

# Éthos médico

---

Las significaciones imaginarias  
de la profesión médica en México







ÉTHOS MÉDICO  
Las significaciones imaginarias de  
la profesión médica en México

DR © 2004 Verónica Gil Montes  
ISBN: 970-31-0392-8

Primera edición: 29 de noviembre de 2004  
DR © 2004 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad  
Xochimilco  
Calzada del Hueso 1100, col. Villa Quietud, México, DF.,  
cp. 04960.

Diseño de interiores, tapa y composición tipográfica:  
*Estirpe, concepto e imagen, 57613385 y 55888033*

Cuidado de la edición: *Ricardo Bonilla*

Impreso en México / *Printed in Mexico*



ÉTHOS MÉDICO  
Las significaciones imaginarias de  
la profesión médica en México

Verónica Gil Montes



Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco

**MMIV**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

Luis Mier y Terán Casanueva  
*Rector general*

Ricardo Solís Rosales  
*Secretario general*

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

Norberto Manjarrez Álvarez  
*Rector*

Cuauhtémoc V. Pérez Llanas  
*Secretario*

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

Arturo Anguiano Orozco  
*Director*

Iris Santacruz Fabila  
*Secretaria Académica*

COMITÉ EDITORIAL DE LA DCSH

Gisela Espinosa Damián

Jaime Aboites Aguilar / Gerardo Ávalos Tenorio  
Nicolás Cárdenas García / Luciano Concheiro Bórquez  
Sofía de la Mora Campos / Arturo Gálvez Medrano  
Salvador García de León C. / Miguel Ángel Hinojosa Carranza  
Elsie McPhail Fanger / Virginia Méndez Aldana  
Maricela Adriana Soto Martínez

# Índice

Introducción .....	xi
<b>Las ciencias sociales y sus vínculos</b>	
<b>con la disciplina médica</b> .....	1
Estudios sociales sobre	
la disciplina médica en México .....	8
Estudios históricos .....	10
Estudios de género .....	15
Estudios sobre la crítica al Modelo	
médico hegemónico y a las	
reformas sobre seguridad social .....	26
Los terrenos de la medicina	
y la psicología social .....	31
<i>Éthos médico</i> .....	37
<b>Formas de mirar el pasado</b> .....	45
Génesis de la medicina, un pasado	
que da sentido al presente .....	48
Construcción de los espacios .....	54
La profesión médica y sus prácticas .....	57
La profesión médica, su historia en México	64
Los espacios de la práctica médica .....	66
<i>La institución escolar</i> .....	67
<i>La institución hospitalaria</i> .....	72

<b>La construcción del <i>éthos médico</i></b> .....	85
La escuela y el hospital: espacios de construcción simbólica .....	90
Un espacio para observar: la consulta externa ...	96
<i>La región de lo público</i> .....	96
<i>La región de lo privado</i> .....	98
<i>La región de lo íntimo</i> .....	103
<b>Breve panorama sobre el estado de la disciplina médica en México y la construcción del <i>éthos médico</i></b> .....	109
La salud en el contexto actual .....	117
La construcción del <i>éthos médico</i> en el contexto actual .....	123
<b>Síntesis</b> .....	129
<b>Bibliografía</b> .....	135

*Con cariño y en mi corazón siempre  
a mi padre  
Dr. Juan Montes Zavaleta  
y a mi primo  
Dr. Ramiro Zárate Montes*



## Introducción

**L**A MEDICINA HA ESTADO PRESENTE en la historia de la humanidad, ya sea como un arte o disciplina científica; las prácticas curativas establecidas en civilizaciones tan antiguas como Egipto, Mesopotamia o Mesoamérica establecían ciertos lineamientos de orden social, con los cuales se atribuía el poder de la cura a los sacerdotes o aquellos que contaban con un don especial; dicha atribución derivaba de la conjunción que existía entre aspectos mágico-religiosos y conocimientos empíricos; cabe precisar que en el Oriente, en países como China, India o Japón la concepción sobre el conocimiento médico se transformó, dando origen a una noción distinta sobre el arte de la cura, ya que predominaba la idea de un equilibrio constante entre los procesos de salud-enfermedad y la naturaleza.

A partir del desarrollo de la medicina como ciencia, se establecieron diversas estructuras de orden social, con lo cual se originó una serie de mecanismos que han orientando y establecido los lineamientos y normas del saber médico. Seguramente no me equivocaré si afirmo que todos, en algún momento de nuestras vidas hemos tenido que someternos a la mirada médica,

ya que la institución médica está presente en nuestro diario acontecer. A partir de ésta se han marcado formas de comportamiento y maneras de significar el mundo que nos rodea. Nacemos, nos desarrollamos y morimos bajo los lineamientos establecidos por dicha ciencia.

En la construcción de la medicina como ciencia y disciplina se han involucrado aspectos humanos, éticos y científicos; por tal motivo, al tratar de acceder a su estudio y análisis se deben de considerar aquellos lugares y actores que posibilitan el desarrollo de la ciencia médica: las escuelas de medicina, los hospitales, los pacientes, las enfermeras, los médicos, sólo por nombrar a algunos. Estas figuras centrales del conocimiento médico, así como las instituciones que sostienen a la medicina se han percibido y formado de distintas maneras con el correr de la historia, transformándose a través del tiempo, variando según la época y tipo de sociedad, resultando así distintas formas de percibir a la disciplina médica.

Del estudio sobre el campo médico se han encargado disciplinas como la sociología, antropología y psicología. Las investigaciones al respecto han privilegiado aspectos sobre la relación que existe entre las enfermedades y la población o las prácticas médicas; pero poco se ha indagado acerca de la construcción de la medicina como profesión, no me refiero sólo a la construcción histórica de la disciplina médica, sino a una reflexión que nos lleve a pensar cómo a lo largo de la historia el médico ha ocupado un lugar de poder y de privilegio en las sociedades, es decir, ¿cuáles son las producciones imaginarias que dan significado y sentido al médico?, ¿cuáles y cómo han sido las formas rituales en las que el profesional del saber médico se instituye?, ¿cómo se construye el *éthos médico*?

Estas preguntas llevan a plantear el objeto de la investigación que presento: conocer sobre esas construcciones imaginarias que constituyen el *éthos médico*.

Entiendo al *éthos* como los diferentes valores, sentimientos, comportamientos comunes que dan fisonomía específica a determinada cultura y un sentido de pertenencia a ella. Geertz menciona que “el *éthos* de un pueblo es el tono, el carácter y la calidad de su vida, su estilo moral y estético, la disposición de su ánimo; se trata de la actitud subyacente que un pueblo tiene ante sí mismo y ante el mundo que la vida refleja”.<sup>1</sup>

Es importante indagar sobre las formas en que los médicos como profesionales y como gremio construyen esas prácticas sociales que los cohesionan y caracterizan; teniendo tras de sí toda una historia que los dota de sentido y significación. Por lo tanto, me he dado a la tarea de reconstruir la historia, principalmente en el contexto mexicano, de la profesión médica y reflexionar en torno a las producciones imaginarias que le dan sentido al *éthos médico* a partir de los espacios propios del ejercicio médico: la escuela y el hospital.

Para concretar el presente trabajo fue necesario acceder a ciertas herramientas metodológicas que permitieran interpretar el terreno de estudio. Ya que esta investigación es una constante de interpretativa de datos obtenidos por medio de fuentes bibliográficas y discursos de los actores.

Es importante recordar que un texto es un material discursivo, el cual puede ser: hablado, escrito o actuado (aquello que observamos).<sup>2</sup>

<sup>1</sup> C. Geertz, 1987, *La interpretación de las culturas*, FCE, México, p. 118.

<sup>2</sup> M. Beuchot, 2002, *Perfiles esenciales de la hermenéutica*, UNAM, México, p. 36.

Para obtener los datos necesarios para la investigación fue necesario utilizar herramientas metodológicas como la lectura y selección de material documental, la observación participante y las entrevistas, las cuales a la luz de disciplinas como la hermenéutica y la etnografía permitieron reconstruir e interpretar el material discursivo, es decir el texto que se produjo de mis diversas aproximaciones al terreno de estudio.

Los primeros acercamientos que se dieron con respecto a la medicina como ciencia y disciplina fueron: la revisión de materiales documentales y la incursión como observadora al terreno de mi interés: el hospital, lo que me permitió replantear mis preguntas de investigación. En relación con mis acercamientos iniciales sobre los materiales documentales, debo decir que realicé un estudio histórico sobre la seguridad social, sus inicios en Europa y en nuestro país, lo que me permitió familiarizarme con la historia de la medicina en México.

Respecto de la intervención en el terreno de estudio, éste se llevó a cabo en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta intervención consistió en un registro de observación y una serie de entrevistas a las doctoras y a pacientes en dicho hospital.

A partir de la recopilación de estos datos, mis primeros planteamientos sobre este tema fueron en relación con el binomio médico-paciente; la temática ha sido abordada por diversas disciplinas como la sociología, antropología y psicología; conforme avanzaba respecto a la construcción de mis preguntas de investigación, fui adquiriendo una serie de elementos teóricos que me permitieron indagar sobre los procesos de análisis en y de las instituciones.

Centrada en el análisis de las instituciones comencé a investigar sobre la institución hospitalaria; mi prioridad fue comprender el terreno al cual quería ingre-

sar: el espacio del saber médico. Ahora, la idea versaba *en realizar una labor propositiva, inacabada, sujeta a revisiones y ajustes provisorios... pensar sobre lo hecho y conocer con mayor precisión eso que como hecho deberá ser deshecho*,<sup>3</sup> es decir, elucidar un problema que me permitiera realizar una reflexión teórica de la disciplina médica desde la óptica de la psicología social.

Una segunda aproximación a los trabajos documentales sobre la disciplina médica permitió conocer el estado de los estudios que le vinculan con las ciencias sociales. Los documentos revisados versaban sobre los siguientes puntos: el problema de la cura, la salud, la enfermedad y sus procesos, aspectos históricos de la ciencia médica. Estos trabajos presentaban una forma de pensar y estructurar a la disciplina médica que poco a poco hacía respecto de mis interrogaciones, por lo tanto se realizaron nuevos planteamientos de investigación. Debo decir que el presente trabajo, como todo proceso de formación, obligadamente conlleva a ciertos movimientos afectivos y cognitivos, conscientes o no, respecto de aquello sobre lo que se quiere indagar; por tal motivo, no es de sorprenderse que las preguntas sobre la investigación de la que ahora doy cuenta se hayan transformado. Finalmente el objeto último de este proceso es una constante de interrogación, la cual se modifica a partir de los acercamientos e indagaciones en el terreno de estudio.

Una vez replanteado el propósito de mi investigación, comencé a indagar en los textos consultados sobre "el modo de ser", el *éthos médico*. Una gran parte del presente trabajo deriva de las revisiones bibliográ-

<sup>3</sup> Cita tomada de: J.C. De Brasi, 1986, "Elucidaciones sobre el ECRO", en lo Grupal 4, Argentina, Búsqueda, Cfr. A.M. Fernández, 1994, *El campo grupal. Notas para una genealogía*, Nueva visión, Buenos Aires, p. 18.

ficas tanto de textos históricos como de otros que permiten reflexionar acerca del tipo de estudios que se realizan sobre la medicina desde un contexto social. Los libros utilizados permitieron un proceso interpretativo. Beuchot menciona que: "...lo primero que surge ante ese dato que es el texto, es una pregunta interpretativa, dicha pregunta es siempre con vistas a la comprensión. ¿Qué significa este texto?, ¿qué quiere decir?, ¿qué me dice a mí?",<sup>4</sup> por lo tanto, existió una constante de interrogación que apuntaba a tratar de comprender las significaciones imaginarias que a lo largo del tiempo se han construido sobre el profesional del saber médico, principalmente en nuestro país. La revisión de este material bibliográfico permitió reconstruir y recabar una serie de datos en dos contextos importantes que constituyen al profesional de la medicina: la escuela y el hospital.

Otro aspecto a considerar que ya ha sido mencionado, fue la incursión al terreno de investigación, que se llevo a cabo básicamente en dos espacios: el hospital y la escuela. El objetivo de esta forma de intervención fue permitir otro tipo de texto para interpretar, e incluso permitió establecer una manera de presentar datos para el análisis del hospital: la clasificación del espacio de consulta externa en un hospital de zona.

Recopilar datos y producir un texto de análisis a partir de la observación participante y la realización de entrevistas, permite establecer una incursión directa al terreno de estudio, lo que en algunos momentos presente problemas que se tienen que resolver día con día y muchas ocasiones esto influye en las formas de

<sup>4</sup> Cfr. M. Beuchot, 2002, *Perfiles esenciales de la hermenéutica*, UNAM, México, p. 19.

replantear el problema de investigación, así encontramos problemas ya conocidos como son la falta de tiempo para llevar a cabo algunas entrevistas, la poca disposición del personal que trabaja en la institución para cooperar con la investigación e incluso se corre el riesgo de que la institución dirija la investigación en términos de sus propias necesidades. Es interesante observar que si bien el presente caso trata de un hospital, sucede igual en otras instituciones.

La intervención ya referida se realizó en un hospital de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el área de consulta externa y en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y consistió en la observación de las instituciones y en entrevistas a doctoras, pacientes y alumnos de medicina.

Es importante mencionar que se presentó la oportunidad de estar en el consultorio cuando se realizaba la consulta externa, observar cómo se recibía a los pacientes, qué se les preguntaba, cómo se les examinaba y conocer su diagnóstico.

Ahora bien: a las aproximaciones que se realizaron con aquéllos que laboraban en el hospital, en un primer momento las he llamado entrevistas, pero me parece pertinente llamarlas relatos, ya que éstos proporcionan información de primera mano sobre aspectos no visibles en la institución; los relatos pueden ser sustraídos ya sea de pláticas informales o mediante entrevistas concertadas en las que se tienen establecidas una serie de preguntas para esclarecer la situación en el hospital.

Los textos y el análisis de los mismos, obtenidos tanto de la observación como de las entrevistas, fueron un apoyo para la redacción final del trabajo, y se utilizaron como referencias testimoniales que pretenden con-

firmar los elementos teóricos que se plantean en la investigación, se han utilizado como una parte de apoyo para poder relevar algunas significaciones que se han construido sobre el *éthos médico*, las cuales aparecen en esta investigación como una forma de ejemplificar la construcción de símbolos, mitos y relatos que permitan poner de manifiesto el *éthos médico*; es decir, relevar el estatus discursivo; por tal motivo los datos obtenidos no se presentan con estricto rigor metodológico, lo cual no quiere decir que el trabajo de campo sea menos importante y carezca de sustento metodológico.

De ninguna manera se pretende generalizar lo que se presenta en este trabajo, ya que es necesario aclarar que es una investigación de caso, es decir, que se llevó a cabo en un lugar con situaciones y características específicas, pero considero que las aportaciones de la investigación permiten una aproximación sobre las formas en que se ha significado el ser médico a lo largo de la historia y en la actualidad.

El presente volumen se articula en diversos apartados; partiendo de la reconstrucción histórica y de las diversas significaciones del hacer-ser del médico, y se pretenden conocer las producciones imaginarias que dan sentido al profesional médico.

En el primer apartado: "Las ciencias sociales y sus vínculos con la disciplina médica", se ha estructurado una visión general sobre los orígenes de los estudios sociales y la medicina e igualmente se estructura un panorama sobre las investigaciones realizadas al respecto en México, lo cual contempla los estudios históricos, de género y las recientes discusiones sobre las reformas a la seguridad social; finalmente se plantea la pertinencia del estudio sobre la medicina desde la psicología social.

En el segundo apartado: “El *éthos médico*” se pretenden dar los elementos que constituyen al *éthos* como una herramienta de análisis para acceder al conocimiento sobre el hacer-ser del profesional médico.

“Las formas de mirar el pasado”, tercer apartado de este trabajo, reconstruye tanto la génesis teórica y social de la medicina y en particular las formas en que se ha estructurado dicha disciplina en nuestro país.

En el cuarto apartado: “La construcción del *éthos médico*”, se pretende dotar al lector de los elementos necesarios para reflexionar sobre las formas en que el *éthos médico* es instituido dando identidad al gremio médico por medio de los espacios de construcción simbólica como son la escuela y el hospital. Se privilegia de cierta manera a la institución hospitalaria, ya que en ésta, la práctica médica adquiere sentido respecto de los imaginarios que se vinculan con el hacer-ser médico.

