarios de revisar y considerar a la hora de brindar atención médica, establecer mecanismos de comunicación con los/las usuarios/as y en la forma de definir medidas preventivas.

La perspectiva de género es una herramienta que permite ampliar la mirada de los profesionales de la salud en los procesos de diagnóstico, atención y tratamiento así como de prevención. La inclusión de esta herramienta de análisis permite prestar atención al ciclo de vida de las personas para proveer una atención médica acorde a las necesidades específicas. Considerando así no sólo los aspectos biológicos que diferencian a los hombres y mujeres sino también a aquellos aspectos socioculturales, relaciones de poder y factores económicos

que generan desigualdades que obstaculizan el ejercicio de unos de los derechos fundamentales como es el derecho a la salud.

Es por ello que la sensibilización de los/las médicos/as sobre las inequidades de género que se expresan en la salud de las personas y en las necesidades específicas de varones y mujeres es clave desde la formación de grado para mejorar la atención de los servicios de salud que se brinda a los/as usuarios/as.

Objetivos del curso

que los/las estudiantes logren:

- Reflexionar sobre las desigualdades de género y su implicancia en los proceso de salud-enfermedad-atención
- Análizar la existencia de necesidades y problemas de salud específicos de mujeres y hombres
- Incorporar transversalmente la perspectiva de género en la práctica médica

Ejes temáticos y contenidos:

1-Introducción a la categoría de género.

Conceptualización e historia de la perspectiva género. Rol del género en la construcción de la subjetividad y de las relaciones sociales. Socialización de género. Estereotipos de género. Identidades y género.

2- Biomedicina y genero

Construcción histórica de un conocimiento científico androcéntrico sobre el ser humano y diferencias de género en el mundo de la ciencia actual. Las mujeres como sujeto y objeto de la ciencia. Identificación de los sesgos de género en la construcción de las ciencias biomédicas.

3- El género como condicionante de los procesos de salud-enfermedad.

Determinantes sociales y culturales relacionados con la salud. El género como condicionante de la vulnerabilidad y los riesgos para salud y las desigualdades entre

mujeres y hombres. Las diferencias de género en la prevalencia e incidencia de enfermedades y la necesidad de trabajar de manera desagregada los problemas de salud. Distintas maneras de percibir el cuerpo y la enfermedad según sexo.

4- Aplicación de la perspectiva de género en los procesos de diagnóstico, atención y prevención de la salud-enfermedad

Deconstrucción de prácticas sociales discriminatorias y reconocimiento de los estereotipos de género en la relación medico-paciente. Inclusión de la perspectiva de género en el diagnóstico y atención. Impacto de los roles sociales y culturales basados en el género en la atención médica. Sesgos de género en la asignación del cuidado de los/as enfermos/as y/o pacientes sanos a cargo.

BIOETICA

Coincidiendo con Clínica y Cirugía

El error en medicina:

Diferentes situaciones clínicas: enfermedades agudas, crónicas, terminales.
Las obligaciones morales de los médicos ante las diferentes situaciones.

Las enfermedades estigmatizantes: Sida, Cancer

Problemas éticos en cirugía: Coincidiendo con psicoprofilaxis.

Final de la vida:

Suspensión del sostén vital

Conceptos de Eutanasia, Suicidio asistido.

Terminalidad y cuidados paliativos

Comunicación de malas noticias

El rol de la enfermería

Trasplantes de órganos, su problemática

Coincidiendo con pediatría y Gineco- Obstetricia

Inicio de la vida:

Estatuto del embrión

Aborto Diversas interrupciones del embarazo Anencefalia
La cuestión de la fertilización asistida
Ética y Perinatología
 Recién nacido de muy bajo peso
 Malformaciones graves
 Suspensión del sostén vital en pediatría
Ética y pediatría: la problemática del niño como paciente
Decisiones subrogadas
El menor maduro
Maltrato y abuso infantil

HISTORIA

1. Tres “recién llegados” a la Medicina

1.a. La mujer

- 1.a.I. El parto a lo largo de la Historia: De un mundo rigurosamente femenino hacia un mundo masculino
- 1.a.II. Antisepsia en Obstetricia. Ignaz Semmelweis: ¿Un Galileo Galilei de la Modernidad?
- 1.a.III: La Cesárea; Árabes, Chinos, Africanos y Occidentales compitiendo por un lugar
- 1.a.IV: Las técnicas contraceptivas y la decisión de tener un bebé: Aspectos culturales, sociales y médicos desde la Antigüedad hasta nuestros días.
- 1.a.V. ¿Qué quieren estas mujeres? Movimientos feministas y medicalización de la Menopausia

1.b. El niño

- 1.b.I. Niños en los hospitales: Un debate sin fin.

1.c. El cirujano

- 1.c.I. Saber o no saber latín, esa es la cuestión
- 1.c.II. Cirujanos y barberos: ¿Un problema gremial?
- 1.c.III. Ambroise Pare: Guerra, Azar y descubrimientos médicos

2. Clínica Médica

- 2.a. La historia de una “nueva mirada” médica
- 2.b. Revolución Francesa y una nueva Clínica: “Menos leer, más hacer y más ver”

Clínica – Cirugía:

Cirugía y Renacimiento

La lección de anatomía de Rembrandt

Clínica – Cirugía – Patologías especiales:

Localización cerebral en el siglo XVIII

Cirugía – Patologías especiales:
Cirugía Moderna

Pediatría – Ginecología:
Feminismo y medicalización de la menopausia
Historia de la Pediatría
Una mirada histórica sobre el Parto

PSICOLOGÍA

Planificación Familiar
Embarazo y parto, aspectos psicológicos
Psicoprofilaxis del parto. Fundamentos y programas
Psicología del puerperio

CIRUGIA. Psicoprofilaxis Quirúrgica: conceptos a desarrollar según las diferentes modalidades quirúrgicas :reparadora, mutiladora, estética o trasplantológica.

a)Preoperatorio (impacto psíquico de la enfermedad-el informe del diagnóstico,del tratamiento y del pronóstico,etc.)

b) Intraoperatorio

c)Postoperatorio

CLINICA MÉDICA . Técnicas de abordaje patologías especiales: emergentología, enfermedades crónicas, estigmatizantes y terminales, etc.

OBSTETRICIA. Emociones, ansiedades y temores en el embarazo en el parto y en el puerperio. Conflictiva del abordaje.

PEDIATRIA. Conceptos en la relación médico paciente con el niño y con la familia.

Estrategias de Psicología Médica en el campo de las patologías especiales.

2* TEMAS ESPECIALES

Fin de la vida

Fertilización asistida

Comunicación de malas noticias

Educación sexual

Embarazo adolescente

El paciente y su familia en estados terminales.

