

Consideraciones antropológicas y epistemológicas de la formación médica contemporánea

Roberto Campos-Navarro*

RESUMEN

Desde la antigüedad y hasta la actualidad, el aprendizaje de la medicina ha ido evolucionando desde las formas simples tutoriales hasta las más complejas de tipo escolarizado. En este trabajo se hace una aproximación antropológica y epistemológica de la formación médica actual. Se parte de la idea de que el estudiante de nivel superior ingresa a la escuela o facultad de medicina con un conjunto de nociones previas (incluyendo las mágicas y religiosas) que provienen de su familia, de la enseñanza escolarizada y de los conocimientos adquiridos a partir de los medios de comunicación. La enseñanza profesional (basada en la metodología científica) finalmente irá dominando sobre los anteriores saberes que no desaparecerán pero sí ocuparán un lugar subordinado. Ante el enorme peso del carácter biológico de la medicina hegemónica, se hace necesaria una transformación que logre un equilibrio entre la formación biotécnica y la formación humanística, donde la historia de la medicina, la ética y la antropología médica ocupen un relevante espacio de reflexión epistemológica y de una práctica clínica adecuada en términos interculturales.

ABSTRACT

Since ancient times up to date, medical learning has been evolving from the simplest tutoring style to the most complex academic one. In this paper we discuss an anthropological and epistemological approach in the current medical training. We suppose that the high level students enroll Medical School/Faculty of Medicine with a set of previous knowledge (magical and religious) originated in his family and school, as well as the one acquired through the media. Professional teaching (based in scientific methodology) will eventually end up taking over the previous knowledge that will not fade but still will certainly occupy a subordinate place. The biological weight of hegemonic medicine will force a change to achieve a balance between bio-technical and humanistic training where the story of medicine, ethics and medical anthropology will bear a relevant place of epistemological thinking and of clinical practice.

* Profesor Titular y Coordinador de Investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Palabras clave: Enseñanza médica, epistemología, antropología médica.

Key words: Medical training, medical epistemology and anthropology.

Un poco de historia

Desde el punto de vista histórico, encontramos los antecedentes remotos de la formación médica en la simple relación tutorial que se establece entre un curador (el maestro) y otro individuo (el aprendiz), donde el primero transmite de manera selectiva sus conocimientos, sus creencias, sus habilidades y experiencias. No existía una reglamentación ni un marco jurídico que regulase esta interrelación.

En Grecia se inician las primeras escuelas médicas donde el maestro tiene varios alumnos y existe una relación de pago monetario al que enseña. Entre otras escuelas destacan la de Hipócrates en Cos, la de Crotona y más tarde, en el período helenístico, Alejandría, de donde saldrían Herófilo, Erasístrato y el propio Galeno. En la Grecia clásica los contenidos de aprendizaje eran libres, pero en la Roma imperial se empiezan a crear las primeras disposiciones regulatorias de la enseñanza médica.¹

En la Europa medieval surge la Escuela médica de Salerno con una rigurosa reglamentación, un plan de estudios y una plantilla estable de profesores. Su ejemplo daría lugar a las escuelas universitarias en Montpellier, Bolonia, Padua y otras. El conte-

nido era sumamente doctrinal basado en los textos de Hipócrates y Galeno, así como una creciente influencia árabe, con Avicena a la cabeza.

Del siglo XVI al XVIII se apuntaló la enseñanza universitaria; la revolución anatómica de Vesalio sustituyó la creada por Galeno, los estudios fueron menos librescos y más cercanos a los enfermos, y se inicia la enseñanza metódica de la cirugía.

Durante el siglo XIX se impone el paradigma francés que privilegia los saberes clínico-anatómicos con la exposición de casos concretos, articula medicina y cirugía, establece el internado hospitalario,² surgen las especialidades, se multiplican las revistas médicas y las asociaciones médicas que se empiezan a nombrar como "científicas". En Alemania se profesionaliza la docencia y la investigación creándose y fortaleciéndose las instituciones clínicas especializadas y los institutos exclusivos en la formación de profesores-docente e investigadores.³

A finales de siglo XIX y principios del siglo XX, la multiplicación desordenada de inestables escuelas médicas en Estados Unidos, sin articulación con las universidades ni con los sistemas locales de atención asistencial, obligan a una revisión profunda de la enseñanza, desembocando en el Informe Flexner de

1910 que lograría una reforma radical de los estudios médicos no únicamente en Estados Unidos sino también en Canadá, y después América Latina. Desaparecieron las precarias escuelas de medicina que no contaban con suficientes recursos docentes, éstas se unieron a universidades; se crearon los hospitales universitarios y se obligó a los estudiantes a seguir rigurosos planes de estudio donde la práctica hospitalaria era insoslayable.⁴ La conexión de estudios de pregrado y posgrado se hizo completamente necesaria para la formación especializada.