Por último, en el quinto apartado de este trabajo: “Breve panorama sobre el estado de la disciplina médica en México y la construcción del *éthos médico*”, se da cuenta de las producciones de sentido: mitos, formas rituales, normas, así como de los procesos de institucionalización que han construido al *éthos médico* en el panorama social y político de México.



## Las ciencias sociales y sus vínculos con la disciplina médica

**D**URANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS de los cincuenta en países como Estados Unidos y el Reino Unido, la perspectiva sobre la investigación en medicina se modificó; investigadores con una formación social, principalmente historiadores y sociólogos, incursionaron en el campo de estudio de la medicina. Estas investigaciones contribuyeron al desarrollo de la llamada medicina social. En los setenta, debido a la reestructuración de las políticas de salud en los países antes mencionados, la vinculación entre las ciencias sociales y la ciencia médica comenzó a tener mayor relevancia al reconocer los aportes que desde una perspectiva social se podrían realizar para resolver los problemas que se presentaban con los usuarios de los sistemas de salud.

La investigación social en el campo de la medicina inició a partir de diversos trabajos que fueron recuperando la reconstrucción y el devenir histórico de la ciencia médica. Uno de los autores clásicos e importantes en esta rama fue Henry Sigerist, historiador suizo que escribió en 1956 *Hitos en la historia de la salud pública* y en 1959 *Historia y sociología de la medi-*

cina;<sup>1</sup> sus trabajos contribuyeron al estudio de la profesión médica y a la relación entre la enfermedad y la ocupación del enfermo; por tal motivo, Sigerist ha sido considerado como el primer autor en exponer las relaciones de la práctica médica y las condiciones sociales. Sus investigaciones marcaron de manera importante al desarrollo de los estudios sobre epidemiología social.

Sociólogos como Koos, Goss y Reader incursionaron también en el estudio del campo médico. En 1954, Koss realizó una serie de estudios que analizaban la vinculación entre las clases sociales menos privilegiadas y los servicios de salud, concluyendo que en estos estratos sociales se presentaba un mayor número de enfermedades y tenían menores formas de acceder a los servicios de salud. Las contribuciones de Goss y Reader en 1956 tuvieron como eje principal la reflexión sobre relación médico-paciente.<sup>2</sup>

En 1957, Robert Straus publicó en la *Revista Americana de Sociología* un artículo titulado "The nature and status of medical sociology",<sup>3</sup> con lo cual se abrió un campo extenso de investigación en dos vertientes básicas: la primera correspondía a los estudios relaciona-

<sup>1</sup> Véase las reediciones: H. Sigerist, 1974, *Historia y sociología de la medicina*, Bogotá, Gustavo Molina (ed.) y H. Sigerist, 1990, *Hitos en la historia de la salud pública*, Siglo XXI editores, México.

<sup>2</sup> E.L. Koos, 1954, *The health of Regionville, what people thought and did about it*, Nueva York, Columbia University Press; Goss Mew y G. Reader, 1956, *Collaboration between sociologist and physician social problems*, 4 julio, pp. 82-89; M.E. Goss, 1963, "Patterns of bureaucracy among hospital staff physicians", en: E. Freidson, (comp.), *The hospital in modern society*, the Free Press, Nueva York. Textos citados en la obra de H. Freeman, et al., 1998, *Manual de sociología médica*, FCE, México.

<sup>3</sup> R. Straus, 1957, "The nature and status of medical sociology", en: *American Sociological Review*, núm. 2, abril, pp. 200-204.

dos con el conocimiento sobre la población usuaria de los servicios de salud, el tipo de enfermedades, la falta de acceso a los servicios médicos y algunas formas de ayudar a disminuir problemas como desnutrición o enfermedades recurrentes como la gripa y la tos. Los estudios de la segunda vertiente se centraron en indagar sobre las instituciones hospitalarias, las organizaciones de salud y el personal que en éstas laboraba; al respecto, se realizaron investigaciones sobre el tipo de atención médica, productividad y excelencia de los trabajadores de la salud tanto en instituciones privadas como en los sistemas estatales de salud.

Un trabajo que muestra las líneas de investigación señaladas con anterioridad es una compilación realizada por Freeman, Levine y Reeder en 1963 titulada *Manual de sociología médica*,<sup>4</sup> destacan temas como: Salud y enfermedad, conducta individual y organizacional, política sanitaria y métodos de estudio de la sociología médica; entre los textos más importantes se pueden nombrar los siguientes: *Contribuciones de la sociología a la medicina*, por Patricia Kendall; *La evolución de la medicina social*, por Rosen; *La psicología social de la enfermedad*, por Howard Kaplan; *La epidemiología social de las enfermedades crónicas*, por Saxon y Reederel; *La organización de la práctica médica* por Freidson; *Corrientes en el empleo de los servicios de salud*, por Anderson; *Los métodos de investigación sociomédica*, por Patrick y Elison; *Relaciones entre paciente y médico*, por Bloom y Wilson; *Los médicos*, por Mechanic y *La naturaleza y organización de la práctica dental*, por Young y Cohen. En estos trabajos se puede apreciar la incorporación de un enfoque social a los problemas de salud, ya que se hizo

<sup>4</sup> Véase H. Freeman, et al. (comp.), 1998, *Manual de sociología médica*, FCE, México.

hincapié sobre algunos problemas relativos a la atención hospitalaria e incluso con las formas de investigación sobre salud, se trató de conceptualizar a los usuarios de los servicios de salud no como objetos, sino como sujetos, rescatando la importancia tanto de los tipos de tratamientos como de la población que acudía a estos servicios.

Textos como: *Los médicos; La naturaleza; Organización de la práctica dental* reflexionan en torno al desarrollo histórico de la profesión médica, la formación escolar, modos de organización y la imagen pública de la práctica médica; llaman la atención porque parece ser que el tema relativo a los encargados de la salud y el desarrollo de su práctica profesional, así como su formación escolar fue poco investigado en esta época.

Otros trabajos que contribuyeron a fortalecer los lineamientos establecidos por Straus fueron aquellos que cuestionaban el tipo de atención y la calidad del servicio médico; por ejemplo, en 1970 Hyman<sup>5</sup> realizó estudios sobre el descontento médico-social, basó su investigación en la frecuencia con que los usuarios de las instituciones de salud se quejaban del tipo de tratamiento médico que recibían.

Los estudios relacionados con la historia de la medicina volvieron a tener importancia gracias a los trabajos realizados por Coe, Rosen y Freidson a partir de los años setenta. Rodney Coe en su libro: *Sociología de la medicina*, menciona que su estudio: "Fundamentalmente, se centra en la atención sobre la interacción social: entre dos personas, el médico y el enfermo; entre grupos de individuos en un contexto organizacional, como

<sup>5</sup> M.D. Hyman, 1970, *Some links between economic status and untreated illness*, *Social Science and Medicine*, 4 octubre, pp. 387-389.

el hospital o la facultad de medicina; y entre profanos en la comunidad".<sup>6</sup> Coe reflexionó sobre temas como el campo de la sociología médica; la enfermedad y el enfermo; características de la enfermedad; la evolución histórica sobre la profesión y la práctica médica, así como la profesionalización de la disciplina médica y la historia sobre las instituciones sanitarias: la evolución y la estructura social del hospital moderno, los costos y la organización de los servicios médicos.

En 1974, Rosen escribió *De la policía médica a la medicina social*,<sup>7</sup> texto en el que trató temas relativos a la historia de la atención de la salud, especialmente respecto de la historia de los hospitales y el nacimiento del concepto sobre medicina social; por otra parte, Freidson, quien además de estudiar durante mucho tiempo el problema sobre los discapacitados y su relación con la medicina, es considerado un autor clásico en los estudios sobre la historia de la medicina, también fue uno de los primeros investigadores que centró su atención en la profesión médica y la construcción de ésta a partir de la historia.<sup>8</sup>

En los años cincuenta y finales de los setenta, las líneas de interés de las investigaciones sociales en el campo médico giraron en torno a temas como la relación de las enfermedades con el tipo de población que las padecía, enfermedades y factores de riesgo en poblaciones vulnerables (niños o ancianos); el número de usuarios de los servicios de salud, la calidad de la aten-

<sup>6</sup> R. Coe, 1973, *Sociología de la medicina*, Alianza Editorial, España, p. 11.

<sup>7</sup> G. Rosen, 1985, *De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, Siglo XXI editores, México.

<sup>8</sup> Véase E. Freidson, 1978, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento*, Ediciones península, Barcelona.

ción en las instituciones hospitalarias y la organización de los sistemas de salud, sólo por nombrar algunos. Es importante mencionar que por estos años se inició el debate entre lo que se ha conocido como la medicina liberal y la medicina estatal, lo cual derivó, en países como Francia, en otra vertiente de estudio: la seguridad social y la práctica de la medicina privada.

Los estudios citados hasta ahora son representativos de las líneas de investigación propuestas por Straus, mismas que han contribuido a realizar un reconocimiento de los aspectos sociales y culturales en la influencia de los procesos sobre salud-enfermedad, pero también han generado la construcción de instrumentos y técnicas de medición como son: encuestas, cuestionarios, pruebas, escalas de opinión, lo que permitió la clasificación y selección de la enfermedad, tanto de los enfermos, como de los trabajadores de la salud, transformando las relaciones sociales médico-paciente y las formas de atención de la salud en estadísticas. Estas líneas de investigación han guiado un gran porcentaje de los estudios sociales en los terrenos de la medicina durante los últimos 30 años.

Ya se ha mencionado que la sociología e historia fueron las primeras disciplinas que incursionaron en los terrenos de la medicina; sin embargo, recientemente otras disciplinas como la antropología y la psicología han contribuido de manera importante a ampliar el vínculo entre el campo social y el campo médico. A partir de los primeros cuestionamientos sobre lo social en el terreno de la medicina y los estudios realizados posteriormente desde diversas disciplinas, se generaron dos enfoques que permiten abordar los problemas de estudio en el terreno médico: el enfoque médico-social y el enfoque biomédico. Pero también al incorporarse nuevas disciplinas sociales se establecieron di-

ferentes tipos de abordaje metodológico que en síntesis se pueden concretar en dos posturas: la metodología cualitativa y la metodología cuantitativa.

Ante este panorama de posibilidades, las investigaciones que se realizan en la actualidad sobre el estudio de la medicina desde una perspectiva social versan sobre diversos tópicos como son el vínculo médico-paciente respecto de los procesos contratransferenciales, las formas de tratamiento y acompañamiento psicológico en enfermedades terminales, estudios demográficos y epidemiológicos en poblaciones que padecen enfermedades como cáncer, sida, tabaquismo, alcoholismo o enfermedades cardiovasculares, embarazo en adolescentes, investigaciones acerca de las variables del comportamiento en los procesos de salud-enfermedad en distintos ámbitos de la sociedad como el laboral, escolar, o en el hogar; estudios de género y problemas de salud, tipo de enfermedades y factores de riesgo en poblaciones vulnerables como son niños con desnutrición, población marginal, mujeres embarazadas; estudios sobre la calidad de la atención médica en las instituciones hospitalarias y sobre las pautas culturales de transmisión de la salud; así como lo relativo a salud mental o salud comunitaria, sólo por citar algunos. Recientemente, por ejemplo, los problemas sobre bioética han marcado una vertiente importante respecto del rumbo que han tomado las investigaciones sociales en la ciencia médica.

El panorama de intervención del campo social en el estudio de la medicina se ha ampliado considerablemente, tanto que se podría decir que los terrenos de investigación son infinitos, varían y se transforman constantemente según el desarrollo y las necesidades de cada sociedad.

## **Estudios sociales sobre la disciplina médica en México**

En México, los estudios referentes a la medicina retomaron las líneas marcadas por la sociología del conocimiento norteamericana; sin embargo, los procesos de recuperación respecto de la construcción de la medicina como ciencia se han apoyado en estudios históricos, los cuales en un principio fueron documentados por los médicos, pero poco a poco se ha relegado este trabajo a otras ciencias como sociología, psicología o historia. Los estudios relativos a medicina desde una perspectiva social en nuestro país se han concentrado en áreas de investigación como: los estudios de género, el análisis de las políticas públicas sobre salud, las reformas de seguridad social, organización y calidad de la atención médica.

Las áreas de investigación antes mencionadas se circunscriben a los estudios que se realizan en el marco de la salud pública, los cuales a su vez se pueden dividir en tres apartados: la investigación básica, que considera los factores biológicos en los mecanismos de los procesos de salud-enfermedad; la investigación clínica, la cual considera la participación de distintos actores de la sociedad, aunque se realiza por medio de métodos experimentales y la investigación en salud pública, que trata de generar conocimientos respecto de las condiciones de salud de la población en general.<sup>9</sup> Estos procesos de investigación obedecen a dos enfoques: el sociomédico y el modelo biomédico.

<sup>9</sup> Cfr. R. Pérez-Gil, 1992, "Investigación feminista en salud: ¿sobre o para las mujeres?", en: *Revista del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán*, año 3, vol. III, núm. 17, julio-agosto, México, p. 30.

Los discursos derivados de estos enfoques han estructurado los lineamientos de investigación sobre la medicina, construyendo así los discursos académicos y prácticos relativos a la ciencia médica. El enfoque sociomédico es representado principalmente por médicos como Julio Frenk, Daniel López Acuña e Ignacio Almada Bay y el enfoque biomédico tiene como figura central al doctor Ruy Pérez Tamayo. Cabe mencionar que si bien el enfoque biomédico se ha constituido en una guía para la investigación de "excelencia", difiere del discurso sociomédico, ya que este último se vincula de manera significativa con las políticas estatales. Aunque ambos enfoques tienen puntos de coincidencia pues reconocen las necesidades de la población menos privilegiada y de la población trabajadora, así como aspectos sociales y económicos del país, poco han hecho para modificar de forma significativa los vínculos entre las ciencias sociales y la disciplina médica.<sup>10</sup>

Muchos estudios que desde la perspectiva social se han realizado respecto de los terrenos de la medicina han privilegiado la investigación de corte biológico, contribuyendo en específico a la rama de la epidemiología social, con lo cual se favorece a los trabajos de corte cuantitativo, que se refieren al tipo y frecuencia de enfermedades, al número de pacientes atendidos, etcétera. Las técnicas de investigación que se uti-

<sup>10</sup> Véanse trabajos como: J. Frenk, 1994, "La salud de la población, hacia una nueva salud pública", en: *La ciencia desde México*, FCE, México; A. Córdova, et al., 1989, "El discurso académico sobre la salud en México", en: *Temas Universitarios*, núm. 13, UAM-X, México; E. Menéndez, 1978, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en: F. Basaglia, 1978, *La salud de los trabajadores*, Editorial Nueva Imagen, México; E. Menéndez, 1990, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Conaculta y Alianza Editorial Mexicana, México.

lizan son cuestionarios, encuestas, entrevistas cerradas y dirigidas. Este tipo de trabajos no son exclusivos de ninguna disciplina; existen diversos estudios que desde la psicología, la sociología o antropología que se han realizado siguiendo esta línea de investigación.

Durante la última década del siglo xx, en nuestro país se ha tratado de incorporar un nuevo enfoque sobre lo social en la disciplina médica, a partir de una visión interdisciplinaria que ha pretendido recuperar aspectos históricos, económicos, políticos propios de los sujetos inscritos en un contexto social determinado, ya sea en un espacio geográfico, un tiempo histórico o un sistema cultural. Este tipo de trabajos están considerados dentro de los estudios de corte cualitativo, los referentes teóricos se establecen a partir de diversas disciplinas sociales como la antropología, sociología o psicología social. Se utilizan técnicas como la entrevista a profundidad, la observación participante, entrevistas grupales, entre muchas otras.

El vínculo entre la investigación médica y social ha generado diferentes enfoques y a la vez privilegiado diferentes áreas de investigación; a continuación se presentan algunos trabajos que, desde las perspectivas de investigación antes mencionadas, han contribuido a establecer los ejes de estudio sobre los procesos médico-sociales en nuestro país.

