

## ARTICULO

**Tensiones epistemológicas esenciales en la formación para la praxis profesional en Ciencias Médicas. Aproximaciones a la perspectiva artística.**

Gerónimo Sosa Sánchez.

Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad de Carabobo.  
Laboratorio de Investigación Sobre  
Procesos Sociales y Condiciones de  
Vida. LINSOC. Doctorado en Ciencias  
Sociales.

**Correspondencia:** Gerónimo Sosa  
**E-Mail:** [gsosa@hotmail.com](mailto:gsosa@hotmail.com)

## RESUMEN

Este ensayo es una invitación a repensar el problema de la formación profesional para las prácticas en salud y cuidado humano, precisando tensiones epistemológicas que representan fuertes barreras impuestas por el discurso médico y la tradición hegemónica de la práctica científicista, a los procesos de formación; en el terreno de la legitimidad, pertinencia social y dimensión humana de la práctica. Precisando obstáculos relacionados con la episteme moderna caracterizadora del pensamiento y del espacio médico, que modela la práctica en la sociedad occidental, surgen ideas que permiten mantener el diálogo-debate en torno a aspectos claves para abrir caminos de superación epistemológica y vincular la teoría y la práctica. Este análisis del marco epistémico que modeló la salud pública en la modernidad, y del impacto de la hegemonía biomédico curativista en el perfil sociológico de la profesión y la orientación de los modelos de educación, atención, gestión en salud bajo influencia de la matriz conceptual del paradigma cartesiano-newtoniano, descubre fuerzas de un modo particular del sistema semiótico médico, morbicentrista, que sella la producción de sentido, bajo la ratio técnica como matriz fundante. Ese trayecto de reflexión teórica, rastrea la dimensión artística de una praxis médica socialmente vinculante, reflexiva, consciente, gratificante desde un pensamiento crítico; la dimensión ética y estética de la praxis, que desafía la mirada de salud y vida en la riqueza de su integralidad, hacia el horizonte de construcción social en salud colectiva; fuentes de sentido para una nueva semiosis social.

**Palabras clave:** praxis médica, epistemología, semiosis social, pensamiento crítico.

## ABSTRACT

**Epistemological tensions in professional practice.**

This essay is an invitation to rethink the problem of vocational training for practice in health and human care, stating epistemological tensions that represent strong barriers imposed by medical discourse and the hegemonic tradition practice scientism, training processes, in the question of legitimacy, social relevance and human dimension of practice. Specifying obstacles associated with characterizing modern episteme of thought and medical space, which models the practice in Western society, ideas that can

emerge to maintain dialogue and debate around key issues to show ways to overcome epistemological and linking theory and practice. This analysis of the epistemic framework that shaped public health in modernity, and the impact of biomedical hegemony curatives in the sociological profile of the profession and the orientation of the models of education, health, health management under the influence of conceptual matrix Cartesian-Newtonian paradigm, finds strength in a particular semiotic system medical morbicentrista that seals the production of meaning, under the technical ratio as a founding parent. That way of theoretical thinking, traces the artistic dimension of medical practice socially binding, reflective, conscious, rewarding critical thinking, ethical and aesthetic dimension of praxis that challenges the eye health and wealth of life in its entirety, toward the horizon of social construction of collective health and sources of meaning for a new social semiosis.

**Key word:** medical practice, epistemology, social semiosis, critical thinking

### INTRODUCCIÓN

**Ideas contextualizadoras del debate.** En este ensayo se quiere llamar la atención sobre referentes teóricos y aspectos considerados como relevantes para mantener el debate, entre quienes abrigamos el anhelo de construir una contracultura de la práctica profesional médica, más centrada en el ser humano, en la salud y en la vida, que en la enfermedad y la muerte. Podríamos decir que es un intento por introducir, en la medida de lo posible, ideas que promuevan la reflexión sobre la existencia de ciertas *tensiones esenciales*, que no dejan cambiar hacia los ideales y aspiraciones de una práctica con relaciones más humanas, más sensibles y menos técnico mercantilistas.

Estas *tensiones esenciales*, se convierten en *obstáculos epistemológicos* que dificultan los intentos por emancipar un pensamiento y una acción social práctica en salud, que tenga como horizontes; una verdadera vinculación entre el carácter científico técnico y los aspectos humanísticos, en una dimensión que dignifique al ser y al convivir, que produzca gozo y satisfacción tanto a los trabajadores del campo de la salud, como a las personas que en su individualidad o como colectivos son sujetos de esos servicios.

Dicho de otra manera, son problemas, realidades y carencias, que están en el sentido común de la gente, en sus vivencias. Que en parte han sido reconocidas también entre los intelectuales de oficio y entre los políticos con poder de decisión; pero las cosas siguen igual. Por ejemplo, se ha dicho mucho que en los profesionales de la salud, la intencionalidad de la práctica es centra en el dinero y el prestigio. La crítica de estas motivaciones se refleja en diversos cuestionamientos: que los costos son exorbitantes, se perdió el apostolado, es muy mala la comunicación e interacción entre médicos y pacientes. Que los médicos debiéramos ser más humanos en el trato, que nos involucramos poco y limitamos el contacto humano, mientras que la gente aspira que seamos menos autómatas o indiferentes. También se cuestiona que descuidamos la prevención y la promoción de la salud, mientras nos centramos en ver a la enfermedad y no a la persona con su historia de vida.