Resulta evidente que la educación médica contemporánea no se puede desligar de complejos procesos sociales recientes de crecimiento demográfico, de industrialización, de urbanización, de una revolución científica y tecnológica, de una educación generalizada y de consideraciones doctrinales de orientación social en la propia práctica médica.⁵ En este sentido se debe comprender la evolución de la medicina desde una profesión liberal con objetivos individuales y mercantiles, hacia una profesionalización socializada con metas colectivas carentes de fines lucrativos.

En México, la enseñanza de la medicina se inicia en la Real y Pontificia Universidad en 1559, a semejanza de la impartida en las universidades españolas de Salamanca y Alcalá de Henares, esta última de carácter innovador y renacentista.⁶ Pocos años después de la consumación de la independencia se cierra la universidad virreinal y en 1833 se crea el Establecimiento de Ciencias Médicas que sería el antecedente directo de la Escuela Nacional de Medicina y luego de nuestra Facultad de Medicina de la UNAM. Cabe recordar que durante la segunda mitad del siglo XIX la influencia en la educación médica estaba dada por la escuela francesa que después de la Primera Guerra Mundial se iría trasladando hacia los centros médicos norteamericanos.

En general, como sucede en la inmensa mayoría de escuelas de medicina en el mundo (y la UNAM no es la excepción) la enseñanza de la medicina es abrumadoramente biologicista, con escasos desarrollos de las humanidades médicas. No obstante, nuestra Facultad mantiene desde hace poco más de 50 años un Departamento que reivindica los aspectos humanísticos de la medicina a través de la investigación y la docencia en la historia y filosofía de la medicina, la ética y la antropología médicas, cuya asignatura es obligatoria para los estudiantes del cuarto año de la carrera.⁷

Es en este contexto nacional e internacional donde muchos de nosotros realizamos la carrera de medicina en la segunda mitad del siglo XX.

Una perspectiva personal

Con un razonable temor hacia el aprendizaje memorístico de la anatomía descriptiva, y un estimulante deseo de servicio hacia la persona enferma, ingresé a la Facultad de Medicina de la UNAM, con la finalidad de adquirir los conocimientos y habilidades que resultan necesarios para la práctica de la medicina con orientación científica.

Cuando entré a la Facultad no me pregunté por qué ésta y no otra. Gran parte de la respuesta fue el inicial ingreso a la Escuela Nacional Preparatoria con pase automático a la Ciudad Universitaria. En la última oportunidad para seleccionar la carrera definitiva salté de la Biología a la Medicina, influido por una orientación social de servicio.

Cuando entré a la Facultad tampoco me pregunté sobre la orientación general de la carrera médica. Por supuesto, me daba

cuenta que la perspectiva organicista estaba muy por encima de las escasas materias sociales y humanísticas. Que después de dos años en las aulas, lidiando con la fisiología, la anatomía, la histología, la embriología y otras materias técnicas, con evidente ausencia de enfermos y enfermedades, de repente entrábamos en el mundo de los hospitales y de las enfermedades poco frecuentes, si entendemos que los enfermos ya habían pasado por el gran filtro de la automedicación, la medicina popular y las clínicas de consulta externa que ofrecen medicina general.

En aquellos años de principios de los setentas, constituíamos una de varias generaciones que sobrepasaban las capacidades mismas de la Facultad de Medicina. Y que nuestro inmediato futuro laboral se encontraba en las instituciones públicas de salud, en menor grado las instituciones privadas, los estudios en el extranjero, la docencia e investigación universitaria y algo que se convirtió en un fenómeno bastante común: el desempleo.