### **Estudios históricos**

Los trabajos de investigación de corte histórico en el ámbito de la disciplina médica se iniciaron con los profesionales del ramo: los médicos, quienes trataron de reconstruir la historia de la medicina en nuestro país. Con el paso del tiempo y la profesionalización de las áreas de conocimiento esta labor fue relegada a los his-

toriadores; actualmente estos estudios son de la competencia de otras disciplinas que se han encargado de reconstruir esta historia desde distintas miradas teóricas. A continuación se presenta una semblanza de algunos trabajos, con lo cual se pretende dar a conocer el tipo de estudios realizados sobre la historia de la medicina en nuestro país; estos textos tienen importancia en la medida en que relatan cómo se construyó la disciplina médica por medio de la clasificación y el establecimiento de tratamientos de las enfermedades en distintas épocas. Los textos que se citan tratan de contextualizar y describir los procesos culturales, políticos, educativos, económicos por los cuales los médicos lograron un reconocimiento científico y social.

Fernando Ocaranza, médico de profesión y pionero en los estudios de corte histórico sobre la medicina, se dedicó a reconstruir la historia de la medicina en México, en tres obras que se pueden considerar, por lo menos para aquellos estudiosos de la historia médica, como clásicas: *Historia de la medicina en México*,<sup>11</sup> *La novela de un médico*, y *La Tragedia de un rector*;<sup>12</sup> obras que relatan la evolución de la práctica médica en nuestro país. En sus escritos, Ocaranza refleja aspectos de su vida personal como estudiante de medicina y como médico, reconstruyó una gran parte de la historia de la medicina en México en la época precolombina, el virreinato y hasta por lo menos la segunda mitad del siglo xx.

Otros textos considerados clásicos de los estudios de corte histórico fueron los realizados por Ignacio Chávez, que en 1947 escribió *México en la cultura mé-*

<sup>11</sup> Véase actual reedición: F. Ocaranza, 1995, *Historia de la medicina en México*, Conaculta, México.

<sup>12</sup> F. Ocaranza, 1940, *La novela de un médico*, Talleres Gráficos de la Nación, México; F. Ocaranza, 1943, *La tragedia de un rector*, Polis, México.

dica;<sup>13</sup> es importante mencionar tanto Ocaranza como Chávez, tuvieron como referente directo los trabajos realizados por Francisco Flores, que en 1888 escribió *Historia de la medicina en México*,<sup>14</sup> al parecer uno de los primeros documentos que se conocen en donde se plasman datos sobre los inicios de la medicina científica en nuestro país.

Existen otros escritos sobre la historia de la medicina como: *Hospitales y práctica médica en la Ciudad de México*,<sup>15</sup> *Hospitales y sociedad en la Ciudad de México del siglo XVI*,<sup>16</sup> *Las epidemias en la Ciudad de México (1761-1813)*,<sup>17</sup> *La población negra en México*.<sup>18</sup> Investigaciones de este tipo tienen sus antecedentes inmediatos en los trabajos realizados por autores considerados clásicos en el estudio de la historia de la ciencia médica, quienes se ocupaban propiamente del periodo de la Conquista y el desarrollo de la Nueva España; por ejemplo, Solominos publicó textos como: *Historia y medicina. Figuras y hechos de la historiografía médica mexicana* (1957), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, *La epidemia de Cocoliztli de 1545 señalada en un códice*; en los cuales se pueden apreciar relatos que dejan ver la importancia que tenía el control de ciertas enfermedades, el tipo de epidemias que se presentaban, y cómo

<sup>13</sup> I. Chávez, 1947, *México en la cultura médica*, El Colegio Nacional, México.

<sup>14</sup> F. Flores, 1888, *Historia de la medicina en México*, Secretaría de Fomento, México.

<sup>15</sup> H. Mercer, 1984, "Hospitales y práctica médica en la Ciudad de México", en: *Estudios sociológicos*, II: 2-3.

<sup>16</sup> M. Suárez, 1988, *Hospitales y sociedad en la Ciudad de México en el Siglo XVI*, UAM-A, México.

<sup>17</sup> D. Cooper, 1980, *Las epidemias de la Ciudad de México. 1761-1813*, IMSS, México.

<sup>18</sup> G. Aguirre Beltrán, 1981, *La población negra en México*, SEP, México.

éstas trastocaban a las sociedades desde el ámbito económico y social; los trabajos citados señalan la importancia del médico como el encargado de conocer las formas de disminuir los focos de infección de las enfermedades y mantener un control sobre éstas.

Otros autores como Fernando Justino o Francisco Fernández Castillo escribieron *El Hospital real de los Indios* (1939) y *La facultad de medicina según el archivo de la Real y Pontificia Universidad de México* (1963), respectivamente; algunos de estos textos se pueden consultar en una recopilación realizada por Florescano y Malvido, titulada *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*.<sup>19</sup> Estos textos dan a conocer cuáles eran las instituciones hospitalarias y cuál era la función de las mismas en términos de la regulación de la sociedad; también se puede apreciar el uso que las clases gobernantes hacían de las instituciones hospitalarias, cuyo fin, en muchos de los casos, era de confinamiento para las clases más desprotegidas.

Un rubro importante en la historia de la disciplina médica en nuestro país es el que compete a la seguridad social; los trabajos realizados al respecto permiten conocer la historia de las instituciones que han vigilado el establecimiento de las normas sobre salud pública; en este tipo de estudios se destacan los diferentes frentes de lucha de las clases trabajadoras en México para obtener una serie de derechos y beneficios, como son el derecho a la salud, las pensiones por vejez, antigüedad, invalidez, maternidad, sólo por nombrar algunos. La seguridad social aparece en este tipo de documentos como una instancia en la cual se concretan

<sup>19</sup> Florescano y Malvido (comp.), 1982, *Ensayo sobre la historia de las epidemias en México*, IMSS, México.

los ideales que se marcaron con la lucha revolucionaria. Algunos textos que se pueden citar al respecto son: *La seguridad social. Bases, evolución, importancia económica, social y política*; *La seguridad social en México*; *Salud pública y seguridad social*; *Sociología médica y devenir de la salud pública en México durante el siglo xx*.<sup>20</sup>

Otros estudios de corte histórico relativos a la medicina son aquellos que tratan sobre la práctica médica, que proporcionan datos de los médicos más prominentes de distintas épocas. *De lo escrito y leído*; *Médicos que engrandecieron a Puebla* y *El perfil del médico mexicano*<sup>21</sup> son textos que refieren la historia e institucionalización de la medicina a partir de sus prácticas y de la enseñanza de la misma en las distintas escuelas; estos trabajos presentan semblanzas de los médicos más prominentes en diferentes periodos históricos y sus aportaciones a la medicina.

<sup>20</sup> Véase M. García Cruz, 1955, *La seguridad social, bases, evolución, importancia económica, social y política*, IMSS, México; Coquet, B., 1964, *La seguridad social en México*, tomo 1, IMSS, México; Miguel E. Bustamante, 1969, "Salud pública y seguridad social", en: *Memorias del II Congreso de la Academia Nacional de Medicina*, vol. 1, Conferencias Magistrales, México D.F.; J. Gascón Mercado, 1975, *Sociología médica*, Francisco Méndez Oteo (ed.), México; M. Ortiz, 2000, *Devenir de la salud pública en México durante el siglo xx*, INSP, México. También pueden consultarse otros trabajos como: *IMSS 1943-1983, 40 años de historia*, IMSS, México, 1983; R. Uzcatogui, 1978, *Seguridad social, síntesis bibliográfica*, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias económicas y sociales, División de Publicaciones.

<sup>21</sup> Véase J. M. Torres, 1989, *de lo escrito y lo leído*, San Luis Potosí, UASLP, México; Contreras, R. Rodríguez, (comp.), 1997, *Médicos que engrandecieron a Puebla*, Secretaría de Salud del estado de Puebla, gobierno del estado de Puebla; A. G. Soberón, et al. "El perfil del médico mexicano", en: *Cuadernos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia*, núm. 8, SSA, México.

## Estudios de género

En México desde mediados de los setenta se ha incurrido en los estudios de género, los movimientos feministas aportaron categorías de análisis para reflexionar sobre el tema de la mujer, principalmente; se debe destacar que en la actualidad los estudios de género son aquellos que remiten a aspectos de lo femenino y lo masculino en nuestras culturas; desde esta línea de investigación se ha tratado de incorporar un cuestionamiento constante sobre aquellos problemas que se presentan en el campo de la medicina respecto de los procesos de salud-enfermedad en las mujeres y en los hombres. Las áreas de estudio que se han privilegiado a partir de esta perspectiva son: salud reproductiva, salud mental, sexualidad, salud ocupacional, morbilidad y mortalidad.<sup>22</sup>

Es pertinente aclarar que la mirada de género sobre el saber médico permite observar problemáticas que tienen repercusiones directas en la población, como son el tipo de trato que reciben hombres y mujeres respecto de la atención médica, las enfermedades de cada uno vinculadas a su forma de vivir, el impacto de la enfermedad que padecen en su ámbito familiar, el tipo de atención que necesitan; entre muchos otros factores que originan una forma de atención médica respecto del ser hombre o mujer; por tal motivo se deben conocer las investigaciones que se han realizado, para de esta manera proporcionar nuevos elementos de análisis. A

<sup>22</sup> El concepto de *morbilidad* se refiere al número proporcional de personas que enferman en una población y un tiempo determinado y el concepto de *mortalidad* se refiere al número de personas que mueren, ya sea por causas biológicas (enfermedad), por circunstancias socioeconómicas, como las guerras o por catástrofes naturales como los terremotos, inundaciones, etcétera.

continuación se presenta una breve semblanza de algunos trabajos realizados.

Existe una amplia gama de estudios sobre género y salud, tanto en comunidades muy pequeñas como en la población en general; trabajos de este tipo han intentado pasar la barrera de la mera observación y tratan de reflexionar sobre el tema de la salud incorporando aspectos sociales como la unidad familiar, la situación social y cultural, recabando para tal fin información mediante de entrevistas a profundidad, observación participante o algún tipo de trabajo comunitario.<sup>23</sup>

Otras investigaciones proporcionan información sobre aspectos demográficos e incorporan y relacionan ciertas variables como el número de hijos, situación económica, grado de estudios, situación laboral; la correlación que se establece entre las variables antes citadas y algunas otras, respecto de ciertas enfermedades, de los procesos de salud-enfermedad, así como de la atención médica en las instituciones de salud pretende, entre otras cosas, establecer un diagnóstico sobre la situación de la salud, y proponer algunos programas de atención en ciertas instituciones; por ejemplo, los estudios de corte cuantitativo generalmente se realizan en las instituciones públicas del sector salud, sólo por mencionar algunos se pueden citar: *La salud y la nutrición de las mujeres en México*, realizado por Pérez-Gil *et al.*, investigadores del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán; *Las condiciones de salud en las Américas. Salud de la mujer*, investigación financiada por la Organización Panamericana de la Salud, aunque también desde el ámbito académico se

<sup>23</sup> Los estudios de género y salud engloban un sinfín de procesos como los mencionados; por lo tanto, para llevar a cabo investigaciones de este tipo, es necesario utilizar tanto las metodologías cualitativas como las cuantitativas.

realizan trabajos con este tipo de metodología: *Actividad sexual y práctica anticonceptiva en estudiantes universitarios*, por Berenice Ibáñez.<sup>24</sup>

Un rubro importante dentro de los estudios de género y salud es aquél que concierne a la salud reproductiva, las instituciones de salud pública han generado una línea muy clara de investigación sobre el control de la natalidad, estos estudios han sido criticados por autores como Aguirre o Figueroa. El primero en su trabajo titulado *Tasa de crecimiento poblacional de uno por ciento en el año 2000: Una meta inalcanzable*,<sup>25</sup> muestra la imposibilidad de aplicar ciertas políticas que restrinjan el crecimiento de la población; por otra parte, Figueroa<sup>26</sup> menciona que las políticas que se establecen en función de los programas de control de natalidad corresponden más a un proceso político-económico que a la demanda de la población en sí.

Figueroa tiene una amplia experiencia tanto en los estudios sobre salud reproductiva como en los relativos a la prestación del servicio médico que atiende a la población en este rubro. Entre sus trabajos se pueden citar los siguientes: *Derechos reproductivos y el espacio de*

<sup>24</sup> S. Pérez-Gil, et al., 1993, "La salud y la nutrición de las mujeres en México", en: *El Cotidiano*, marzo-abril, año 9, núm. 53, Universidad Autónoma Metropolitana; *Las condiciones de salud en las Américas. Salud de la mujer*, edición de 1990, vol. 1, publicación de la Organización Panamericana de la Salud; B. Ibáñez, 1997, "Actividad sexual y práctica anticonceptiva en estudiantes universitarios", en: *Psicología y salud*, núm. 10, nueva época, julio-diciembre, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana.

<sup>25</sup> A. Aguirre, 1986, *Tasa de crecimiento poblacional de uno por ciento en el año 2000: Una meta inalcanzable*, Estudios Demográficos y Urbanos, vol. 1, núm. 3, El Colegio de México, pp. 443-474.

<sup>26</sup> G. Figueroa, 1991, *Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios*, Salud Pública, núm. 33, México, pp. 560-601.

*las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana; Aproximación al estudio de los derechos reproductivos, entre mucho otros.*<sup>27</sup>

Otro esfuerzo por recuperar los estudios de género vinculado a los procesos de salud-enfermedad es una compilación titulada *Las mujeres y la salud*<sup>28</sup> realizada por Soledad González Montes, investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México. Esta compilación plantea un panorama de los distintos estudios sobre género y salud en la década de los noventa y cobra importancia porque rescata aspectos sobre la salud femenina y sus vínculos sociales y familiares; se trata de hacer una denuncia del control que se ejerce sobre la salud de las mujeres mediante las políticas públicas sobre salud, el tipo de atención médica que reciben las mujeres, así como el trato desigual entre hombres y mujeres del uso de los servicios de salud. Participan autores que se han dedicado de manera sistemática al estudio de los problemas sobre género y salud como Ivonne Szasz, Roberto Castro, Mario Bronfman, Virginia Mellado, Carlos Zolla, Dora Cardaci, Ana Isabel González y Patricia Ravelo. Los temas que se abordan son: embarazo y anti-concepción en medios rurales, lactancia materna y trabajo asalariado, la función de la medicina doméstica en el medio rural y el aborto, así como un estudio sobre el panorama general de las líneas teóricas e investigaciones que han seguido los estudios de salud y género en la actualidad.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> *Mimeógrafo*, El Colegio de México, marzo 1994.

<sup>28</sup> S. González, 1995, *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México.

<sup>29</sup> P. Ravelo, 1995, "Género y salud femenina: Una revisión de las investigaciones en México", en: *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México, pp. 199-247.

Patricia Ravelo plantea que en la mayoría de los estudios realizados sobre morbilidad y mortalidad femenina se consideran aspectos teórico-metodológicos que no se corroboran en la práctica, ya que se carece casi en su totalidad de investigación aplicada. En los estudios encontrados se pueden nombrar dos mimeógrafos: *Mortalidad de la mujer en México... O la culminación de una vida de mala calidad* y *Mortandad de la mujer mexicana*, ambos realizados por Héctor Salazar Holguín. Los trabajos citados aportan datos sobre la distribución de la mortalidad que afecta a las mujeres mexicanas, así como del tipo de atención que reciben las mujeres en relación con los hombres en los servicios de salud, el autor señala que:

“la salud-enfermedad es esencialmente un proceso social y las condiciones históricas concretas de vida y trabajo de la población, en sus respectivas clases sociales, constituyen sus determinantes; la mortalidad de la mujer en cualquier país, resume y concluye la situación del género en una sociedad y tiempo dados”.

Cabe resaltar que las mujeres ocupan con mayor frecuencia los servicios de salud que los hombres, por ejemplo en *El análisis situacional sobre la salud de la mujer en México*, realizado en 1994, se encontró que la prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres era de 9.2 por ciento y en los hombres de 5.8 por ciento. Sin embargo, las mujeres viven más años que los hombres. Los estudios sobre mortalidad y morbilidad reproductiva son los que han tenido mayor continuidad, pero debe tomarse en cuenta que las causas de mortalidad y morbilidad en la población en general obedecen a un número indeterminado de factores tanto biológicos como sociales; por ejemplo se registran más muertes

por cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares en mujeres, mientras que las causas de mortalidad masculina están asociadas a problemas biológicos y sociales, como son enfermedades cardiovasculares, accidentes, neumonía, cirrosis y homicidios.