Hay críticas y cuestionamientos en cuanto a la formación, y otras que están asociadas a la organización y a las condiciones en que se realiza

el trabajo en el espacio médico público y privado, que crean un ambiente conflictivo para el personal y para los usuarios; poniendo también bajo sospecha a las estructuras y bases fundantes de los procesos de aprendizaje social médico. Pero un trasfondo importante de los cuestionamientos, está quizás en exigir nos atribuyamos desde la universidad, la cuota de responsabilidad en el asunto; señalándonos que no hacemos lo suficiente por cambiar la situación de la formación ni de la práctica, que no queremos que nada cambie, o incluso que permitimos que priven intereses mezquinos en reproducir los mismos modelos desde la educación y que las cosas sigan como están. También se cuestiona que hay poco interés de los profesionales en discutir abiertamente estos temas, en participar en la generación, transformación o implementación de políticas públicas adecuadas, ni mayor interés en el enfoque de construcción social de la salud.

La Profesión Médica se ha convertido así, probablemente en la más solicitada y quizás también en la más criticada. Sabemos que todos podemos necesitar en cualquier momento de su atención, asesoría o acompañamiento en la vida o frente a la muerte, especialmente si reconocemos la fragilidad del ser humano y la conciencia de finitud. La importancia de la medicina como práctica social, que tratar con el dolor y la enfermedad, la salud y la vida de los seres humano, le hace ocupar un lugar alto en la clasificación de los conocimientos humanos y de las profesiones. Estas significaciones han atraído la atención de pensadores de todos los ámbitos científicos humanísticos. De igual manera, ha sido objeto de la crítica, el cuestionamiento y los aportes desde variadas disciplinas, destacando el análisis desde la sociología, el cuestionamiento desde el psicoanálisis y la intervención del derecho en la legislación del ejercicio profesional (1). Hoy crece nuestro interés por tomar la crítica desde la epistemología, como teoría de la ciencia, como reflexión filosófica, pero también como fundamento de la cotidianidad de la práctica.

Para acercarnos a comprender el significado que la acción tiene para un actor social, en este caso, la práctica profesional para el médico moderno, resultaría imprescindible tener como fondo del análisis, los contextos del actor, su horizonte de visión, sus marcos de referencia. Esto incluye también el conocimiento del sentido común o las representaciones sociales que la gente en general y el personal de salud en particular, construye sobre lo que es o debe ser la práctica, en base a los aspectos socio simbólicos y socio estructurales. Aspiramos aquí solo parte de la tarea, exponer a la luz trasfondos epistemológicos, para abrir caminos de aproximación al debate teórico y a la perspectiva artística de la profesión.

En este ensayo asumimos como primer obstáculo de transformación de la visión y las prácticas en salud, a la propia *episteme moderna*, la cual se ha consolidado como *pensamiento instalado en la sociedad occidental* (2), como referente teórico conceptual, fuente discursiva y paradigmática de esta temática. El horizonte de pensabilidad que en nuestra sociedad determina lo que se puede decir o no se puede decir, hacer o no hacer, en un ámbito de la práctica, y además, quien determina las condiciones de posibilidad de los saberes, las nociones

teóricas, los modelos y las propuestas que finalmente son aceptadas y prosperan hasta quedar institucionalizadas.

La palabra *episteme* en griego significa ciencia, saber, saber científico, pero también arte, habilidad para. El verbo *epistamai*, de donde proviene *episteme*, significa ser capaz de, poder, valer para, conocer y saber. Hay pues en el término, un sentido de dinamicidad, de potencialidad, de *saber que habilita*, de *saber como poder*. Las prácticas sociales dependen de una episteme, en su forma o en su existencia misma. La episteme, producto de la cultura, genera discursos y de esa manera se va articulando a lo largo de un proceso histórico. Entre discursos y prácticas se da una interacción dialéctica que las constituye en un todo dinámico (3).

De esta manera, en el conjunto de enunciados y prácticas del discurso médico clínico moderno se forman sistemáticamente los objetos de la medicina, sus modos de conocer y de hacer. Desde el mundo académico, se determina lo que la sociedad entiende por salud, enfermedad, y se ha construido la identidad de una práctica médica que hoy parece padecer de una crisis de sentido. En parte porque se reproducen las propuestas y modelos sin revisar el soporte epistémico de su concepción teórica, y sin meditar sobre los resultados prácticos, terminando a veces enquistadas o convertidas en fuertes tradiciones que se resisten a revisarse para cambiar, armadas de estrategias epistémicas y criterios de certificación, que se convierten en una especie de “venenos” epistemológicos, que descalifican, rechazan o neutralizan cualquier otro discurso distinto, en especial si se asume como producto del pensamiento crítico o de alguna visión progresista.