Ahora —con los años encima y las experiencias resultantes— me doy cuenta que acepté sin críticas ni cuestionamientos epistemológicos la metodología científica; que aprendí de los libros y de los maestros como si fueran verdades completas y absolutas, que la medicina científica era la única y la verdadera, que las demás formas curativas eran hijas de la ignorancia y de la charlatanería, que mis conocimientos y creencias adquiridos en la academia universitaria me convertían en el “salvador sanitarista” de los pueblos campesinos e indígenas del país. Todavía recuerdo que durante el sexto año correspondiente al servicio social, tenía como libro de cabecera un texto de antropología aplicada que formulaba sugerencias y recomendaciones para lograr cambios comunitarios con diversos ejemplos referidos a la salud. Se trataba de George Foster, un reconocido antropólogo culturalista norteamericano con amplia experiencia en las áreas rurales latinoamericanas.⁸ Justo es mencionar, que la realidad social sobrepasaba cualquier enseñanza libresco y que esa misma realidad nos daba más argumentos para considerar la actividad médica con menos soberbia y mucho más humildad en cuanto a las metas colectivas.

Años más tarde, con los estudios de especialización en medicina familiar existió un mayor equilibrio entre la biomedicina y los contenidos sociomédicos, e incluso condujo en mi caso a una derivación hacia las ciencias histórico-sociales. Al final del periodo de formación de posgrado, quedaba claro que era una formación ideal contrastada y contrastante con la práctica médica familiar a nivel institucional.

Algunas consideraciones epistemológicas

Con las vivencias presentadas —propias y ajenas— podemos afirmar que la formación médica contemporánea es una larga, penosa y significativa enseñanza escolarizada. La escuela de medicina se convierte en la institución productora y reproductora de conocimientos generales y especializados y legitimadora de la práctica médica.⁹ Su orientación es plenamente organicista, con libros y revistas médicas de factura norteamericana, con práctica médica hospitalaria obligatoria en el internado de pregrado, que se prolonga con los estudios de posgrado en las llamadas residencias médicas de especialización.

Al conocimiento adquirido lo denominamos como científico, y lo catalogamos de acuerdo a las normas y valores de la cultura dominante occidental como la ÚNICA, la VERDADERA, la EFICAZ por excelencia. Es decir, dentro de nuestro sistema de creencias le adjudicamos valores absolutos e impecables

deros, que remiten de inmediato a la desvalorización y exclusión de otras prácticas curativas no occidentales, que se manejan con otro tipo de conocimiento, por ejemplo, el mágico.

La magia la tendemos a desechar en forma apriorística y prejuiciada como una forma de NO-CONOCIMIENTO, o en el mejor de los casos, con una evidente orientación cartesiana / positivista, de conocimiento primitivo o precientífico. Como lo expone con transparencia nuestro investigador emérito, Ruy Pérez Tamayo “De la magia primitiva a la medicina moderna”, aquella es una etapa superada (o en todo caso, por superar) de la evolución humana.¹⁰

Sin embargo, otros médicos de larga experiencia fisiopatológica (Walter Bradford Cannon), clínica (Larry Dossey) o filosófica (Arthur Jores) opinan que el conocimiento y la práctica de la magia debe ser descrita y analizada por las escuelas médicas para una mejor comprensión de los complejos mecanismos de enfermedades donde la causalidad mágica es invocada con una eficacia tan real como la de los microbios, virus y parásitos. Según Canon, fisiólogo norteamericano, la muerte por vudú, es decir por brujería, es tan efectiva en determinadas circunstancias como la muerte por alguna enfermedad transmisible. El médico internista Larry Dossey¹¹ (Figura 1), después de haber experimentado en lo personal curaciones simbólicas acaecidas a personas que manifestaban estar embrujadas, señala que es necesario romper con el propio sistema de creencias basada en el modelo biológico molecular para comprender otras formas de enfermar del ser humano. Arthur Jores es directo:

*El médico tiene que saber de magia. No debe obstinarse, a fuerza de racionalista, en negar su existencia. Lo mágico existe y el médico es, con más frecuencia de lo que supone, el iniciador de fantasmas, que luego se fijan mágicamente, simplemente dejando caer una palabra sin reflexionar en sus consecuencias.*¹²

Por otra parte, cabe mencionar que la magia, es uno de los temas más descritos y analizados por la antropología. Prácticamente desde el inicio de la disciplina antropológica a fines del siglo XIX, los antropólogos han tenido un discurso profundo y coherente sobre la relevancia y funciones sociales de los fenómenos mágicos. Así aparecen en una apretada lista los nombres de E.B Tylor, B. Malinowski, M. Mauss, C. Levi-Straus, E. de Martino, entre muchos otros.