Héctor Ávila Rosas, investigador de la División de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología,<sup>30</sup> plantea que el sector salud da prioridad a criterios tales como tasa de mortalidad, morbilidad, secuelas y costos de la enfermedad, considerando como factor principal el aspecto biológico y dejando en un segundo plano la salud mental y el entorno social de los enfermos; resalta el trato desigual que la mujer recibe en las instituciones de salud pública y reflexiona sobre la forma en que se organizan y operan los servicios médicos en estas instituciones.

En artículos como: "Comportamiento reproductivo y salud: Reflexiones a partir de la prestación de servicios"; "Derechos reproductivos" y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana"; ambos realizados por Figueroa, se aporta información sobre el papel que los prestadores de servicios médicos tienen respecto de las formas de intervención para controlar el comportamiento reproductivo de la población. Se analizan las políticas demográficas que se instituyen en la práctica médica y el ejercicio de los derechos reproductivos de la población, tanto de hombres como de mujeres.

Los trabajos: *La mujer: ¿Objeto o sujeto en los programas de salud?* o *Investigación feminista en salud: ¿Sobre o para las mujeres?*, ambos realizados por Sara Pérez-Gil, retoman el problema sobre el tipo de programas que

<sup>30</sup> Véase "Los modelos médicos asistenciales en su relación con la mujer", en: *mimeoógrafo*, PIEM/Colegio de México, México.

se realizan en el sector salud para las mujeres, a las cuales se les trata como depositarias y encargadas de cuidar y procurar la salud de su familia. Julio Frenk publicó en 1995 un artículo titulado "La Calidad de la atención: Percepción de la población", de igual manera hace hincapié en los aspectos de la calidad de la atención que reciben los usuarios de los servicios médicos de la seguridad pública. El objetivo de estas investigaciones es informar sobre el tipo de servicios de salud proporcionados por las instituciones públicas, y pretenden dar a conocer datos y situaciones para reflexionar a cerca de las deficiencias de los servicios de salud, así como la calidad y eficiencia de diversos tratamientos médicos que son proporcionados a los usuarios de los servicios médicos.

Una constante en todas las investigaciones de género y salud es la crítica que se hace sobre el Modelo Médico Hegemónico<sup>31</sup> (MMH) que corresponde a líneas biológicas, en donde se plantean las diferencias sexuales principalmente por la funcionalidad y la capacidad reproductiva de las mujeres. En contraposición a este planteamiento, por medio de los enfoques antropológicos y sociológicos, recientemente se ha tratado de explicar qué tanto los procesos de salud-enfermedad en las mujeres y hombres, así como el tipo de comportamiento reproductivo están relacionados con factores socioculturales. Esta perspectiva en investigación social considera el contexto económico, político y social en el que las mujeres y los hombres como sujetos histórico-sociales están inscritos.

<sup>31</sup> El Modelo Médico Hegemónico (MMH) es entendido como un conjunto de prácticas y saberes de la medicina científica que se identifica como la única forma de atender a la enfermedad, dicho modelo está legitimado por las políticas de Estado. Cfr. E. Menéndez, 1990, *Morir de alcohol*, Conaculta, México, p. 83.

Respecto de las líneas de investigación predominantes en los estudios sobre sexualidad, se debe mencionar que son principalmente de corte estadístico, pero la mayoría de las investigaciones no cuantitativas tienen principalmente como referencia los lineamientos teóricos propuestos por autores como Simone de Beauvoir, Sigmund Freud o Marie Langer. Desde esta perspectiva de género se cuestiona la ideología dominante que ha marcado a la sexualidad desde un punto biológico, sin tener en cuenta aspectos sociales y culturales; los autores que se han encargado de trabajar más sobre el tema en el contexto social son Lamas, Lagarde, Riquer, Figueroa y Rivera.

Siguiendo este mismo cuestionamiento, se han realizado estudios sobre el embarazo, parto y puerperio, así como la crianza de los hijos. Por medio de estos trabajos se trata de observar cómo se pueden rescatar las prácticas médicas llamadas tradicionales, ya que muchas investigaciones de este tipo se llevan a cabo en regiones o zonas rurales o semirurales. A últimas fechas también se han investigado los aspectos de lactancia textos respecto de la relación que guarda con el trabajo asalariado y el doméstico. Se pueden nombrar textos como *Maternidad y trabajo en México: una aproximación microsocia*, realizado por Brígida García y Orlandina de Oliveira, ambas investigadoras del Colegio de México.

Estas líneas de investigación permiten conocer el papel que las mujeres desempeñan respecto de sus procesos de salud-enfermedad, en donde el embarazo es considerado, en la mayoría de las ocasiones, como un evento importante en el ámbito familiar; aunque también se cuestiona la atención médica que reciben las mujeres en este periodo y se ponen de manifiesto los problemas laborales que se presentan con las mujeres

embarazadas o durante el periodo de lactancia. Se hace hincapié en las formas en que los sistemas hospitalarios contribuyeron durante mucho tiempo a cambiar las prácticas de lactancia; es importante el énfasis que se pretende realizar sobre la poca oportunidad que tienen las madres en el ámbito laboral para poder compaginar su derecho de amamantar con sus derechos y obligaciones en el trabajo.

En cuanto a la salud mental, también se ha cuestionado el modelo médico hegemónico que históricamente ha explicado y definido a las mujeres como locas, como individuos con comportamientos "raros" (perturbados) y desviados (anormales) o como grupos que tienden a reproducir trastornos psicopatológicos.<sup>32</sup> Investigadores como Burin, Douglas y Basaglia han analizado detalladamente el tema, véase el texto de Mabel Burin en *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Es importante mencionar que en México la mayoría de los estudios de género y salud han explorado una diversidad de aspectos relacionados con hábitos sociales, culturales, laborales, organización social, vida cotidiana, pero son pocas las investigaciones dentro de este ámbito directamente relacionadas con la salud mental.

En el ámbito de la salud ocupacional destacan las investigaciones que se realizaron a partir de los sismos de 1985, por ejemplo, los estudios que se refieren a las costureras del sindicato "19 de septiembre", o una investigación realizada por Patricia Sánchez Bringas, llamada *Hilando palabras, zurciendo cuerpos*,<sup>33</sup> se toman en

<sup>32</sup> P. Ravelo, 1995, "Género y salud femenina: Una revisión de las investigaciones en México", en: S. González, 1995. *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México, pp. 199-247.

<sup>33</sup> P. Sánchez, 1989, *Hilando palabras, zurciendo cuerpos*, Colección modular, UAM-X, México.

cuenta aspectos como la historia personal de cada una de las mujeres y en ambos se logra combinar una perspectiva antropológica, médica y de género. Otros estudios centran su atención en el aspecto de la doble jornada y sus implicaciones con la crianza de los hijos y la salud reproductiva, destacan también aquellos realizados en la frontera con las obreras maquiladoras. Este tipo de investigaciones hace énfasis en el patrón de desgaste, destacando que existen enfermedades relacionadas con las condiciones laborales y el estrés causado por el tipo de trabajo que se realiza; las enfermedades respiratorias, la gastritis y la anemia son las que se padecen con mayor frecuencia en este tipo de población.

También se ha indagado sobre los efectos nocivos de la industria, en cuanto a los procesos de salud-enfermedad tanto en las obreras, obreros y en sus familiares. Existen estudios que permiten conocer la situación laboral, sindical y familiar de los obreros a partir de testimonios e historias de vida con un enfoque antropológico, realizados por Iglesias, 1985 y Arenal, 1986.

Es menester aclarar que si bien la mayoría de los estudios presentados en este apartado tratan sobre la salud de la mujer, existen otros que aluden a la salud de los hombres, éstos son los menos y al parecer los estudios que privilegian a la población masculina se centran en aquellos que corresponden al ámbito laboral, los cuales hacen referencia a las clases trabajadoras menos privilegiadas económicamente.

Los estudios presentados hasta este momento son sólo una perspectiva del tipo de investigación que se ha generado en nuestro país. Existen todavía algunos rezagos en las investigaciones sobre salud, por ejemplo, un espacio poco explorado es el medio rural. Existen pocas investigaciones que permitan dar a conocer el tipo de enfermedades más comunes, la crianza ma-

terna, la salud reproductiva, la mortalidad y morbilidad de hombres y mujeres, factores que afectan de manera directa los procesos de salud-enfermedad e incluso el tipo de servicio médico que se otorga en las clínicas rurales y el tipo de personal que ahí labora.

La calidad de la atención que reciben los pacientes en los servicios de salud pública rurales y urbanos, así como el tipo de personal que ahí labora son temas poco recurrentes en las investigaciones sobre salud. No se ha podido rescatar cuál es el impacto de las instituciones de salud respecto de los procesos de salud-enfermedad de hombres y mujeres o cómo opera la figura de los prestadores de servicios de salud en relación con los procesos de salud-enfermedad. Estos datos podrían proporcionar información importante y un panorama amplio respecto de las instituciones de salud, el vínculo médico-paciente, los trabajadores de la salud: médicos y enfermeras, lo cual ayudaría a repensar las formas de instrumentar los tratamientos médicos. De alguna manera, investigaciones de este tipo proporcionarían elementos para mejorar los servicios de atención, de acuerdo con los procesos de salud-enfermedad propios de cada comunidad rural o incluso en el ámbito urbano crear programas de atención específicos para las necesidades de las colonias o barrios; se tendría que poner mayor atención en los procesos de salud-enfermedad no como procesos globales, que se insertan en una lógica de producción masiva, sino desde perspectivas particulares que se gestan por el tipo de vida en las comunidades, por lo tanto los modelos de atención deben adecuarse en el contexto social en el que se sitúen.

## **Estudios sobre la crítica al Modelo médico hegemónico y a las reformas sobre seguridad social**

Otro aspecto fundamental para la investigación sobre la medicina en nuestro país se refiere a los temas que atañen a las clases trabajadoras. Principalmente se ha cuestionado el tipo de Modelo médico hegemónico establecido en nuestro país a partir del nacimiento de la seguridad social. Algunos estudios versan sobre la crítica al modelo médico corporativo.

Eduardo Menéndez ha contribuido al estudio de la historia y formas de inserción de los modelos médicos en nuestro país a partir de textos como: *Morir de alcohol; Poder, estratificación y salud; Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán; Hacia una práctica médica alternativa; Hegemonía y autoatención (gestión) en salud* y *El modelo médico y la atención a la salud*. En sus textos, Menéndez reflexiona sobre los tipos de modelos que se han creado para poder acceder a los problemas de salud-enfermedad; esto es interesante ya que puede conducirnos a diversas preguntas: ¿cómo se gestan estos modelos de atención a la salud?, ¿responden o no a las necesidades de la población en general y de qué manera? El Modelo médico hegemónico es definido por este autor.

como el conjunto de prácticas, saberes, teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> E. Menéndez, 1990, *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica*, Conaculta/ Alianza Editorial Mexicana, México, p. 83.

La importancia de estos trabajos radica en las reflexiones que se pueden establecer a partir de un sistema de salud en el cual los procesos de salud-enfermedad pasan a ser parte del mercado económico, basándose principalmente en la ley de la oferta y la demanda; el enfermo es un bien, una mercancía a la cual se le trata según su nivel de vida productiva o su papel en la sociedad. Estas aportaciones están ligadas a los estudios realizados sobre el análisis de las reformas establecidas en la nueva Ley del Seguro Social sobre todo respecto del Programa de Reforma del Sector Salud. Las aportaciones de Asa Cristina Laurell<sup>35</sup> cuestionan también ciertos lineamientos que se pretenden establecer en las políticas del sector salud, como son el cobro de cuotas, las restricciones sobre el tipo de atención a los trabajadores y su dependientes económicos, restricción de servicios médicos en algunas áreas laborales; todas estas medidas llevan a una disminución importante de la intervención del Estado respecto de la seguridad social.

Sin lugar a dudas, es necesario efectuar diversas reformas en el sector salud, tanto en aspectos económicos, políticos y sociales. Poco a poco se ha gestado una crisis al interior de las instituciones médicas que repercute en la atención médica y por consecuencia en la deficiente instrumentación de servicios al interior de las mismas. Se ha tratado de atender dicha crisis por medio de medidas que otorgan poca importancia a los aspectos sociales, como son el tipo de vínculo que se genera entre los médicos y los pacientes, la rotación de

<sup>35</sup> Véase "La nueva concepción de los servicios de salud", en: M.L. Mussot, (coord.), 1996, *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*. Otros textos en el libro ya citado, son "Evaluación de los riesgos de la reforma", por Ricardo Barreiro y "Alternativas de reforma de la Seguridad Social", por Ignacio Madrazo.

los médicos en los consultorios, el tiempo en que se realiza una consulta, factores que en la práctica forman las concepciones y formas de vivir los procesos de salud-enfermedad de la población; se pretende incrementar la calidad de los servicios de salud por medio de políticas que dan prioridad a la productividad de las instituciones de salud pública, privilegiando cifras como el número de pacientes atendidos en los consultorios por día.

El esquema presentado sobre los estudios que se realizan desde el vínculo de las ciencias sociales con la disciplina médica pretende dar a conocer las líneas de investigación más frecuentes como son: la salud reproductiva, salud laboral, las relaciones médico-paciente, el servicio y calidad de las instituciones de salud y la privatización de los servicios de salud, sólo por nombrar algunas.

Las líneas de investigación mencionadas se han centrado en el estudio de los problemas actuales sobre la salud en general, lo cual es de suma importancia y además de gran utilidad, ya que se generan conocimientos que repercuten de forma directa en la calidad de la atención de los servicios de salud y en las formas de tratamiento sobre los problemas de salud pública, pero no son suficientes, pues los problemas que se presentan en los sistemas de salud pública tienen un origen mucho más profundo, ya que no sólo tienen que ver con la cantidad de personas atendidas o el número de servicios médicos prestados a la población; la calidad de los servicios se ha confundido en términos de la cantidad, y se han hecho de lado el análisis de esa cantidad-calidad de servicios que se prestan. Las políticas generadas por el mercado, que se aplican a los sistemas de salud, dejan de lado aspectos importantes como las formas en que los pacientes, doctores y trabajado-

res de la salud conviven con los procesos de salud-enfermedad, así como las relaciones que dentro del ámbito hospitalario surgen entre sus diversos actores; lo que tiene un impacto en la manera en que se construyen la nociones de salud-enfermedad y las formas en que se conciben los espacios para el tratamiento de estos procesos.

Una de las deficiencias que se presentan en las investigaciones realizadas sobre la disciplina médica, es aquella que atañe a los estudios sobre la historia de la profesión médica en nuestro país; la formación de los profesionales de la medicina, así como los procesos simbólicos que a través del tiempo han permitido establecer la ciencia médica como profesión son temas poco trabajados. Desde la disciplina antropológica existen investigaciones que exploran acerca de los rituales médicos en grupos étnicos; tratando de alguna forma de explicar los procesos y construcciones de significaciones simbólicas en la relación médico-paciente.<sup>36</sup> Pero en realidad, poco se sabe de los procesos simbólicos generados a través del tiempo que han permitido a los médicos apropiarse de una identidad como profesionales; dichos procesos involucran la memoria colectiva de las sociedades sobre el saber médico: un saber técnico, un saber popular, un sistema de creencias y la relación del profesional médico con la sociedad.

Es cierto que en nuestro país se han realizado investigaciones referentes a la formación de los estudiantes respecto de su práctica profesional y del sistema de significación cultural y profesional que media su forma-

<sup>36</sup> Se puede consultar la *Revista Nueva Antropología*, vol. xvi, núm. 52-53, UAM, México; en la que se encuentran artículos como "Curanderismo, medicina indígena y procesos de legalización"; "Experiencia de enfermedad y narración"; "Qué es la medicina tradicional"; "Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó".

ción académica;<sup>37</sup> aunque resulta todavía incipiente el campo de estudio al respecto.

Los temas de investigación sobre el tipo de profesionales médicos que se forman en la actualidad y sus referentes históricos se han dejado de lado, con ello se relegan los significados imaginarios y simbólicos que se construyen por medio de la cultura entre la medicina y la sociedad.