Por eso, veo como una gran necesidad y valoro como oportunidad, el hacer estas consideraciones para proponer que repensemos la *formación de los recursos humanos en salud para una praxis social vinculante*, desde el marco del *pensamiento crítico*, en una dirección *dialéctica crítica* –más como arte que cómo método- que se mueva entre tradición y divergencia. Aunque en términos del *interés práctico*, quizás no abrigue mucha esperanza en su intención de impulsar innovación y cambios desde el análisis de las contradicciones; sin embargo posibilita *el nacimiento del preciado fruto de la reflexión crítica*, al convocar al diálogo por vías de pensamiento alternativo, entre convergencias y divergencias, consensos y disensos, objetividades y subjetividades, por direcciones diferentes que intenten revalorizar las riquezas de la acción humana, de lo antiguo y de lo nuevo.

**La separación Filosofía-Medicina, el triunfo del mecanicismo científico: opciones desde el pensamiento crítico.** El tema de la salud, sus conceptos y significados de la práctica en ese ámbito, han ido cambiado a través del tiempo, los contextos culturales de cada época y las presiones que ejercen los procesos sociales. Ha dejado de ser tema de interés y de uso exclusivo de la medicina, siendo un asunto que compete a múltiples disciplinas y sectores sociales. La medicina también ha tenido sus referentes en las ideas filosóficas de cada etapa histórica, su referencia constante en las ideas derivadas de la concepción filosófica predominante, lo cual ha orientado su evolución en la historia y sus prácticas. Inicialmente la medicina estuvo bajo el

dominio de la religión y el mito. Con la filosofía natural presocrática, médicos y filósofos eran sinónimos, hasta que *la escuela hipocrática individualizó al médico del filósofo y lo consagró como un semidiós*. Con los avances positivos en la búsqueda de la etiología y el manejo de las enfermedades, el pensamiento médico se inclinó hacia las *ideas mecanicistas de Descartes*, las que influyen hasta hoy los reduccionismos biologicistas y las explicaciones fragmentadas de los asuntos de la salud y la vida (4).

La propia palabra *Medicina*, es una palabra latina que indica curar - requiere experiencia clínica-, mientras que el término griego *physica*, significa naturaleza, de allí que los físicos estudiaban filosofía natural, en la búsqueda de prevenir y conservar la salud -de donde deriva *physician* en inglés-. Una controversia entre dos prácticas, una orientada a curar y otra a cultivar y prevenir en salud, la persistencia de un problema semiótico histórico; cuya discusión sobre las implicaciones epistemológicas y su impacto en las políticas públicas no se ha dado suficientemente en los ámbitos de la educación superior ni de la política.

Con el surgimiento de la epistemología como teoría del conocimiento científico, la consolidación de la física y la evolución de la ciencia lógico positivista, la filosofía quedó relegada a la ciencia, desde allí ha persistido una tendencia academicista de privilegiar la supremacía de las ciencias físico naturales sobre las humanísticas, significando un detrimento en la formación para la comprensión de las cuestiones de la vida humana. El predominio de discursos que obvian y excluyen, dejan de lado las pretensiones de validez de otros discursos que enfocan el sentido de pertinencia social y las significaciones humanísticas, así como las perspectivas antropológicas y ecológicas. Son procesos que tienden a banalizar concepciones, por considerarse poco importantes, sin resultados, sin efectos los valores y las significaciones de una práctica humanística.

De esta manera, se ha tendido a restar la importancia de discutir y vincular más allá del deber ser, en la formación del ser, el hacer y el convivir del hombre y la mujer médicos, las ideas fundamentales y los aportes de las grandes tradiciones filosóficas para entender la determinación del ser y la vida como hermenéutica de lo cotidiano, y el encuentro de las esencias y el sentido fenomenológico de la ciencia.

Se tiende a desconocerse las grandes transformaciones, posibilidades y métodos que surgen del pensamiento crítico, como teoría global de la sociedad (5), incluyendo los aportes de la teoría crítica en la comprensión de las actividades humanas, como la praxis médica. Por ejemplo los aportes de la Escuela Hermenéutica, las posibilidades de encontrar el sentido histórico, de la recuperación del sujeto, de la alteridad. La comprensión del sentido histórico social de la salud, la enfermedad, el trabajo, los aportes a la teoría crítica de la sociedad para la comprensión de la moralidad y la eticidad en la política, la ciencia y el mundo social de la vida, y sus perspectivas estéticas -como sensibilidad por el otro- y las potencialidades emancipadoras del lenguaje como comunicación, y la reflexión que hacen al sujeto consciente y actuante; al romper con interpretaciones ingenuas de la acción social, de la práctica científica.

La ausencia en los procesos de formación de espacios para el diálogo entre los saberes formales e informales, impide incorporar la riqueza de los elementos filosóficos y sociológicos de la sabiduría de los pueblos. Entonces, la formación médica universitaria tiene que aprender a dialogar con las disciplinas y con otros saberes no disciplinares.

Con la pérdida de las ideas filosóficas, también se diluyó el sentido de vocación como práctica social, y se consolidó el modelo de atención predominante en las sociedades modernas, que se ha caracterizado por la disociación y fragmentación del conocimiento y la tendencia hacia la especialización, separándose lo preventivo de lo curativo, lo biológico, de lo social y lo individual de lo colectivo, lo útil de lo ético; dualismos que expresan *el triunfo del paradigma cartesiano-newtoniano*. Procesos que requieren un pensamiento y demandan un principio de organización social alternativa.