Retornando al tema formativo, en nuestra experiencia, los alumnos que estudian medicina, en especial, las mujeres, no son envases vacíos donde la acumulación y el almacenamiento de conocimientos se realiza desde el nivel cero. Ya existe un conjunto de saberes y de prácticas sociales referidas a la curación que son heredadas de la cultura médica materna;¹³ sean remedios caseros, plantas medicinales. Pero también son fuentes de conocimiento la escolarización preuniversitaria y la intensa mercantilización en los medios de comunicación, por ejemplo el uso de medicamentos de patente para enfermedades leves (gripas, cefaleas, dolores menstruales, etc.).

En síntesis, el conocimiento perceptual previo del estudiante de medicina se nutre de fuentes que podemos localizar en la propia familia, en las redes comunitarias, en la escolarización, en la vida de relación social. Es lo que se conoce como *empiría*, conjunto de saberes fruto de la experiencia humana cotidiana que son retenidos por su utilidad en casos concretos.¹⁴

Durante la carrera de medicina, esos estudiantes adquieren (o adquirimos) *conocimientos convalidados* en forma grupal, se acepta sin discusión el adjetivo de “científico” y se mira con

desconfianza todo aquello que no sea el fruto de una metodología “científica”. No obstante, y con excepciones (que confirman la regla), el estudiante de medicina desconoce (o desconocemos) los pasos del proceso de generación del conocimiento científico en términos prácticos. Es un usuario pasivo de los productos elaborados por los investigadores que cultivan la ciencia y desechan la cultura de origen. Es el docto ignorante según la expresión del investigador Xavier Lozoya.¹⁵

El reclamo del antropólogo Guillermo Bonfil Batalla sobre el desconocimiento y negación de los saberes y prácticas no occidentales, o más bien, del saber mesoamericano de la medicina en particular, es completamente válido.¹⁶ ¿Dónde hemos dejado los amplios y profundos conocimientos de la cosmovisión mesoamericana referida al proceso salud-enfermedad? ¿Dónde ha quedado la sistematización en el empleo de las plantas medicinales locales? ¿Qué hemos hecho de la atención curativa doméstica? ¿Hasta dónde se dejará el uso (y sobre todo abuso) de fármacos inductores de dependencia corporal, económica y política?

Si a lo anterior sumamos la imposición estructural ideológica del conocimiento “científico”, el resultado es la validación unilateral de la cosmovisión y el conocimiento biomédico que excluye cualquier otro sistema de creencias y de conocimientos heterodoxos, sea desde saberes y prácticas europeas subordinadas (aquí pienso en la homeopatía) o bien aquéllos de origen mesoamericano que han persistido hasta ahora bajo la modalidad de un curanderismo diverso y ecléctico.¹⁷

El resultado de este encuentro entre los conocimientos perceptuales previos y los conocimientos “científicos” adquiridos por consenso en las escuelas y facultades de medicina, es la existencia de una enorme acumulación de saberes donde la cultura popular no desaparece pero queda subsumida, es decir subordinada, a la biomedicina. En términos prácticos, es el ejercicio de una medicina comple-

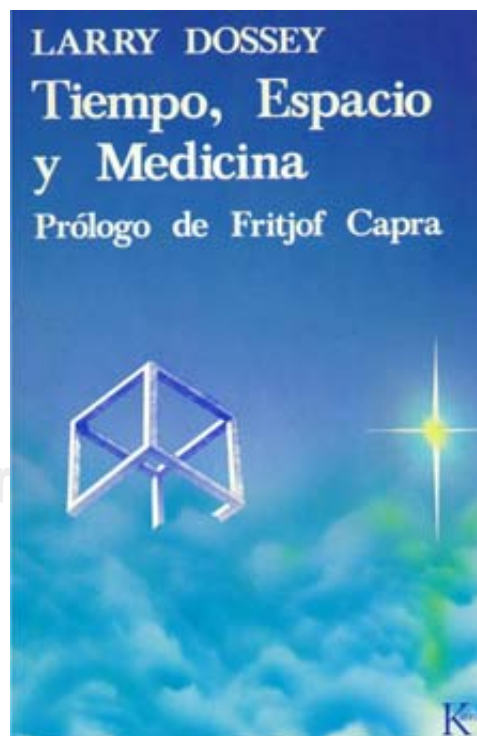


Figura 1.

mentaria donde los recursos terapéuticos primarios son los de la biomedicina, y los secundarios corresponden a la medicina popular.