Sin lugar a dudas es necesario hacer conciencia entre la población respecto de los procesos de salud-enfermedad, así como del papel que desempeñan los prestadores de servicios médicos en general, con lo cual se podrá obtener una mejor calidad de atención, traduciendo la eficiencia en un mejor trato a los pacientes, sin que representen estadísticas o números en los sistemas de salud; logrando así, que sean mirados como sujetos con procesos de vida distintos unos de otros. Se debe buscar la inclusión de una concepción social que permita conjuntar los aspectos sociales, históricos, subjetivos y biológicos de cada individuo, sin dejar de lado obviamente los procesos colectivos que contextualizan y permiten formar a los sujetos, para que de esta forma mejore la calidad de la atención médica que reciben.

Por tal motivo es pertinente presentar una visión que desde una perspectiva distinta pueda dar nuevos significados a la historia de la profesión médica; por lo tanto, la propuesta de estudio desde la perspectiva de la psicología social respecto de la medicina permitirá abordar los referentes teóricos necesarios para elucidar las significaciones imaginarias del ser del médico, así como las redes de significación que se han creado alrededor de la profesión médica.

<sup>37</sup> Jarillo Soto *et al.*, 2000, "Estudiantes de medicina. Un caso de estudio", en: *Argumentos*, núm. 35, México, UAM-X.

## Los terrenos de la medicina y la psicología social

El marco teórico-conceptual que guiará el presente trabajo plantea la idea del sujeto como un ente en el cual converge una red compleja de relaciones y significaciones; por lo tanto, reconoce la pertinencia de otras miradas disciplinarias que han enriquecido el campo de lo psicológico, así como el estudio de la subjetividad individual y colectiva, es decir, la construcción de los imaginarios colectivos como formas de entender las prácticas sociales y elucidar los modos de significación y simbolización de dichas prácticas en un contexto histórico-social, donde el quehacer social adquiere un sentido e intención, permitiendo así la reflexión de las producciones sociales.

“Los nuevos *corpus científicos* ya no están caracterizados por el tipo de objeto gnoseológico que construyen, por los métodos utilizados para su estudio, por las perspectivas filosóficas a las que se adhieren. Más bien se caracterizan por ser encrucijadas de reflexiones y procesos de conocimiento sobre objetos de nuestra realidad. Nuestro abordaje de la psicología social no se reduce, tampoco, a una psicología colectiva. Esta psicología que pretendemos construir no supone procesos de construcción extraños a los procesos individuales.

No pretendemos situar una psicología de los colectivos completamente distinta a la psicología de los procesos individuales. Sí creemos que cualquier posibilidad, aunque sea remota, de síntesis –sin apelar, por ello, a una imaginaria unidad o unificación de las ciencias–, no puede resultar más que de un proceso de resignificación profunda de los descubrimientos y de los *corpus* teóricos que dan cuenta de dichos procesos. Y en

ello, una psicología social puede desempeñar un papel importante".<sup>38</sup>

Es indispensable la mirada e interlocución con múltiples disciplinas para entender al sujeto como portador de una historia en un contexto dado, quien a la vez transforma y es transformado constantemente debido a sus necesidades, a la satisfacción de las mismas en su entorno y en relación con otros individuos, siendo un sujeto de la *praxis*, ya que sus relaciones sociales organizan y permiten la apropiación que los sujetos tienen con sus lazos familiares, escolares, religiosos e institucionales.

La psicología social se presenta como una posibilidad de mirar las relaciones del sujeto y la colectividad, no como entes separados, sino como una interrelación que es atravesada por una ideología, por una subjetividad colectiva,<sup>39</sup> donde aparecen aspectos económicos, políticos, ideológicos, históricos, que van dando forma y a la vez trasfondo a aquello que se asume como lo social. Desde esta perspectiva se contempla una relación íntima y compleja entre el sujeto y su dimensión

<sup>38</sup> R. Manero, 1996, *Reflexiones sobre la psicología social*, trabajo presentado en la mesa redonda "Las perspectivas de la psicología", 29 de noviembre, v Coloquio de Historia y Filosofía de la Psicología, FES Zaragoza, UNAM, pp. 9 y 11.

<sup>39</sup> "En primer lugar, diremos que la subjetividad no es solamente un problema posible de distintas teorizaciones, sino, además, constituye un ángulo particular desde el cual podemos pensar la realidad social y el propio pensar que organicemos sobre dicha realidad. Implica un concepto de lo social a partir de ese dinamismo particular que son los sujetos, los que, en última instancia, consisten en las diferentes modalidades que pueden asumir los nucleamientos de lo colectivo como los espacios de constitución de las fuerzas capaces de determinadas construcciones sociales". H. Zemelman, 1997, "Sujetos y subjetividad en la construcción metodológica", en: Emma León y Hugo Zemelman, (coords.) *Subjetividad: umbrales del pensamiento social*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/Anthropos/UNAM, México, p. 21.

social, en la cual dichos sujetos se apropian de un esquema particular mediante la estructuración de sus conocimientos en un modelo interno que representa tanto al mundo interno como externo y es nombrado como matriz o modelo interno del conocimiento,<sup>40</sup> es decir, la forma en que los sujetos se organizan y dan significado a los conocimientos adquiridos por medio de su experiencia, vinculándose no sólo un aprendizaje conceptual, sino aspectos emocionales, afectivos y esquemas de acción. En el modelo de conocimiento construido mediante los diversos aprendizajes se hace patente las potencialidades y obstáculos que cada sujeto tiene.

El sujeto incorpora una serie de simbolizaciones y formas de representarse al mundo,<sup>41</sup> que a su vez interactúan con muchas otras dentro de la red social a la que pertenece. De esta manera se genera una serie de entrecruzamientos institucionales, sociales, culturales, educativos, dando como resultado una matriz de significaciones sociales complejas.

La psicología social, ya referida, tiene presente que los sujetos no son homogéneos, los procesos que los atañen en términos de su estructura social son aquellos que se elucidan mediante la observación de sus prácticas y los discursos emitidos.

El trabajo que aquí se presenta es, quizá, sólo una pieza de un rompecabezas para entender cómo se establece y norma el conocimiento, así como las relaciones de una disciplina tan añeja que controla y sustenta

<sup>40</sup> P.A. De Quiroga, 1986, *Enfoques y perspectivas en psicología social*, Ediciones Cinco, Argentina, p. 49.

<sup>41</sup> Es importante recordar que la construcción de la subjetividad parte de la incorporación de ciertos símbolos, entendiendo éstos como la forma de representar la realidad, los símbolos y las formas de representar al mundo le permiten al sujeto acceder a un conocimiento del contexto en el que se desarrolla.

un saber que le permite ejercer poder sobre los sujetos; el propósito de esta reflexión tiene que ver con una reconstrucción de las formas de conformación de la disciplina médica, de entender cómo se ha inscrito la historia del saber médico en los sujetos portadores de dicho saber, dando origen a un 'modo de ser', *éthos*.<sup>42</sup>

En el campo de la medicina el valor de la salud ha sufrido modificaciones, principalmente durante los procesos de industrialización y más recientemente en las prácticas económicas y sociales, que imponen los procesos de globalización. Las relaciones de salud-enfermedad cambian de una época a otra y, en cierta medida, están determinadas por diversos factores, entre éstos las condiciones económicas y el desarrollo científico y tecnológico. De igual manera la dinámica que se realiza en torno al quehacer médico, estructura un 'modo de ser', un *éthos* que da sentido a la práctica médica. Este 'modo de ser' construye un sentido, una red de significaciones que originan y han sustentado al hacer-ser del médico,<sup>43</sup> como pueden ser las formas de mirar, nombrar y trastocar al enfermo, los vínculos institucionales y la calidad de los servicios médicos.

Si bien las formas del saber y del ser médico han sido exploradas desde hace mucho tiempo, en una sociedad como la nuestra, caracterizada por una constante transformación en todos sus ámbitos, es pertinente elaborar desde la perspectiva de la psicología social, una reconstrucción histórica de la profesión médica, no como un sin sentido de recolección de hechos, sino

---

<sup>42</sup> *Éthos*: Costumbre, hábito, uso, forma de ser.

<sup>43</sup> Las significaciones se producen en un contexto histórico, temporal y singular, y permiten la identificación de diversos colectivos en la sociedad; por ejemplo para los estudiantes de medicina la ropa blanca significa formar parte de un colectivo en específico.

como una posibilidad de entender el entretejido simbólico del *éthos médico*.

El objetivo central de este trabajo consiste en indagar cómo se han establecido, a lo largo de la historia, las formas del ser médico, del *éthos médico*. La historia es creación, dice Castoriadis. En consecuencia más que una reconstrucción de los hechos que acontecieron en la formación de una disciplina, se analizará el proceso de creación y construcción de la disciplina médica, su saber, el uso del mismo, así como los procesos de ritualización que han establecido la normatividad de las estructuras de salud-enfermedad en los sujetos.

Las formas de acceder a la comprensión del *éthos médico* mediante la psicología social, parecen estar en los espacios de la memoria y de la historia, la reconstrucción histórica implica la posibilidad de recrear los imaginarios y las formas de significación colectiva que se instituyen en una red social, donde se posibilita la creación de nuevos contextos.

La memoria y la historia enfrentadas en un dispositivo de análisis permiten la reestructuración del presente. El problema central girará en torno a entender cómo se han producido las significaciones imaginarias del *éthos médico*, elucidar el sistema particular que se ha construido alrededor de la profesión médica, que necesariamente marca las formas en que el profesional de la medicina establece en sus relaciones con sus pacientes y en la manera en que vive su práctica médica.

La finalidad es compartir esta historia con aquéllos que se dedican al estudio y práctica de la medicina y, tal vez, provocar en ellos una interrogante respecto de su actuar sobre los procesos de salud-enfermedad, lo que pudiera derivar en una resignificación sobre su escucha, su mirada y las formas de intervención que se tienen para aquél que acude a la ciencia médica con el fin de ser curado.



## Éthos médico

El *éthos* es la raíz o la fuente  
de la vida de donde brotan  
todos los actos humanos.  
Zenón "el estoico".<sup>1</sup>

**R**ECREAR EL NACIMIENTO de la medicina como ciencia y profesión, permite una aproximación a las producciones imaginarias<sup>2</sup> es decir, a las formas de creación simbólica<sup>3</sup> que otorga a quienes participan de la

<sup>1</sup> Tomado de J. González, 2000, *El poder de eros, fundamentos y valores de ética y bioética*, UNAM/Paidós, México, p. 49.

<sup>2</sup> "...consiste en la necesidad de reconocer el imaginario colectivo, así como la imaginación radical del ser humano singular, como un poder de creación. Creación significa aquí creación *ex nihilo*, la conjunción en un hacer-ser de una forma que no estaba allí, la creación de nuevas formas del ser." Cfr. C. Castoriadis, 2001, "Imaginario e imaginación en la encrucijada", en: *Figuras de lo pensable*, FCE, Buenos Aires, p. 95.

<sup>3</sup> "Lo imaginario debe utilizar lo simbólico, no sólo para expresarse, lo cual es evidente, sino para existir, para pasar de lo virtual a cualquier otra cosa más. [...] Pero también, inversamente, el simbolismo presupone la capacidad imaginaria, ya que presupone la capacidad de ver en una cosa lo que no es, de ver la otra de lo que es". C. Castoriadis, 1983, *La institución imaginaria de la sociedad I*, Tusquets, Barcelona, p. 220.

profesión médica la construcción de una identidad propia que da sentido a dicho gremio.

Es importante mencionar el planteamiento realizado por Castoriadis en el sentido de que toda sociedad se conforma de significaciones imaginarias, las cuales se crean a partir de la afectividad y el deseo de los sujetos en un momento histórico-social, estas significaciones sociales imaginarias se instituyen en la sociedad por medio de producciones de sentido<sup>4</sup> como los mitos, las normas, el lenguaje, los valores y los códigos, permitiendo así que un grupo de sujetos compartan una identidad ya sea nacional, profesional, cultural o de género.

La transmisión de estas producciones de sentido genera, por una parte, la construcción de la sociedad y por otra, la continua invención de la misma, "lo imaginario remite a otro orden de sentido: ya no como imagen de, sino como *capacidad imaginante*, como invención o creación incesante social-histórica-psíquica, de figuras, formas, imágenes, en síntesis, *producciones significantes colectivas*"<sup>5</sup>.

Para acceder a las producciones de sentido, así como a los nuevos sistemas de significación que se han generado respecto de la profesión médica, es necesario recurrir a una herramienta conceptual que dé cuenta de lo antes planteado; por tal motivo se ha utilizado la noción sobre *éthos* y en específico el *éthos médico* para conocer las formas particulares y colectivas de

<sup>4</sup> Las producciones de sentido constituyen el imaginario social: sentidos organizacionales como son los mitos, las normas, valores, lenguaje, por los cuales una sociedad puede ser visualizada como una totalidad; en este sentido, los organizadores son instrumentos que permiten hacer las cosas, en particular a los sujetos. Cfr. A. M. Fernández, 1993, *Tiempo histórico y campo grupal. Masas, grupos e instituciones*, Nueva Visión, Buenos Aires, p. 69.

<sup>5</sup> *Op. Cit.* p. 74.

construcción sobre el imaginario social de la profesión médica.

El *éthos* generalmente remite a una concepción sobre la ética, a ciertas formas de comportamiento que se adquieren por medio de una estructura familiar, cultural y/o educativa; se presenta como un actuar en la vida cotidiana; en los ámbitos de lo público y lo privado. No es extraño oír sobre la postura ética ante diferentes situaciones, incluso mucho se ha mencionado últimamente en relación con los espacios de la medicina, sobre la postura ética ante los descubrimientos realizados en torno al mapa genético o la clonación.

Efectivamente, el *éthos* tiene un lugar en la ética, pero como herramienta conceptual se deberán hacer algunas precisiones. La ética conlleva el orden de la normatividad, de la creación de códigos morales que tienen la facultad de obligar y dirigir la vida humana en determinado sentido. La ética lleva en su nombre, por cierto, la multivocidad del *éthos*: *éthos*, morada; *éthos*, habito; *éthos*, carácter; *éthos*, actitud; *éthos* libertad; *éthos*, destino; *éthos*, habitar humano, y todas estas dimensiones remiten, a su vez, dos polaridades fundamentales, la primera existe en el ámbito de la interioridad y el de la exterioridad; la segunda se da entre el orden de los valores, los ideales y las normas.<sup>6</sup>

El *éthos*, a lo largo de la historia occidental, se concibe como una forma de ser, de vivir, de interpretar tanto a los sentimientos como a los valores de la *praxis* de los sujetos, "es un principio moral el cual se entrelaza con la conciencia mítica de los individuos, adquiriendo conciencia y significado en la construcción de mentalidades, en la difusión de paradigmas y, particular-

<sup>6</sup> Cfr. J. González, 2000, *El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*, Paidós/UNAM, México, pp. 60-61.

mente, en la formulación del pensamiento cotidiano (*doxa*)".<sup>7</sup> El *éthos* se constituye a la vez de los conocimientos, los valores y los sentimientos (*eidos*, *éthos*, *pathos*) que se adquieren mediante la transmisión cultural de los individuos.

El *éthos* es una creación imaginaria de la sociedad, que se ordena por medio de las producciones de sentido. El *éthos* se puede definir como los diferentes valores, sentimientos, comportamientos comunes que se adquieren en una cultura y permiten un sentido de pertenencia a ella, quedarnos con esta definición puede causar ciertos errores de apreciación, ya que también se podría decir que es una ideología, lo cual no es excluyente del *éthos*. Pero sus formas de construcción son mucho más complejas; por lo tanto, es importante tratar de conocer cuál es el origen de dicho término.

El *éthos* tiene diversos significados, por lo que presenta una serie de dificultades con su interpretación; en el diccionario *éthos* significa: morada o lugar habitual, morada, habitación, residencia, patria; *de animales*, cuadra, establo; guarida; *de los astros*, lugar por donde salen o aparecen // hábito, costumbre, uso; carácter, sentimientos, manera de ser, pensar o sentir, índole, temperamento; moralidad, moral.<sup>8</sup> Estas múltiples formas de nombrar al *éthos* pueden o no tener relación entre sí y dependerá mucho del tipo de interpretación que se haga al respecto para poder orientar el uso de dicho concepto, por lo tanto *éthos* puede significar morada, hábito, carácter, actitud, libertad, destino o habitar humano.

<sup>7</sup> Cfr. A. Chihu, (coord.), 1991, *El éthos en un mundo secular*, UAM-I, México, p. 10.