Dentro del debate: Psicoanálisis y medicina, Lakan (6), lanza la pregunta ¿Significa esto que sólo las enfermedades del cuerpo podrían ser cuidadas y curarse mientras que las del alma quedarían fuera de alcance para la curación?, plantea como una cuestión difícil pero determinante para nuestra civilización la división entre enfermedades orgánicas y enfermedades psíquicas. Resultaría del divorcio producido entre la medicina y la filosofía. El dualismo que hoy triunfa sería pues resultado directo de la escisión, de la separación entre filosofía y medicina (6). Esta separación entre enfermedades del cuerpo y enfermedades del alma, significa también el triunfo del dualismo, entre los acontecimientos principales de nuestra cultura.

Desde nuestra comprensión: filosofía-medicina-salud, son tres pilares de una matriz, que forman parte de un todo que ha sido fragmentado - en gran parte por influencia del mecanicismo científico- afectando los vínculos integradores necesarios para el desarrollo de una conciencia madura en la formación profesional, para poder mirar en el arte en la praxis profesional en salud.

*El aprendizaje de la práctica es una actividad esencialmente constructiva, y la práctica médica en sí, un quehacer filosófico de alto sentido socio antropológico, capaz de conferir a la acción de este profesional, un balance en la aplicación del conocimiento científico en función del ser humano en todas sus dimensiones. Todo lo cual exige al formador y a quien se está formando, una postura más hermenéutica hacia la comprensión y la interpretación del significado y la riqueza del conocimiento subjetivo en relación con la salud, la vida y la cotidianidad del mundo social (7).*

Aspecto pertinente en la discusión sobre la Educación Superior, toda vez que la universidad es en principio un espacio clave en la producción, reproducción y socialización del conocimiento. Pero también un espacio de reciclaje de relaciones de poder, que en el ámbito de la formación, se reproducen también cuando las bibliografías recomendadas por los docentes y la información reconocida por ellos, termina convirtiéndose en *discursos autorizados*, ocurriendo así, un control significativo del conocimiento que debe o no debe circular. Este

aspecto reviste particular importancia en la Institución de Educación Médica Venezolana, como parte de un Sistema Educativo como el nuestro que valora y privilegia la reproducción mimética de *la palabra de la cátedra*, del discurso autorizado, por sobre toda lectura crítica o método reflexivo, limitando el cultivo alternativo de muchos saberes útiles, incluyendo posiblemente entre ellos a importantes fuentes de inspiración filosófica para el médico.

Se excluye el cultivo de las ideas filosóficas que le ayudarían a formarse como profesionales capaces de percibir la totalidad y no las parcialidades del otro, y de entender los lenguajes del mundo en una relación intersubjetiva con los hombres y con la naturaleza, o a mirar esta última como madre naturaleza, como enseña la filosofía de los pueblos originarios. Dignificando la práctica profesional, al entender que todos somos sujetos iguales, en el mundo en que existimos e imaginamos. Incorporando efectivamente el sentido holístico, ecológico y estético que se requiere para el *arte de la praxis* que en diversos contextos, pueda mirar y desarrollar propuestas pertinentes y de mayor elaboración, a la vez que impulsa cambios que contribuyan en la construcción de una verdadera sociedad comunicacional.

### **Discurso y hegemonía Médico-Científica: un contexto problemático para la lectura hermenéutica de la salud.**

Una lectura hermenéutica crítica de la hegemonía del discurso médico científico y su impacto en la práctica ¿cual es el sentido de la práctica profesional en salud?, nos coloca en el contexto problemático que ha limitado el desarrollo de la salud en nuestra querida sociedad occidental moderna.

Mirar desde una perspectiva socio crítica, no significa solo resaltar lo negativo del asunto, también implica asumir una acepción positiva de la ciencia y la técnica. Partiendo de reconocer los espectaculares avances de las ciencias médicas en el marco de la revolución científico técnica de la sociedad informacional. Los avances biomédicos y en tecno medicina se traducen en un tipo de práctica médica, que bien puede llamarse una “nueva medicina”, que a medida que aumentan la capacidad de intervención técnica sobre procesos de la enfermedad, se hace más especializada y costoso. Evidenciando el orden evolutivo de la ciencia en la sociedad moderna, que conduce cada vez más a la desigualdad y la inequidad (8).

“*Ciencia sin conciencia no es mas que ruina del alma*” fueron palabras premonitorias de Francois Rabelais en el siglo XVI dichas sin imaginar a que extremos llegaríamos en el presente, ni que serían traídas a la actualidad por el director de la UNESCO a la conferencia de Premios Nobel reunida en Paris en 1998, en la cual Jean Dausset, premio Nobel de Fisiología y medicina, hablando del alcance de los poderes con que ha dotado al hombre el progreso científico tecnológico dijo: Tenemos, pues el insigne privilegio de vivir un momento único en la historia de nuestra especie, sin duda el más apasionante pero también el más peligroso de la aventura humana (9).