Otro aspecto digno de comentar es la adquisición de los llamados *conocimientos operacionales*, es decir, el aprendizaje y desarrollo de capacidades y habilidades manuales que eliminen la antigua separación entre los saberes y terapias médicas, de aquéllas relacionadas con el ejercicio de la cirugía.

Sin duda, se necesita aprender las técnicas sencillas para suturar heridas, realizar punciones, atender partos, e incluso extraer molares.

Durante los años escolares aprendimos la estricta ritualidad que envuelve al acto quirúrgico, cuya finalidad es evitar la contaminación por gérmenes infecciosos que puedan dañar al enfermo. Sin embargo, asociada a la ritualidad se añaden prácticas supuestamente validadas por el conocimiento científico. Así aprendimos que alrededor de toda la zona de abordaje quirúrgico debían quitarse los pelos. El mejor ejemplo, era la tricotomía, o rasurado de los vellos en las zonas genitales de las mujeres parturientas, sea para un parto “normal”, o bien, para una cesárea.

También, la regla establecida en los partos de las primíparas era el corte oblicuo de la región perineal para ampliar el canal del parto y evitar desgarros y que conocemos como episiotomía. Estudios posteriores con seguimiento sistematizado de casos han demostrado que el rasurado vulvar propicia microlesiones que favorecen las infecciones, y que la episiotomía “no reduce el riesgo de desgarro sino más bien lo contrario”.¹⁸

Finalmente, siguiendo a J. L. Díaz, tenemos el *conocimiento vivencial*,¹⁹ que es simultáneo al aprendizaje formal escolarizado durante la fase de internado, servicio social y residencia de posgrado. Es aquel que se va adquiriendo por el contacto con los enfermos, sus familiares y la comunidad. Es la experiencia cotidiana donde se confrontan, confirman, validan o niegan los conocimientos perceptuales y consensados. Son los conocimientos adquiridos por los casos concretos individuales pero también por la sumatoria de dichos casos que conducen a estrategias que suelen funcionar en situaciones prácticas, y que establecen la diferencia entre un joven médico recién graduado, y un experimentado médico. Estos últimos son los “viejos y colmilludos lobos de mar”, los que brindan sus consejos, sus recomendaciones y sugerencias en base a sus vivencias.

Es el conocimiento vivencial el que se refleja durante la visita médica matutina al lado del paciente hospitalario, donde los jó-



Figura 2. Empacho, Hueyapan, Morelos.

venes –llenos de *teoría*– se ven confrontados por la experiencia del médico lleno de *sabiduría*. Cuando era interno del Hospital General de México, un colega –ahora famoso investigador de la UNAM– describía el tórax de una enferma con ictericia, al presentarla afirmaba que la paciente tenía un pezón umbilicado. Bastó que el médico jefe de servicio rozara el pezón aludido –previo permiso de la enferma– para que todos los internos y residentes presentes en la visita, observáramos con asombro y risas contenidas cómo el pezón se erguía ante el estímulo digital.

Es la experiencia de años en la práctica clínica la que nos permite sobrevivir ante las contingencias de la vida médica. El recetar cierto antibiótico y no otro, el indicar un determinado analgésico por encima de otros similares.

En mi caso, fue precisamente la experiencia directa con pacientes asustados, lo que me permitió separarme de la ortodoxia médica para distinguir *susto* de “estrés postraumático agudo” y enviar a mis pacientes institucionales con una curandera de la zona, y no darles unas cuantas pastillas de tranquilizantes.

Fue la experiencia la que me condujo a reconocer la importancia de la *palabra* en un contexto de confianza para los enfermos que requerían de mi apoyo. E igualmente aprender que mis palabras podían causar daño –no intencional– a cierto tipo de pacientes.

También lo fue el conocimiento y la experiencia las que me guiaron sobre el uso de la herbolaria en la práctica curativa.

Dicho de otra manera, no se trata de renunciar al aprendizaje académico universitario, ni al uso de la metodología científica en el terreno biomédico y socioantropológico, pero tampoco a las posibilidades de comprender e integrar otros conocimientos empíricos validados por la experiencia de cientos de años (Figura 2). Creo relevante analizar y evaluar el conocimiento popular para aplicarlo en forma prudente y sistematizada, y no caer en el otro fundamentalismo que rechaza todo saber y práctica de la biomedicina, para elogiar, ensalzar y glorificar la medicina popular-tradicional como única y legítima estrategia de atención curativa.