<sup>8</sup> J. M. Pabón, 1973, *Diccionario manual, Griego-Español*, Vox-Bibliograf, Barcelona, p. 282.

El significado original de la palabra *éthos* nos remite al *éthos* morada, es la guarida o el refugio de los animales, el lugar que acostumbraban habitar. Significado que posteriormente comenzó a referirse también a los hombres: como morada o habitación humana, por lo tanto el *éthos* remite al habitar; el *éthos* hábito se construye a partir de la repetición, es un continuo de actos que tienen una interrelación entre sí, provocando, a partir de esta repetición, una costumbre. Otra acepción es el *éthos* carácter, es una forma de identidad que se adquiere mediante el *éthos* hábito. *Y más radicalmente el éthos es literalmente "modo de ser". Pero modo de ser adquirido, no dado, grabado, impreso en el ser mismo a través de la acción (praxis).*<sup>9</sup>

El *éthos* 'modo de ser' permite la distinción entre los seres humanos, proporcionando hábitos, cualidades, costumbres con lo cual adquieren una identidad. El *éthos* determina el 'modo de ser', ya que remite necesariamente a una acción cotidiana que resignifica constantemente al sujeto; en este sentido, el *éthos* es auto-creación: *autopóiesis*. Se construye por las acciones habituales en la vida cotidiana, en un espacio temporal, en una estructura social, permitiendo la identidad al interior de un grupo de pertenencia, construyendo un proyecto que se inicia con el reconocimiento de la memoria histórica singular y colectiva.

Incluso cuando se habla del *éthos* social o colectivo, del *éthos* de un pueblo, se alude con ello al sistema de preferencias propias de éste, al modo de ser único, definitorio, al modo de ser distintivo de una comunidad o de una cultura. En este sentido, puede decirse que el *éthos*

<sup>9</sup> Cfr. J. González, 2000, *El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*, Paidós/UNAM, México, p. 51.

carácter es principio de individuación, aquello que imprime a cada ser humano un rostro propio..., el *éthos* implica el carácter intrínsecamente valorable de lo humano y, en especial, la cualidad ética de la vida, del modo de ser.<sup>10</sup>

El *éthos* de la profesión médica se construye a partir de la significación social que la práctica de la medicina adquiere en la construcción como ciencia, una vez institucionalizada.

A decir de Lourau, las instituciones pueden ser definidas como elementos fundantes de la sociedad. Una norma universal, o considerada como tal, ya se trate del matrimonio, de la educación, de la medicina, del régimen del salario, de la ganancia o del crédito es designada como institución.<sup>11</sup> Las instituciones presentan tres sistemas de referencias: lo objetivo, en el cual la institución es referida como una cosa; lo imaginario, aquí se privilegia aquello que es vivido, donde la institución no tiene una realidad objetiva y; el último sistema de referencia, intenta –dice Lourau– una síntesis entre el momento objetivo y el momento de lo imaginario, y pone énfasis en la significación simbólica de la institución, *cuyo contenido exterior objetivable, necesita para actualizarse una interiorización en momentos y lugares singulares de la vida social.*<sup>12</sup> Las instituciones tienen un doble carácter; lo instituido y lo instituyente. Lo instituido corresponde a aquello establecido: las normas, las reglas que tienen un carácter universal; lo instituyente es todo aquello que se establece, por ende es cambiante y “revolucionario”, dando paso a un tercero; la

---

<sup>10</sup> Cfr. *Op. Cit.* p. 52.

<sup>11</sup> R. Lourau, 1994, *El análisis institucional*, Amorrortu editores, Argentina, p. 9.

<sup>12</sup> Cfr. *Op. Cit.* p. 100

institucionalización, la cual se define como “una acción integradora de la sociedad, de las instituciones y de la ideología dominante, respecto de los individuos”.<sup>13</sup>

La medicina en su carácter de institución adquiere una legitimación y autonomía ante otras ciencias y ante la sociedad. Es entonces que aparece, que se crea, que se construye un *éthos* que da sentido a la práctica médica. El *éthos médico* se construye mediante una serie de acontecimientos pasados y presentes que significan y orientan la práctica de la medicina, la cual ha cambiado según la época y la estructura social.

El *éthos médico* se introyecta desde el ámbito cultural, familiar, educativo, en cuanto al currículo escolar y el currículum oculto dentro de la institución de enseñanza, así como en las instituciones hospitalarias. Indagar sobre la construcción del *éthos* se traduce en discriminar y elucidar el sistema simbólico particular que construyen los médicos, asimismo en entender cómo el poder médico está indisolublemente ligado al *éthos médico*.

<sup>13</sup> *Ibidem.* p. 138.



## Formas de mirar el pasado

**L**A HISTORIA Y SU CONSTRUCCIÓN nos lleva a transitar entre los recuerdos. Recuerdos que constituyen a la memoria colectiva de una nación, un pueblo, una familia o bien de un individuo inserto en una comunidad. Recuerdos llenos de olvido que, justo por ello, permiten resignificar el presente y entender cómo se inscribe en él a partir de la memoria; el recuerdo y el olvido son una serie de significaciones que sustentan y dan sentido a nuestra cotidianidad.

La historia y los hechos pasados son producciones sociales con un sentido en el presente; la historia dona a los hombres la posibilidad de crear e imaginar. Por lo tanto, hablaremos de la génesis teórica y de la génesis social que han permitido la construcción de la medicina y la formación del saber médico.

Abordar la construcción histórica de la medicina desde esta perspectiva, permite conocer la idea de sujeto (paciente), de enfermedad, de salud que se ha gestado a través del tiempo; pero también permite acceder a la idea de sujeto que se forma con la práctica de la medicina, el portador de un saber, y de un lugar de privilegio ante las miradas de otros: los médicos, así como comprender

las condiciones de posibilidad social que se han dado para construir lo que denominaremos el *éthos médico*, entendido como una producción imaginaria que da sentido a la práctica profesional de esta disciplina.

Ahora bien, para explicitar la forma en que se abordará la construcción de esta historia sobre la medicina, se tomarán los conceptos que desde el análisis institucional, Antoine Savoye nombra como descriptivos, entre los cuales distingue la génesis social y la génesis teórica;<sup>1</sup> estas dos concepciones están íntimamente ligadas, la una es consecuencia de la otra y viceversa.

Antoine Savoye menciona que el concepto de génesis social se produce a partir de la sociología del conocimiento; la utilización del mismo permite reconstruir las condiciones sociales y políticas de aparición de una nueva práctica (especialmente científica); en términos precisos se refiere a las condiciones de posibilidad social y política que permite que una práctica social se invente e institucionalice.<sup>2</sup> La construcción de la historia desde esta óptica permite trabajar sobre un texto, en el cual aparece una serie de eventos coyunturales que construyen la significación y el sentido del contexto donde se desarrolla, en este caso, la medicina como disciplina.

Es importante hacer mención sobre la precisión realizada por Savoye al decir que esta forma de trabajar la reconstrucción de hechos históricos se esboza con los trabajos de Foucault en *El nacimiento de la clínica*, respecto de nombrar las condiciones de posibilidad. Foucault trabaja los discursos establecidos, aquellos que

---

<sup>1</sup> A. Savoye, *La naturaleza de los conceptos del análisis institucional*, Roberto Manero (trad.). Además de los conceptos mencionados también establece dentro de los conceptos descriptivos el encargo social y la demanda social.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

se han formado de discursos sobre discursos, y es mediante el comentario (uso de la palabra) que interroga al discurso y a partir del cual trata de hacer surgir aquello que no se ha dicho, interrogar a la palabra y confrontarla consigo misma. "En esta actividad de comentar que trata de hacer pasar un discurso apretado, antiguo y como silencioso para sí mismo a otro más parlanchín, a la vez más arcaico y más contemporáneo".<sup>3</sup>

El comentario posibilita las condiciones de nombrar lo no-dicho, de pasar de la mera descripción al análisis crítico, de mirar en lo escrito nuevas formas de significados. Para Foucault, fuera de cualquier intención descriptiva, es importante establecer las condiciones de posibilidad que marcan el devenir de la historia, en este caso, de la experiencia médica.

Este nuevo planteamiento sobre la construcción de la historia nos sitúa con una mirada más atenta respecto de las prácticas sociales, por lo tanto, es importante retomar las definiciones que se han trabajado sobre la génesis social y génesis teórica; como ya se mencionó, no se puede hablar de la una sin la otra, además que tanto la génesis social como la teórica permiten una construcción histórica desde otra óptica.

La génesis social de un campo o *corpus* teórico puede entenderse como el conjunto de vicisitudes, encargos, demandas, determinaciones y condiciones sociales de posibilidad para la constitución de dicho campo. Especialmente desarrollada por la sociología del conocimiento; la génesis social es similar al planteamiento de la historia externa de las ciencias en el planteamiento de Lakatos";<sup>4</sup> La génesis teórica se define como "el proce-

<sup>3</sup> M. Foucault, 1996, *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI editores, México.

<sup>4</sup> P. Casanova, *et al.*, "La psicología social de intervención", en: Soto *et al.* (comp.), 2000, *La sociedad intervenida*, UAM-X, México, p. 159.

so de constitución de un *corpus* teórico o práctica social a partir de la evolución o, en todo caso, del desarrollo dialéctico de sus categorías, nociones y conceptos como un campo de ideas; es decir, se trata del proceso de producción, en el campo de las ideas, de las nociones y conceptos que constituyen un *corpus* teórico. La categoría de génesis teórica es por tanto similar a la historia interna de las ciencias planteada por Lakatos".<sup>5</sup>

Trabajar la reconstrucción de los datos desde los planteamientos de Savoye, a partir de los conceptos de génesis social y génesis teórica, permite una mirada sobre aquellos aspectos de la historia que dan cuenta de las diferentes significaciones imaginarias que constituyen, en este caso, la formación de la medicina y sus prácticas.

### **La génesis de la medicina, un pasado que da sentido al presente**

Podemos decir que la génesis social y la génesis teórica de la medicina en occidente<sup>6</sup> se inician a partir de las diversas nociones que el hombre tiene respecto de su entorno. En un principio se trató de explicar el origen de las enfermedades atribuyéndoles a éstas causas so-

---

<sup>5</sup> *Ibidem.*

<sup>6</sup> Me refiero a occidente, ya que esta concepción de la historia es la que ha prevalecido en nuestro país, instaurando así un Modelo médico hegemónico. Habría que recordar que existen otras construcciones históricas que dan cuenta de una concepción filosófica distinta de la medicina, del cuerpo, de los procesos salud-enfermedad, dichas concepciones se establecen en las culturas de oriente como en China, Japón, India e incluso en nuestro continente antes de la Conquista, aunque tampoco se puede negar que poco a poco han ido ganando presencia sobre todo con las prácticas alternativas de la medicina.

brenaturales, se incorporaba un conocimiento mágico-religioso; es importante hacer notar que aún hoy en día para algunas personas ciertas enfermedades tienen un carácter divino, se perciben como un castigo o giran alrededor de ellas mitos de carácter religioso.<sup>7</sup>

La génesis social y teórica de la medicina se inicia cuando el hombre se enfrenta a las enfermedades y al conocimiento de las mismas, lo que ha permitido, a lo largo de la historia, dar significado y ordenar los conocimientos adquiridos al respecto. En un principio parecía que no existía una clara separación entre los fenómenos naturales y el hombre en sí; la naturaleza era una extensión del ser humano; conforme se avanzó en las formas de adquirir el conocimiento se hizo necesaria una distinción entre los fenómenos naturales y los humanos; el hombre buscó otro tipo de respuestas, las cuales fueron construyendo nuevos vínculos con la naturaleza. Es aquí donde se inicia nuestro recorrido respecto de la génesis teórica de la medicina.

Los planteamientos de lo que ahora conocemos como la medicina occidental iniciaron en Grecia, con las inquietudes de conocer sobre la naturaleza humana y dar una explicación a la misma; a partir de esta búsqueda se plantearon nuevas premisas. Con los planteamientos de Tales de Mileto se inició la idea de separar la razón de la naturaleza, posteriormente Hipócrates continuó esta idea y escribió una serie de tratados que dieron la pauta para la construcción de la medicina, estos escritos fueron recopilados por Galeno, con el nombre de *Corpus Hippocraticum* cuyas aportaciones centrales fueron: desmitificación de la naturaleza; todo fenómeno está sujeto a una explicación de la razón; la teoría

<sup>7</sup> Como una referencia puede consultarse a S. Sontag, 1996, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*, Taurus, España.

humoral que hace alusión a cuatros fluidos del cuerpo humano, llamados humores: la sangre, la pituita o flema, la bilis amarilla y la bilis negra; se decía que existía la salud cuando estos cuatro elementos se encontraban en continuo equilibrio; y la concepción unitaria del hombre, en la cual se contemplaba al cuerpo humano como una unidad formada por el alma y por el cuerpo.

En el *Corpus Hippocraticum* se hablaba, en diversas ocasiones, del alma, la *Psykhē*, como algo distinto y más sutil que el cuerpo al que daba vida. Este concepto se identificó en gran parte con el *pneuma* o aliento vital. Las relaciones mutuas entre cuerpo y alma fueron varias veces señaladas dentro de una visión unitaria de la naturaleza humana.<sup>8</sup> El médico en esta época era considerado como un filósofo que había empleado su razonamiento para conocer las causas de la enfermedad.

En la Edad Media, durante en el siglo v y más o menos hasta el siglo xii, la medicina como ciencia sólo se practicaba en los monasterios, especialmente los benedictinos. Este periodo se caracterizó por el desconocimiento sobre las ideas planteadas por los médicos griegos; por lo tanto, los procesos de salud-enfermedad fueron tratados sólo como los síntomas del desacato a la religión católica, y de ahí la visión que empezó a construirse sobre dichos procesos, en la cual el binomio salud-enfermedad surgía como una consecuencia de la relación entre la naturaleza, el cuerpo y el alma se anuló.

Los monjes-médicos, figura oficial en quien recae la responsabilidad de la práctica de la medicina, trataban

<sup>8</sup> Cfr. R. M. Lara y Mateos, 1997, *Medicina y cultura*, Plaza y Valdés, México, p. 9.

los padecimientos de los enfermos por medio de plegarias, exorcismos o la utilización de imágenes religiosas.

Esta forma de pensar sobre la naturaleza humana, es decir, las nociones sobre el cuerpo y la salud prevalecieron hasta el siglo XVI, ya que el dominio de la iglesia católica comenzó a decaer a partir de las guerras religiosas. Pero la presencia de la burguesía y sus necesidades de desarrollo permitieron que los conocimientos científicos y técnicos fueran utilizados por la población en general.

Debido a esto, a mediados del siglo XIII la medicina empieza a ser una ciencia independiente, el médico comenzó a ser considerado como un físico, se decía que tenía un saber generalizado de la naturaleza. En este periodo de la historia, el Renacimiento, se concretan dos corrientes de pensamiento: la filosofía de la naturaleza y el mecanicismo.

Los principales representantes de la filosofía de la naturaleza, Paracelso y Vesalio cuestionaban los planteamientos hipocráticos; Paracelso afirmaba que el verdadero médico era el que estructuraba a la naturaleza, administrando así la voluntad divina. Por otra parte, Andrea Vesalio contribuyó notablemente al desarrollo de la ciencia médica con sus estudios sobre anatomía, para él era sumamente importante la descripción del esqueleto, ya que lo concebía como un edificio o fábrica anatómica del cuerpo.

He aquí dos concepciones importantes que darán a lo largo de la historia un sentido a la profesión médica: el médico es el portador del mandato divino y de un saber, por lo tanto es incuestionable; y, por otro lado, se empezaron a trazar las concepciones teóricas respecto de la mirada sobre el cuerpo y de aquel que se enferma.

En la corriente mecanicista se consideraba al mundo como un gigantesco mecanismo, el conocimiento

del mismo se obtenía mediante las leyes matemáticas, de esta manera se postulaba que únicamente se podía acceder a una forma de conocimiento por medio de las comparaciones y mediciones de las cosas, pero el conocimiento total estaba reservado a Dios.