Estas palabras encierran entre otras cosas, un llamado urgente a lo que

plantea Edgar Morin, en su “Ciencia con Consciencia” (10), mostrándonos la necesidad vital de reflexionar e interrogarnos sobre la mirada que damos a la ciencia y su impacto, a ir más allá de los reduccionismos a mirar desde la complejidad los fenómenos sociales. Para nosotros, significa además, el urgente requerimiento de una nueva ética en la medicina, desde la reflexión sobre los nuevos imperativos e implicaciones bioéticas de la práctica médica, al reconocer que no sólo se abren indiscutibles posibilidades científico técnicas, sino también riesgos y conflictos de todo tipo: médicos, sociales, político económicos, culturales y religiosos.

Una realidad que se hace más compleja cuando incorporamos las preguntas sobre cuál es la significación social y los alcances de estos fascinantes avances, y quiénes tienen acceso a esas tecnologías o cuál es su utilidad en salud colectiva. Aquí hay tensiones que requieren sincerar la discusión desde una perspectiva socioeducativa, si queremos encontrar caminos en la árida búsqueda de opciones para la salud colectiva. Frente al prestigio de las ciencias médicas, en *el marco de una epistemología de base disciplinar y de una racionalidad instrumental* - “con respecto a fines” o en una relación medios-fines -, queda reducida al ámbito de una racionalidad científico técnica, de la visión funcionalista, que no aspira socialmente que ese profesional sea un hombre sabio (11).

No se aspira que maneje elementos de la cultura, ni que cultive aspectos humanísticos, que al contrario, están propiamente relacionados con el término formación. Ya que *formación* como lo trata Hans Gadamer (12), significa también el proceso de adquisición de una cultura, que luego posee el individuo como resultado de su formación en los contenidos de la tradición de su entorno; el patrimonio personal de un hombre culto. Aparece así muy vinculada al crecimiento interior y a la aprehensión de la cultura; al “modo específicamente humano de dar forma a las disposiciones y capacidades naturales del hombre” (12).

La fuerza del *enfoque objetivista-positivista*, pretende olvidar que la ciencia también es un producto social. Que son los hombres y mujeres quienes construyen ciencia, dentro de un horizonte cultural que no puede ser obviado. Esta ciencia, en consecuencia, expresa el momento, los intereses y las tendencias de esa sociedad; de tal manera, que la ciencia es un producto histórico-cultural y no una abstracción. Que excluye al sujeto, prescindiendo de su realidad práctica, del mundo de la vida; donde se encuentran sus cualidades, sus valores, aquello que denominamos “lo cualitativo”.

De modo que la ciencia como producto histórico cultural, no sólo expresa, sino que reproduce los valores de esa sociedad, que le da sentido y significado. Pero a través de la fuerza de los discursos, en su función de dominación, en lugar de expresar los valores de la sociedad, termina expresando los valores del discurso hegemónico; del discurso del poder. En este proceso, se desprestigia todo discurso alternativo. Al médico le toca ahora no sólo articular las instancias de saber, poder, deber, sino integrar las dimensiones de la medicina como *ciencia, arte y profesión*. Esta obliga a incluir en los procesos de formación el énfasis en el desarrollo de capacidades sociales humanistas.

El principio de organización social vigente en occidente, bajo el sustento de fuertes bases de racionalidad científico técnica, termina por instrumentalizar el acto médico y relegar a la educación, a la función legitimadora y reproductora de perfiles y modelos de práctica profesional, construidos bajo el soporte epistemológico de esa racionalidad instrumental, que legitima diseños de formación tecnocrática, como es el caso del enfoque de la pedagogía por objetivos; distanciándose cada vez más de la función socializante de la medicina y las profesiones afines, por ausencia de procesos de aprendizaje, cuyo interés este más centrado en la emancipación del ser; en su dimensiones física, sociocultural y espiritual, más centrados en la salud y su relación con el mundo de la vida, en los planos individual y colectivo, que en la enfermedad (8).

**Entre competencia técnica y acción humana solidaria: ¿Una visión ontológica para mirar la perspectiva artística en la praxis médica?.**

Entre competencia técnica y acción humana, existe una tensión esencial en el campo que ubica la práctica entre las ciencias médicas y la salud. El patrón social dominante en la formación profesional y la práctica de los trabajadores del área de la salud se ha visto inclinado de un modo demasiado parcial hacia el aspecto técnico, que genera relaciones cada vez más mecánicas e impersonales. Quizá haya que considerar esta cuestión como un gran desafío al pretender ponderar qué tipo de práctica médica es más pertinente y coherente desde el punto de vista ético social.

Lo que confiere esa connotación de praxis a la práctica, es cuando adquiere un carácter reflexivo, consciente. En el médico esta característica remitiría a pensar en la acción de personas de buena voluntad, deseosas de servir, de comunicar y relacionarse entre sí, desde una escucha analítica comprensiva, y no sólo desde el suministro mecánico de datos, información y opiniones sobre realidades construidas por los equipos electrónicos y las tecnologías de imágenes.

Precisamente en el campo de la técnica, resultan claves conceptos como el de certificación de calidad, gestión de calidad, eficacia. En una carrera de competencia creciente que, como es lógico, hay que dominar para no quedar excluido. La rivalidad por obtener mayor confianza del paciente, así como por lograr un mayor prestigio público y reconocimiento gremial, parece percibirse de un modo pragmático, más como la ubicación en un status de especialización que se refleje en el dominio de información actualizada y el manejo de nuevas tecnologías.