Los límites individuales al conocimiento

Ahora bien, como médicos familiares también hemos sufrido de la constante angustia por la amplitud e inalcanzable generación de nuevos conocimientos biomédicos. De hecho, cada ocasión que incursionábamos por tareas administrativas y luego retornábamos a la práctica médica institucional, sufríamos por la aparición de nuevos medicamentos desconocidos y era necesaria la actualización. La educación médica continua es una necesidad y un deber. De entrada aceptar que la “actualización completa” es una auténtica quimera, y el reto en el terreno de la ética corresponde a “saber” lo más posible en el campo de la medicina general o especializada.

Prácticamente nunca dejamos de ser médicos ni siquiera cuando uno se dedica a la docencia o a la investigación. Siempre los amigos y familiares estarán buscando un apoyo, un auxilio, un consejo... y eso también es medicina.

No obstante, existe la soberbia de algunos colegas de pretender saber todo, de no aceptar límites teórico-ideológicos y prácticos de su limitado saber.

En años venideros estaremos pensando en una educación médica integral donde los médicos tengan una sólida formación biológica pero también social y humanística. Una formación

especializada sin olvidar la perspectiva de conjunto. Una enseñanza de la medicina con base epistemológica y científica sin descartar otros conocimientos que no pasan por su campo de acción. Es la formación médica donde la ética, la antropología médica, la historia de la medicina, la psicología social y otras materias deben aparecer a todo lo largo de la carrera, de tal modo que conduzcan al estudiante de medicina hacia la valoración de la persona humana con el trato de respeto y dignidad que se merece, y una actitud responsable desde la perspectiva social en el ejercicio de la medicina.

Referencias

1. Riera J. Historia, Medicina y Sociedad. Madrid, Pirámide, 1985, p. 371
2. López-Piñero JM. Breve historia de la medicina. Madrid, Alianza Editorial, 2000, p. 217.
3. López-Piñero JM , pp. 217-218.
4. Riera J. Historia... p. 374 y Gross M. Los doctores. Un agudo análisis del médico norteamericano y de su manera de ejercer la medicina. Barcelona, Ediciones Grijalbo, 1968, p. 368.
5. Neghme A. y Sotomayor R. "Enseñanza de la medicina". En: Historia Universal de la Medicina (Lafn Entralgo, coordinador). Barcelona, Salvat , 1975, pp. 391-392.
6. Somolinos, J. Síntesis histórica de la medicina mexicana. México, Facultad de Medicina / Universidad Nacional Autónoma de México, 1983, p.143.
7. Viesca C. La inclusión de modelos no occidentales en la enseñanza de la Historia de la Medicina. *Analecta Histórico Médica* 2004, II (2): 16.
8. Foster G. Antropología Aplicada. México, Fondo de Cultura Económica, 1974.
9. García JC. "La educación médica y la estructura social". En *La educación médica en América Latina*. Washington, OPS, 1972, p. 396.
10. Pérez-Tamayo R. De la magia primitiva a la medicina moderna. México, Fondo de Cultura Económica, 1997, p.18.
11. Dossey L. Tiempo, espacio y medicina. Barcelona, Kairos, 1986, pp. 23-30.
12. Jores A. La medicina en la crisis de nuestro tiempo. México, Siglo XXI, 1967, p. 57.
13. Osorio RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles, México, Instituto Nacional Indigenista/CIESAS/Conaculta, 2001.
14. Gracia D. Presentación de Medicina Antigua. Cuatro libros de Medicina. Madrid, Editorial Casariego, 1997, p.12.
15. Lozoya X. La docta ignorancia. Reflexiones sobre el futuro de la cultura médica de los mexicanos. Buenos Aires, Saga Ediciones, 2003, p. 7.
16. Bonfil Batalla G. México profundo. Una civilización negada. México, Random House Mondadori, 2006, pp. 65 y 225.
17. Campos-Navarro R. Nosotros los curanderos. Experiencias de una curandera tradicional en el México de hoy. México, Nueva Imagen, 1997.
18. Médicos estadounidenses cuestionan la utilidad de la episiotomía en el parto. *La Jornada* 5 de mayo 2005:3A.
19. Díaz JL. El ábaco, la lira y la rosa. Las regiones del conocimiento. México, Fondo de Cultura Económica, 1997, p. 26.

Dirección para correspondencia:

Dr. Roberto Campos-Navarro

rcampos@servidor.unam.mx

www.medigraphic.com