En el siglo XVIII, con el nacimiento de la corriente filosófica del empirismo, se estableció el método científico, como una forma de explorar el mundo. Descartes (1596-1650) retomó el mecanicismo para dar sustento a la ciencia. En su *Tratado del hombre* propone un modelo para comprender el cuerpo humano, sus suposiciones básicas eran las siguientes:

1. El cuerpo humano es un organismo, un conjunto de partes de igual modo que un reloj;
2. La naturaleza de un organismo es determinada por la de sus partes y la disposición de la misma;
3. Cualquier organismo puede ser descompuesto y sometido a análisis para ser estudiado, y
4. Un organismo vivo puede ser entendido por la misma comprensión de sus partes, la disposición y el movimiento de las mismas.

Esta nueva noción del cuerpo concretó la idea de que los procesos de salud-enfermedad no podían ser entendidos sin previos estudios anatómicos, esta forma de percibir al enfermo proviene del gran auge de la filosofía mecanicista, cuyos representantes importantes eran Locke y Descartes. Médicos como Boerhaave, se oponían a estas ideas y rescataban las ideas de Hipócrates. Uno de los científicos más reconocidos de la época era De la Mètrie, quien eliminó de su filosofía todas las referencias al alma, a las fuerzas divinas, para él no existían diferencias entre

correr, respirar, reproducirse y las acciones de un instrumento mecánico.

Si bien, los siglos XVII y XVIII se caracterizaron por una serie de descubrimientos que permitieron grandes avances en cuanto al desarrollo de los conocimientos sobre el cuerpo humano, como el de la circulación de la sangre, realizado por Harvey en 1628 o la invención del microscopio por Leeuwenhook, los médicos de la época caían en grandes contradicciones, ya que a pesar de estos progresos seguían considerando las viejas ideas; aunque en esa época hubo novedades en ciencias como la física (Galileo y Newton) y la química (Boyle y Hooke), muy pocos médicos prácticos supieron ver la relación entre estos logros y el tratamiento de las enfermedades en sus pacientes.<sup>9</sup>

Con este tipo de contradicciones, con avances y retrocesos se fue construyendo la medicina como ciencia; cada vez, tomando una mayor distancia de lo que se conocía como *Folk medicine* (medicina tradicional). Debemos tomar en cuenta también el desarrollo de la sociedad, no es gratuito que muchos de los descubrimientos que se llegaron a realizar no repercutieran de inmediato debido a las formas en que la sociedad se estructuraba y las ideas que predominaban en la misma; cuestiones políticas y económicas en muchas ocasiones imposibilitan la aplicación de los avances tecnológicos, aunque, paradójicamente, en estas nuevas formas de estructura social se originaron innovaciones tecnológicas, producto de las necesidades sociales, teniendo sus aplicaciones más próximas en la medicina.

La medicina moderna comenzó en el siglo XIX con el desarrollo de la ciencia, en general, se lograron avan-

<sup>9</sup> M. R. Coe, 1973, *Sociología de la medicina*, Alianza Editorial, España, p. 208.

ces significativos para conocer más sobre las enfermedades, los factores que las producen y sus posibles curas. Desde disciplinas como la biología y la fisiología se aportaron conocimientos que dieron la pauta para el desarrollo de la medicina.

Otros hechos que contribuyeron a la evolución de la medicina, como ciencia moderna, fueron las innovaciones técnicas en la cirugía y el surgimiento de diferentes especialidades, tales como la ginecología, cancerología, cardiología, pediatría, gastroenterología, neurología, urología, inmunología, traumatología, sólo por nombrar algunas. El conocimiento originado a partir de estas especialidades ha permitido innovar formas de intervención e investigación médica, posibilitando que esta disciplina y ciencia haya progresado de forma insospechada, ahora podemos hablar de aspectos tales como la renovación de células, operaciones microscópicas o trasplantes de órganos. Ni el curador de la antigua Grecia o el médico de la Edad Media se hubieran podido imaginar los alcances de lo que hoy se conoce como medicina moderna.

### **Construcción de los espacios**

A la par del desarrollo de la ciencia médica, se originó otra historia: la de los lugares de la práctica médica, la cual da sustento a la anterior. Durante la expansión del Imperio Romano surgieron diversas instituciones que trataban de reglamentar las necesidades de aquellos que eran considerados como los más desprotegidos, formando una especie de defensa profesional de la *plebe*, con el tiempo estas formas de reglamentación pasaron al resto de Europa y fueron transformándose.

En la Edad Media aparecieron las *Gildas* y las *Cofradías*, las primeras “cumplían funciones tanto de defen-

sa como asistencia entre sus miembros, tenían generalmente un carácter religioso y estaban identificadas con la orden de un Santo; su misión primordial era la de atender y ayudar a sus miembros enfermos hasta el lecho mortuorio<sup>10</sup> y las segundas, aunque también se originaron en la antigua Roma, se extendieron principalmente en España, se diferenciaban de las primeras por cobrar ciertas cuotas a aquellos que acudían a ellas, se inclinaban por ayudar a los más necesitados, a las personas de edad avanzada y a los inválidos; otras instituciones como La Hermandad de Socorro Mutuo tenían más o menos la misma función, pero se encargaban por lo general de suplir la asistencia social para campesinos, obreros y personas de clase baja, trabajaban de manera independiente. Estas últimas tuvieron más auge a partir del establecimiento de las relaciones obrero-patronales.

Para normar, legalizar y reglamentar “los problemas de los pobres” fue necesario crear instituciones que se encargaran de dicho trabajo, es importante mencionar que uno de los problemas que mayor atención tenía era el control de los servicios sanitarios, no podemos olvidar las grandes plagas que acababan con pueblos enteros; la enfermedad resultaba un problema grave, no existía ninguna forma de control al respecto, por tal motivo se aislaban a todos aquellos que presentaban algún indicio o signo de enfermedad, pero al no haber medidas sanitarias debidamente reglamentadas, este tipo de control no era efectivo; poco a poco con el establecimiento de leyes y decretos se fueron construyendo políticas encaminadas a controlar la miseria, el hambre, la enfermedad.

<sup>10</sup> Cfr. R. Uzategui, 1978, *Seguridad social, síntesis bibliográfica*, Universidad Central de Venezuela/Facultad de Ciencias Económicas, división de publicaciones, p. 18.

Para los gobernantes de la antigua Europa fue necesario el control del grueso de su población y los problemas que presentaban, los cuales adquirirían cada vez mayor importancia.

La salud, la enfermedad, en tanto que hechos de grupo y de población, fueron problematizados en el siglo XVIII por múltiples instancias y, en relación con ellas, el propio Estado jugó diversas funciones. En ocasiones intervino directamente: las distribuciones gratuitas de medicamentos se sucedieron en Francia con una amplitud variable desde Luis XIV hasta Luis XVI.<sup>11</sup>

De esta forma, países como Alemania en (1530), Reino Unido (1601) y Francia (1893) reconocieron explícitamente el derecho de toda persona desamparada a recibir ayuda de las autoridades públicas.

Por lo general, los encargados de llevar a cabo dichos reglamentos eran las instituciones religiosas quienes distribuían vestido, comida, atención médica, cuidado a huérfanos y menesterosos.

En la figura del “pobre menesteroso” digno de ser hospitalizado, la enfermedad no era más que uno de los elementos de un conjunto que comprendía también la invalidez, la edad, la imposibilidad de encontrar trabajo, la ausencia de cuidados. La serie enfermedad-servicios-médicos-terapéutica ocupa una posición limitada, y raramente autónoma, en el interior de la política y la compleja economía de los “socorros”.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> M. Foucault, 1999, “La política de salud en el siglo XVIII”, en: *Estrategias de Poder. Obras esenciales*, vol. II, Siglo XXI editores, Barcelona, p. 328.

<sup>12</sup> *Op. Cit.* pp. 329-330.

Se produjo la imagen del pobre para vigilarlo, retenerlo y circunscribirlo a un cierto espacio; el pobre, necesario para establecer y dar sustento a una sociedad; servía como una pieza importante en el engranaje social, en este sector de la población se depositaban intereses económicos y políticos; las instituciones encargadas de reglamentar la asistencia a los pobres administraban a su vez bienes y dinero, adquiriendo así poder económico y político, por lo tanto, poco a poco la presencia del que *ayuda*, se fue modificando por la del que *cura*.

El médico fue construyendo en estos lugares, espacios de privilegio para su práctica profesional desarrollando tanto un saber como una posición respecto del otro: el enfermo; lo cual posibilitó la concentración del poder de diferentes sectores que se asumían como 'curadores-médicos'.

A partir de la apropiación de los espacios de asistencia se produjo la construcción del enfermo y del médico instrumentándose la profesionalización de la salud e institucionalizándose el saber médico. El pobre, sujeto de la asistencia, pasó a ser el enfermo y aquel que ayudaba pasó a ser primero el curador y después el médico, lo cual permitió que el médico ocupara un lugar central en la institucionalización de la asistencia médica.

### **La profesión médica y sus prácticas**

Asclepio, Esculapio de los romanos, era un demonio local de Tesalia, una deidad del mundo subterráneo. Al ser extraído del útero de su madre por Apolo, cuyas flechas le habían causado la muerte, fue llevado a la cueva del centauro Quirón, quien le enseñó las virtudes medicinales de las plantas y muchos conjuros, lle-

gando a convertirse en un médico que curó muchos enfermos y aun resucitó algunos muertos. Zeus castigó tal osadía con su rayo divino.<sup>13</sup>

Las formas de apropiación del conocimiento y de las prácticas médicas han permitido dar significado y sentido a lo que podemos considerar como la profesión médica; si bien, en cada época se presentan distintos procesos para asimilar los avances y la construcción del conocimiento, pareciera ser que los rituales de apropiación de dicho conocimiento son similares en todo momento. Revisar la génesis teórica de la medicina posibilita tener una visión muy generalizada de cómo se ha construido la medicina occidental, no podemos deslindarnos de la génesis social de la medicina, la cual nos da la pauta para reconstruir una serie de elementos de la práctica médica, los imaginarios y aspectos rituales que se circunscriben al profesional de esta disciplina con los que conforman su práctica y su identidad.

¿Qué factores contribuyen a la elección de una profesión?, ¿por qué se elige ser médico? Si trasladamos estos cuestionamientos a otras profesiones, podríamos preguntar: ¿por qué ser ingeniero, físico, antropólogo, sociólogo o psicólogo? Seguramente al realizar tales preguntas muchos dirán que es gusto, vocación, sentido altruista, inquietud por saber e investigar, en fin, cada persona a la que le preguntemos nos dará una respuesta más o menos en ese sentido; lo cierto es que poco se ha explorado sobre cuáles son los imaginarios sociales que giran alrededor, primero, de esta elección

<sup>13</sup> Cfr. H. Sigerist, 1974, "La profesión de médico a través de las edades", en: *Historia y sociología de la medicina*, Siglo XXI editores, Bogotá, Colombia, p. 20.

de carrera y, después, de la conformación de la práctica profesional.

Tratar de elucidar sobre los imaginarios sociales de la profesión en el área de la medicina es sumamente interesante, ya que los profesionales de la salud tienen sobre sí una mirada más atenta de la sociedad, aunque al mismo tiempo de ser mirados son los que menos se cuestionan sobre su quehacer cotidiano; detentan toda una estructura de poder alrededor de ellos que los hace construir su práctica profesional desde diferentes jerarquías por lo que las formas de mirar al otro se construyen en relación con estas formas de poder, en algunas ocasiones, sin siquiera mirar a aquella persona con y para quien trabajan; además son portadores de todo un saber, técnicamente muy avanzado, y reproducen en su práctica médica las formas que desde esta tecnología se han producido para observar al sujeto.

Foucault refiere que a partir del siglo XVIII aparece una tecnología no disciplinaria del poder: la biopolítica, si bien en el siglo XVII la técnica disciplinaria era el trabajo, ahora esta nueva tecnología se aplica a la vida de los hombres, o mejor, no se apropia del hombre-cuerpo, sino del hombre viviente. La biopolítica se dirige a la multiplicidad de hombres, pero no en la medida en que esta multiplicidad se resume en cuerpos, sino en tanto que constituye una masa global, recubierta por procesos que en conjunto son específicos de la vida como el nacimiento, la muerte, la producción. Con la tecnología del biopoder aparece un poder continuo científico: el de hacer vivir.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Cfr. M. Foucault, 1992, "Del poder de la soberanía al poder sobre la vida", en: *Genealogía del racismo*, La Piqueta, Madrid, pp. 252-256.

La estructura de poder dada por la sociedad establece tanto los lugares reales como los espacios simbólicos para el ejercicio de la profesión médica. Por medio de la jerarquización de dicha estructura se define el lugar de los médicos en las instituciones, otorgándoles como encargo social la posibilidad de la cura.

En toda relación social existen fuerzas de poder y la posibilidad de exteriorizarlas; el poder no se posee, se ejerce, y este ejercicio afecta al otro, por lo tanto la disciplina médica tiene la capacidad del ejercicio del poder en una correlación de fuerzas que se ejerce sobre los cuerpos.

Las estructuras de poder que han mediado la institucionalización de la medicina y el ejercicio de la profesión médica se han transformado a través del tiempo, permitiendo que se construya un modo de ser, de vivir, de actuar, de mirar, de expresar, es decir un *éthos médico*.

Se puede suponer que la figura del médico, como profesional, aparece al mismo tiempo que se empieza a construir la idea de esta nueva disciplina o que surge a partir del establecimiento de los centros de atención para enfermos y gente sin recursos; pero no es así, la profesión médica, es decir, la figura del médico es totalmente borrosa, no tiene una presencia fuerte en el devenir histórico de esta disciplina.

Los primeros médicos considerados como tales fueron aquellos que desde tiempos antiguos trataron de entender la relación del hombre con la naturaleza: los chamanes, los curanderos o hombres médicos; es importante tomar en cuenta que los estudios de antropología médica generalmente tratan sobre la construcción y el ejercicio de las prácticas médicas que ejercían los chamanes-curanderos-brujos; permiten observar las formas de apropiación del conocimiento médico-herbolario, las formas de ritualización y transmisión del

mismo pero no se consideran los procesos de formación que se han establecido a través del tiempo para consolidar a la profesión médica.

Los planteamientos de la medicina, como disciplina, se inician en la Grecia antigua, la escuela hipocrática, siempre presente cuando se lee sobre la historia de la medicina, no era la única que en ese momento daba cuenta de las formas de explicar la naturaleza humana, existían otras escuelas como los empiristas o los dogmatistas, en las cuales también se instruían para dedicarse a este arte extraño de la cura. Considerado así, ya que en un principio el ejercicio de la cura era visto como una tarea artesanal, en donde la observación y la interpretación formaban parte esencial de la misma, por lo tanto aquellos que curaban eran calificados como verdaderos artistas y artesanos.

Existían diversos claustros de aprendices y maestros curadores, cada claustro preservaba sus secretos; es decir, desde su propia ciencia trataban de diferente manera las enfermedades a las que se enfrentaban.

Según Freidson, los curadores en Grecia eran considerados como oficios inestables, ya que era difícil establecer credibilidad en su trabajo debido a que no permanecían por mucho tiempo en un mismo lugar. El trato hacia los pacientes difería entre los diversos curadores según el claustro en el cual habían aprendido el arte de la cura; por ejemplo, el interés principal de los curadores hipocráticos era el pronóstico, es decir dar a conocer al enfermo cómo iba a desarrollarse su padecimiento. Otras formas de tratar a los pacientes era la prescripción de remedios exóticos o *el cultivo de modos extraños de hablar y vestir*.<sup>15</sup> Algunos escritores del

<sup>15</sup> Cfr. E. Freidson, 1978, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento*, Ediciones península, Barcelona, p. 35. (Las cursivas son de la autora).

*corpus* hipocrático no aprobaban este tipo de medidas, ya que pensaban que sólo eran tácticas para impresionar y atraer rápidamente clientela en los pueblos en los que no se permanecía por mucho tiempo.

La figura difusa del curador predominó hasta la Edad Media; en el Renacimiento, bajo la supervisión de la religión católica, se construyeron nuevas formas de concebir la práctica médica: "en el mundo cristiano, la enfermedad significaba purificación y gracia. El individuo enfermo es una persona que participaba de la gracia de Dios. Preocuparse de él es la obligación del cristiano y beneficia el alma de quien practica esta buena acción",<sup>16</sup> en su mayoría los médicos de esta época pertenecían al clero y sus patrones éticos eran fijados por el poder de la iglesia católica. Por tal razón, muchos de estos médicos no podían intervenir quirúrgicamente a sus pacientes, pues era considerado como pecado abrir el cuerpo humano, o que alguien muriera en un tratamiento. Motivo por el cual poco a poco la práctica de la medicina fue retomada por los laicos. Aunque, no se debe olvidar que a la par de esta práctica médica también se ejercía el arte de la cura entre la gente del pueblo, los llamados curadores, quienes poseían amplios conocimientos en el ámbito de la salud y no sólo ellos, también los llamados brujos y hechiceros dieron a la medicina una doble connotación: mezclaban conocimientos de herbolaria con prácticas mágico-religiosas.