Pero la preguntas sobre ¿cómo se logra realmente la confianza profesional? debiera ir de la otra mano, con la pregunta sobre ¿cómo ganar el amor o la amistad que solía profesar el paciente por su médico? De igual manera cabe la pregunta ¿qué hace realmente el médico por la salud -no contra la enfermedad- y por el logro de una vida digna?, pues la calidad se mide es en función de cuanto logra en enfrentar ciertos tipos de enfermedades, la cuestión de la calidad, el prestigio y la aceptación, más allá de esa función técnica queda falseada.

El problema no es qué tiene que hacer el médico para ganar la confianza del paciente, sino qué hace un médico, o mejor, cuál es la característica que hace al médico acreedor de una confianza sin reservas por parte de los pacientes. Aristóteles hubiera contestado: el ejercicio de la virtud o, mejor todavía: el ser virtuoso (13). Las oportunidades se centran en el trato personal, que continúa siendo el núcleo central de la relación médico-paciente, y el rescate de la intersubjetividad en la práctica, bajo la noción ontológica, ética y jurídica de la persona, que coloca al otro en una relación de iguales, que reconoce el carácter no alienable de su dignidad.

Desde luego, este no es el momento para lograr un desarrollo sobre cual perspectiva ética conviene más en el actual contexto socio político mundial y venezolano, pero por ejemplo: algunos autores, grupos sociales e incluso movimientos nacionales o de multinaciones parecen conceder grandes perspectivas a futuro, a una especie de ética comunitaria más que a una ética de alcance individualista. Con la mirada puesta en formas de construcción de ciudadanía, de promoción de la participación social comunitaria, y el cultivo de una conciencia sociohistórica -el reconocimiento de la situación de salud con miras a contribuir en su transformación- como plataforma para lograr un cambio cultural generacional, que pueda expresarse en una estructura cívica, espiritual y moral intersubjetiva de convivencia solidaria, aun en estos tiempos de grandes crisis y transiciones.

Esas son fuentes de tensiones que parecen estar requiriendo un profundo análisis y un debate amplio, para poder comprender entre otras cosas, las frecuentes disociaciones que se producen entre lo que se dice y lo que se hace; fuente importante de deslegitimación del discurso teórico en el discurso de la práctica, un problema de tipo ético filosófico. Tendría que privar la intención de superar la instancia utilitarista y consecuencialista, que no reflexiona los principios éticos de los códigos deónticos.

El sistema educativo, también requiere reconocerse en su proceso de naturaleza política, como proceso dialógico, generador de relaciones humanas y actitudes. El destacado maestro venezolano Prieto Figueroa, resume el pensamiento pedagógico que la idea del fin en educación procede de la idea del hombre. Una vez concebido el hombre dentro de un sistema filosófico cualquiera, se plantea como debe ser educado para que pueda alcanzar el pleno desarrollo de sus virtualidades físicas y mentales. Es decir se fija in fin o para qué (14). O sea que el problema fundamental está en la concepción filosófica, en la visión ontológica que se tiene del ser que se quiere formar para ejercer una acción social en la práctica, en los propósitos genuinos que le inspiran.

Dependiendo de la dirección filosófica que se siga, se asumirá una determinada actitud y se expresará una intencionalidad en la acción educativa y en la práctica profesional que ella reproduce. Por ejemplo, la actitud de quien asuma ante la vida y la salud una perspectiva de cambio social, en correspondencia con una concepción dialéctica de la realidad, se identificará con la mirada crítica de los fenómenos y los procesos, que relativiza las verdades y aspira que los dogmas o postulados con pretensiones de absolutos inamovibles, den paso a otras

opciones y saberes más acordes las cualidades emergentes del dinamismo de los sistemas sociales. En cambio, quien asuma una concepción evolucionista dentro de un orden establecido o un principio de organización social tradicionalmente existente, quizás mirará más los hechos que los procesos, encontrándole sentido en la forma que se han dado dentro de ese orden, en una mayor identificación con la idea de estabilidad de los sistemas.

Hay ante nosotros un enorme desafío, incluso una contradicción, en la implementación práctica de una medicina cada vez más cercana a la comunidad, y de mayor participación comunitaria, y la implementación al mismo tiempo de una medicina que maneja tecnologías más complejas (15). De la concepción que se tiene de la salud en una sociedad, dependerá también sobre que ideales y tareas se orientan la educación, las acciones y la participación.

El saber en salud y los presupuestos del discurso de la ciencia moderna soportan las tendencias de la orientación funcionalista y tecnocrática de la salud, modelando unas políticas y unas prácticas marcadas por el enfoque curativista, preventivista, biologicista, cientificista e individualista; bajo un enfoque fragmentador del ser humano, donde además, lo social paso a ser considerado algo externo al proceso salud enfermedad (15). Quedan también en un plano secundario los aspectos subjetivos, así como la autodeterminación del paciente, pues estos surgen de la visión de desarrollo sociocultural.

Rescatar la subjetividad, representa una base epistemológica fundamental de transformación y superación en la concepción de la salud pública. Samaja (16 ), apuesta por una pluralidad de la subjetividad, integrada ésta por subjetividades familiares, comunitarias, societales, estatales. Frente a una tendencia a permanecer apoyando el profesionalismo sobre las bases que le confiere una ética acomodaticia, adecuada a una visión naturalista y técnica del mundo, y a una visión de éxito reflejada en el prestigio de la súper especialización, bajo el respaldo de una supuesta fundamentación moral autónoma. La nueva ética médica parece estar desafiada por el surgimiento de una ética de la convivencia, una ética de la solidaridad. En ese sentido se visualiza el surgimiento de una nueva ética médica Latinoamérica (17).

**A manera de cierre provisional. Queda abierto el diálogo.** ¿Cómo valoramos la Medicina: es una Ciencia, una Técnica, un Arte, una Profesión? Nos indicará el alcance que podemos atribuirle a la práctica. Es un punto de tensión en el cual ha sido poco el debate dado, hay análisis muy contradictorios, pero otros muy inspiradores, con interesantes afirmaciones sobre la medicina como profesión. Para una mejor comprensión habría que detenerse en mirar los saberes que distinguió Aristóteles, al hablar los tipos de conocimiento, para entender las relaciones entre ciencia, técnica, filosofía y arte, en la práctica médica.

En principio se trata una acción social, que es una actividad humana para seres humanos. Que ha sido objeto del análisis hermenéutico como práctica social y como discurso desde muchas disciplinas. Como se señaló, este interés ha generado diversas interpretaciones que han

terminado criticándola más como una profesión de corte científico. El cuestionamiento se ha enfocado más en señalar las deficiencias en las que se inscribe el médico en su acción social (1). Sin embargo en el análisis socio crítico del trabajo de profesionales y técnicos en el área a salud, es necesario partir de reconocer que *se trata de profesiones muy nobles y abnegadas*, en las cuales se encuentra frecuentemente personas con espíritu de servicio y amor al prójimo, que desempeñan su trabajo en ambientes de gran tensión y conflictividad.

En los espacios de la formación de los recursos humanos, existe una tensión frecuente entre las demandas de los pueblos y de las transformaciones socio históricas, las necesidades sentidas por los actores, lo que aspiran los docentes y lo que finalmente se decide en materia curricular. Entre lo que desde distintos sectores se ha visualizado, desde las experiencias acumuladas en sus departamentos o unidades educativas, como cambios deseables en los niveles macro, meso y micro, y lo que se aprueba desde una perspectiva disciplinar normativa. Hablando desde el marco de una visión del currículo como cultura, como reflexión filosófica y como base para la construcción de un proyecto de vida profesional, en coincidencia con quienes conciben a *la pedagogía como reflexión sobre las prácticas educativas* (18).

Existe una tensión esencial, por la necesidad de un nuevo pensamiento pedagógico. ¿El rescate de la dimensión artística de la práctica médica, reclama la promoción de un paradigma estético? Requerimos una pedagogía crítica y comprometida, o quizás un pensamiento pedagógico como plantea Muro, que propicie la construcción de sentidos signados por el imperativo de lo sensible, teniendo como condición de entrada, poner en sospecha todas las categorías fundantes desde donde se construyó y significó el conservador, tradicional y rígido saber moderno (19).

*¿Ciencias de la Salud o Ciencias Médicas?* Es otro debate pendiente y una tensión epistemológica esencial en la formación profesional en salud. Que las facultades se denominen Ciencias de la Salud, no garantizan que la concepción ni los procesos se orienten al aprendizaje de la salud. Los médicos sabemos algo de la enfermedad pero quizás debiéramos reconocer que sabemos muy poco de salud.

Estas tensiones claman por un debate abierto y participativo sobre las *concepciones filosóficas* que nutren el subsistema de Educación Superior Médico y sobre los *cambios curriculares* que se implementan en la formación en el área de las ciencias médicas. *Una apertura a la discusión con voluntad de escucha*, acerca de los modelos, las estructuras y procesos de aprendizaje, sus potencialidades y sus insuficiencias.

*La Pérdida de Sentido Histórico en la Práctica Médica Moderna*, es otro nudo de tensión ubicado en la crisis de sentido de la ciencia moderna – no como crisis de su cientificidad, sino de su pertinencia social, que incluye a la práctica médica moderna, pues esta se sustenta en fuertes bases de racionalidad científico técnica, que como razón médica ilustrada y tecnológica, instrumentaliza la acción social médica.

La *responsabilidad social del médico* dentro de acelerados procesos de transformación, le plantea nuevas obligaciones ante los colectivos, y también asumir su cuota de responsabilidad ante las políticas públicas. El debate ético político en la universidad requiere incluir el tema de las políticas sociales, la salud como derecho e impulsar una gestión de la diversidad y la convivencia; requisito para el reconocimiento de los otros como iguales y para el progreso en la pluralidad de las ideas.

En una cultura como la nuestra, impregnada por una imagen científica y técnica del mundo, la dirección que siguen los modelos educativos, los enfoques discursivos que se construyen sobre la formación profesional y las prácticas, y las decisiones académico administrativas que se tomen, recaigan inevitablemente en los defensores de una visión del mundo según la cual más allá de los hechos observables, experimentables, de facticidad empírica y de racionalidad objetivista tecnocratizante y factorializadora; no existe nada real y, por tanto, tampoco nada nuevo por saber o incorporar a los procesos. Esto produce fuertes tensiones epistemológicas y limita las opciones al diálogo de saberes, que pudiera enriquecer notablemente la realidad vivida.

La propuesta es por una ontología más integradora, que reconozca en el ser una realidad compleja, una nueva semiótica social que pueda brindar las bases para construir una visión transdisciplinaria, multidimensional, compleja y solidaria, incorporando nuevas dimensiones epistemológicas, que se aproximen al ser y a sus circunstancias de vida y convivencia; humanizar los saberes y las prácticas en salud. Abriendo así, las posibilidades a nuevos procesos de aprendizaje social contextualizados a los desafíos de la salud colectiva y a las realidades de Venezuela y Latinoamérica. Ensanchando el campo de acción y de visión del ser médico en la salud pública, mirando hacia una integralidad alternativa, en el sentido que plantea Granda (20), más allá del enfoque globalizador tradicional, una idea de integralidad que reclama la necesidad de visualizar un mundo vivo y en constante auto organización y autopoyesis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez, R. La medicina: Una Profesión. *Afectio Societatis*. Revista Electrónica del Dpto. de Psicoanálisis. Universidad de Antioquia. Colombia. Junio 1999; 4.
2. De la Fuente, L. & Messina, L. Bajos Fondos del saber. La arqueología como método en Michel Foucault. *Revista Litorales*. 2003; 2 (2): s/p.
3. Moreno Olmedo, A. El Aro y la Trama. *Episteme Modernidad y pueblo*. Centro de Investigaciones Populares: Caracas. 1995.
4. Pacheco, E. & Canelones, P. *Pensamiento Alternativo en Salud II*. Cuadernos de Postgrado UCV. 2001; N.16:1.
5. Sarmiento, L. *Teoría Crítica. Un paradigma sistémico*. Documento especial. Ediciones desde abajo. 2009. [Documento en línea] [Consultado, 2010, 04-15] Disponible en: [www.desdeabajo.info](http://www.desdeabajo.info).
6. Lacan Jacques. *Psicoanálisis y medicina* (versión completa de 1966), en *Intervenciones y Textos*. Ediciones Manantial: Buenos Aires. 1985.

7. Sosa, G. Bases ético-filosóficas de una propuesta de formación Médica para una Praxis Sociosanitaria Oportuna en Venezuela. Revista Comunidad y Salud. Edición Especial. Suplemento. 2008; 6 (1): 16-25.
8. Sosa, G. Un médico más cercano al hombre y a la salud. La formación para la praxis desde una perspectiva sociocrítica. Clemente Editores: Valencia. 2008.
9. Calvo, M. La Ciencia en el Tercer Milenio. Desafíos, direcciones y tendencias. Mc Graw Hill: Madrid. 1995.
10. Morín, E. Ciencia con Consciencia. Antropos: Barcelona. 1984.
11. Parsons, T. El Sistema Social. Biblioteca de política y sociología. Ediciones de la Revista de Occidente: Madrid. 1966.
12. Gadamer, H. Verdad y método. Fundamento de una hermenéutica filosófica. Sígueme: Madrid. 1984.
13. Hans, T. De Hipócrates a Kevorkian: ¿hacia dónde va la ética médica?. Viena: Instituto de Antropología Médica y Bioética. 2000; 7 (1):71-80.
14. Prieto, L. B. Principios generales de la Educación. Monte Ávila: Caracas. 1985.
15. Almeida, N. A. Crise de Saúde Pública e a Utopia de Saúde Colectiva. Casa de CualidadesBrasil: salvador de Bahía. 2000.
16. Samaja, J. Epistemología de la salud. Lugarnos: Buenos Aires. 2004.
17. Drumond, J. O. Ethos médico: a velha e nova moral médica. Unimontes: Sao Paulo. 2005.
18. Sacristan, G. El curriculum una reflexión sobre la práctica. Novena Edición. Moratas: Madrid. 2007.
19. Muro, X. Un pensamiento pedagógico signado por el imperativo de lo sensible. Revista Educación y Ciencias humanas. 2005; 23: 24-25.
20. Granda, E. La Salud y la Vida. Volumen 1. ALAMES: Quito. 2009.



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
CONSEJO DE DESARROLLO CIENTÍFICO, HUMANÍSTICO Y TECNOLÓGICO (CDCH)  
Valencia - Venezuela



*El Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la Universidad de Carabobo (CDCH) es el organismo que se encarga de administrar el presupuesto destinado a la actividad de investigación en todos los campos de las ciencias exactas, aplicadas, sociales y tecnológicas.*

**Las modalidades de subvenciones se hacen bajo las siguientes áreas:**

- Ayudas menores para la realización de Tesis, Trabajos de Pre y Postgrado.
- Proyectos individuales y grupales.
- Equipamientos institucionales.
- Organización de eventos institucionales e interinstitucionales.
- Asistencia a eventos nacionales e internacionales.
- Publicaciones de periódicos y libros.
- Publicaciones de artículos en revistas especializadas.
- Entrenamientos cortos a personal de investigación.

Dirección CDCH: Av. Bolívar Norte, C.C.P. Camarucó, piso 11. Valencia, Edo. Carabobo. Teléfonos: (0241) 823.9414 - 823.6735 - 821.9137