La primera escuela de medicina se fundó en Salerno durante el siglo x; en 1224, el emperador Federico II publicó una serie de decretos sobre las condiciones médicas del imperio y, por primera vez en la historia de

<sup>16</sup> H. Sigerist, 1974, "La profesión de médico a través de las edades", en: *Historia y sociología de la medicina*, Siglo XXI editores, Bogotá, Colombia p. 24.

Europa, se reguló estrictamente la práctica médica por medio de una ley. El derecho a ejercer la medicina pasó a depender de la capacidad de cumplir ciertos requisitos. El currículo comprendía: tres años de filosofía, cinco de medicina y uno de práctica. El candidato tenía que aprobar un examen en Salerno, después del cual obtenía una licencia.<sup>17</sup>

En el siglo XII, la creación de la universidad permitió reglamentar y propiciar una identidad de los considerados curadores-médicos, "El desarrollo de la universidad y, dentro de ella, las facultades de medicina, facilitaban la tentativa, por parte del Estado y su selecto grupo de curadores, de regular formalmente las ocupaciones relacionadas con la salud";<sup>18</sup> aunque esto no significó para los médicos de universidad un reconocimiento a su profesión. Los curadores-médicos que regulaban su práctica profesional por medio de la universidad, eran consultados sólo por la nobleza, ya que al ser un grupo de curadores que pretendía tener el control sobre los demás grupos; no tenían una presencia real y significativa entre la población y carecían del reconocimiento popular.

En esta época se intenta normar a la profesión médica y controlar a la población en general; la pugna por el poder estaba marcada por la preferencia del pueblo, por lo cual casi al mismo tiempo se estableció una serie de asociaciones que trataban de agrupar a los distintos gremios de curadores que existían y formar así otros grupos de control.

Para el siglo XVI surgen dos tendencias en la medicina: aquella que se enseñaba en la universidad y la mística o

<sup>17</sup> Cfr. *Op. Cit.*, p. 26.

<sup>18</sup> E. Freidson, 1978, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento*, Ediciones península, Barcelona, p. 35.

medicina tradicional, de la cual seguía haciendo uso continuo el grueso de la población, la de los curadores ahora no médicos, quienes eran perseguidos por el Tribunal de la Santa Inquisición con el pretexto de ejercer brujería. Por lo general, eran juzgadas mujeres de edad avanzada que tenían un saber médico, por lo tanto eran respetadas y obedecidas en sus comunidades. Las persecuciones realizadas por la Santa Inquisición tenían el objeto de dismantelar grupos que amenazaban con romper el orden establecido, los curadores no profesionales eran perseguidos con más frecuencia debido a la influencia que tenían en la población.

En Europa, después del Renacimiento, la práctica médica se institucionalizó rápidamente: primero, la universidad se encargó de normarla; después, se crearon instituciones y organizaciones que aglutinaban al gremio de los médicos y así se abrió paso a la medicina organizada que permitió el establecimiento de las normas relacionadas con todos los aspectos de la práctica y enseñanza médica.<sup>19</sup>

En Estados Unidos fue mucho más importante la creación de organizaciones médicas. En el siglo XVIII, todavía, los jóvenes practicantes aprendían de los médicos viejos, la formación en las universidades no era muy frecuente; mientras que en Europa se tenía el control de los grupos minoritarios, practicantes de la medicina tradicional, en Estados Unidos estos grupos proliferaban, por lo que era necesario la creación de organismos que reglamentaran la práctica médica. De ahí que en Estados Unidos exista una gran tradición en las asociaciones médicas. En 1847 se fundó la American Medical Association, que tiene carácter na-

---

<sup>19</sup> Cfr. R. Coe, 1973, *Sociología de la medicina*, Alianza Editorial, México, p. 225.

cional, cuyo objetivo era promover la ciencia y el arte de la medicina y mejorar la salud pública, lo cual no logró el efecto deseado y al parecer fue contraproducente, ya que no se conformó un grupo que reglamentara la práctica médica, en cambio proliferaron los curadores no profesionales.

### **La profesión médica, su historia en México**

La medicina en México, como disciplina y como ciencia, se remota a la época precolombina. Sin embargo, y no obstante que la medicina y las prácticas médicas del México Prehispánico eran superiores y más efectivas que las de occidente, para los fines del presente trabajo es necesario partir del virreinato, pues debido a la Conquista se retomaron las normas y estructuras que imperaban en el viejo continente.

La historia de la medicina en el México virreinal, al igual que en Europa, comienza con la presencia de las enfermedades. Los indígenas se vieron en la imposibilidad de contrarrestar las nuevas enfermedades que se suscitaron, hecho que favoreció notablemente el establecimiento del modelo médico europeo.

Las epidemias fueron factores que dieron pie a que la institución de la profesión médica empezara a florecer. La primera epidemia de que se tiene noticia, después de la Conquista, fue la de la viruela negra, le siguieron la del sarampión, disentería, la tifo, la peste y, de la última, la cual ocurrió entre 1595 y 1596, da cuenta Fray Gerónimo de Mendieta, quien nos informa que ésta fue mixta, al mismo tiempo se daba el sarampión, paperas y el tarbadillo.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Véase F. Ocaranza, 1995, "Las grandes epidemias del siglo XVI", en: *Historia de la medicina en México*, Cien de México, Conaculta, México, pp. 99-102.

Durante esta última epidemia un fraile franciscano Juan Baptista, guardián del convento de San Antonio de Texcoco, estableció un *Hospital Nacional*, el cual funcionó durante dos meses y trataba de dar atención a todos los indígenas que acudían. Los remedios utilizados eran las sangrías y algunas infusiones para la tos realizadas con hierbas medicinales; además de la atención que se prestaba a los indígenas por parte de la iglesia católica, las clases gobernantes consideraban que su presencia en los establecimientos hospitalarios era de gran ayuda, su preocupación sobre los enfermos consistía en proporcionar dádivas para mitigar de alguna manera el padecimiento físico y las carencias materiales de la población indígena en general.

Otra circunstancia que se creyó muy propicia para atenuar las calamidades, consistió en que entraba en esos días a gobernar la Nueva España “el ilustrísimo y piadosísimo príncipe” don Gaspar de Fonseca y Zúñiga, conde de Monterrey, que tomó a su cargo y muy directamente el cuidado de los indios enfermos. No conforme con su acción personal, formó una junta “de hombres ricos y honrados de la ciudad” para que de dos en dos y en compañía de los religiosos franciscanos visitasen todos los barrios de la ciudad cada semana y diesen a los enfermos “recado de comida y de los demás que oviesen menester”, y la emulación fue tal, que alguna persona alistó para obsequiar diariamente, 20 carneros “que valen 20 ducados de castilla” y en ocasiones hasta “100 reales de pan”.<sup>21</sup>

La lógica que había seguido la construcción de la medicina, como ciencia y práctica social en Europa, no

<sup>21</sup> *Op. Cit.* p. 102.

cambió en México, se instauró casi de la misma forma. Al igual que en Europa, se reglamentó la práctica de aquellos que sabían curar, sólo que el arraigo a la medicina tradicional y popular fue aún más fuerte, hecho que no perturbó las formas de reglamentación de la práctica médica.

### **Los espacios de la práctica médica**

En la historia de la disciplina médica, las instituciones escolar y hospitalaria, se han conformado como espacios propios para el ejercicio de la práctica médica. Por medio de éstas instituciones se han construido una serie de símbolos, rituales, mitos que son parte de la conformación del *éthos médico*.

#### *La institución escolar*

El 7 de noviembre de 1582 se aceptó en la Real y Pontificia Universidad de México, la cátedra de Medicina. Las personas que ejercían la medicina en la Nueva España podían optar por tres grados universitarios: bachiller, licenciado y doctor. Después de obtener el primero, legalmente no podían curar, pues necesitaban sustentar un nuevo examen ante el protomedicato. No se concedía el grado de bachiller en medicina a quien no hubiese obtenido previamente un grado de bachiller en artes; se consideraba que este primer grado era el más difícil de alcanzar. El sustentante tenía que aprobar distintos cursos como: anatomía, cirugía, astrología, matemáticas y por último el método Midendi. Una vez hecho esto, se presentaba a un examen, ocho doctores y maestros le hacían preguntas relacionadas con textos como: *De Febribus; De locis affectis; De methodo Mimendi; De coctione et putrendine*. Si el estudiante pasaba el exa-

men se le otorgaban las insignias que correspondían al grado de bachiller, para finalizar con el acto de obtención de grado se realizaba la profesión de fe "juraba sobre los estatutos de la vida universitaria y adquiría el compromiso de defender el punto relativo a la virginidad de María, la madre de Jesús, siempre que se ofreciera del caso".<sup>22</sup> Para ejercer la medicina como profesión, deberían haber transcurrido dos años de práctica dentro de la facultad de medicina y la sustentación de un nuevo examen ante el protomedicato.

El siguiente grado, el de licenciatura se podía solicitar cuando se acreditaban por lo menos tres años de pasante; se presentaba el documento que acreditaba el grado de bachiller y un informe ante el Santo Oficio, en el cual el bachiller daba razón de no haber realizado ningún tipo de acto reprobable o "infamia" respecto de su persona o sus antepasados (abuelos), así como no descender de esclavos y tener libros de medicina; por último se sustentaba un examen de conocimientos generales. Todo esto sólo correspondía a un acto preparatorio para después poder presentar el examen en el cual se le otorgaba el grado de licenciado.

Este examen se realizaba como un ritual, el aspirante debía asistir a misa y después presentar la sustentación del mismo. Al día siguiente el examen proseguía, sólo que a diferencia del primer día en el que el examen se prolongaba por lo menos cinco horas, este último tenía una duración de una hora.

Si el aspirante había obtenido el grado de licenciado, el rector, el secretario y los doctores que lo habían examinado visitaban al aspirante en su casa y realizaban con él su presentación por las calles y en la cate-

<sup>22</sup> Cfr. F. Ocaranza, 1995, *Historia de la medicina en México*, Cien de México, Conaculta, México, p. 123.

dral se realizaban los juramentos para dar término al acto protocolario. Inmediatamente se le pedía al recién graduado que obtuviera el grado de doctor, para lo cual sólo se requería presentar dicha solicitud en la universidad. Cuando se aprobaba la solicitud, la ceremonia protocolaria de obtención del grado, consistía, al igual que en el caso del grado de licenciatura en la visita del rector, del secretario y doctores a la casa del licenciado, quien debería salir acompañado de una caravana, todos a caballo y se realizaba una cabalgata por las calles de la ciudad. Al día siguiente se otorgaba el grado de doctor y se hacían los juramentos correspondientes en la catedral.

Dentro de este ámbito universitario se construyó el quehacer médico, con lo cual se empezó a dotar al médico de distintas significaciones. Aunque con el pasar del tiempo estas formas del reconocimiento profesional y social sobre la medicina fueron transformándose, los rituales sociales que daban prestigio al médico fueron poco a poco perdiendo presencia en la construcción de la profesión médica, resignificándose de diferente manera.

En los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX se publicó una serie de trabajos médicos, como por ejemplo: *Suma y recopilación de Chirurgia con un Arte para Sangrar muy útil y provechoso*, por el maestro Alonso de López, *Compendio medicinal*, por Don Francisco Capello, impresos en 1731, *El remedio Natural para precaverse de los rayos y sus funestos efectos*, por el bachiller Juan Antonio de Revilla Barrientos.<sup>23</sup> Estos artículos permiten percibir la evolución de la ciencia médica en nuestro país; es interesante reparar en los títulos de los mismos, se puede observar cómo se traslapan conocimientos tanto científicos como pura-

<sup>23</sup> *Op, Cit.* p. 130.

mente cotidianos, de esta forma se va construyendo la ciencia médica y su práctica. Uno de los mecanismos utilizados para cohesionar al gremio médico fue precisamente la publicación de artículos, como los ya citados, *La Gaceta Médica de México*, revista de difusión científica que dependía directamente de la Academia de Medicina, permitía la circulación de la información respecto de los descubrimientos de la época.

Sólo por dar un ejemplo de cómo se fue estructurando la profesión médica en México, observemos el caso del doctor Manuel Eulogio Carpio Hernández, quien nace en 1791 y muere en 1860; sin lugar a dudas precursor de la medicina mexicana. Cuando Carpio decide estudiar medicina, la cátedra de cirugía en el Hospital Real se cursaba en cuatro años, la cual estaba a cargo de dos cirujanos, quienes no exigían ningún estudio previo. "Se decía que a los jóvenes más torpes se les orientaba hacia la medicina y que ésta había llegado al atraso en que estaba porque España siempre se había opuesto a que las nuevas ideas se filtraran hacia sus posesiones americanas",<sup>24</sup> se puede suponer que la medicina como profesión no tenía realmente ningún prestigio ni económico ni social. Las formas rituales del reconocimiento sobre el saber médico en siglo XIX se habían transformado por completo.

Con el tiempo y los progresos en la ciencia, la medicina, como profesión, empezó a ser reconocida y, en consecuencia, se establecieron instituciones que reglamentaron esta práctica; en 1832 el doctor Carpio obtuvo su reconocimiento para ser profesor, el cual fue certificado por *La Facultad Médica de México*, un año más

<sup>24</sup> Cfr. F. Martínez Cortés, 1995, "La medicina científica y el siglo XIX mexicano", en *La ciencia desde México*, núm. 45, SEP/FCE, México, p. 41.

tarde pasó a ser *La Facultad Médica del Distrito y Territorios*, con lo que se desplazó totalmente la autoridad del protomedicato, institución que se instauró en la Colonia para certificar y otorgar licencias a los médicos y trabajadores de la salud.

El 19 de octubre de 1833 el Congreso Nacional otorgó al Poder Ejecutivo, representado por Gómez Farias en ausencia de Santa Anna, facultades para reestructurar la enseñanza pública en todos los grados, se crea una Dirección General de Instrucción Pública, encargada de todos los establecimientos públicos de enseñanza, además de los depósitos de los monumentos de artes, antigüedades e historia natural, así como los fondos públicos consignados a la enseñanza y todo lo perteneciente a la instrucción pública pagada por el gobierno,<sup>25</sup> con lo cual se suprimieron las funciones de la Real y Pontificia Universidad de México, respecto del tipo y formas de enseñanza.

Se fundaron seis establecimientos de enseñanza, entre éstos el de Ciencias Médicas, el cual fue ganando prestigio conforme se modificaron sus planes de estudio, aunque por esa época la situación política y social del país no era estable.

En medio de revueltas sociales y políticas se establecieron el Convento de Belén, como recinto para la enseñanza teórica de las ciencias médicas, y el Hospital de San Andrés, para las cuestiones aplicadas de la clínica; tiempo después el convento del Espíritu Santo fue la nueva sede del Establecimiento de Ciencias Médicas; en 1842 este último cambió su nombre por el Colegio de Medicina o Colegio de Belén. Ya para 1843 era insuficiente este edificio por lo que se pensó que el Colegio de Medicina se podría trasladar al Colegio de

<sup>25</sup> Cfr. *Op. Cit.*, p. 60.

San Ildefonso, del cual era rector Sebastián Lerdo de Tejada; pero los estudiantes del colegio no estaban de acuerdo con esta fusión, por lo tanto El Colegio de Medicina se trasladó al Colegio de San Juan de Letrán de donde fue nuevamente removido por la invasión norteamericana, trasladándose otra vez al Colegio de San Ildefonso.

En 1850, los profesores del Colegio de Medicina compraron el edificio llamado Hospital Militar que se encontraba en el convento de San Hipólito, pero con tan sólo tres años de estancia el gobierno despojó al Colegio de Medicina de esta nueva sede y éste volvió al Colegio de San Ildefonso.

Finalmente, El Colegio de Medicina no se estableció en el Colegio de San Ildefonso debido a problemas presentados con la dirección, por lo que se volvió a buscar un espacio para su reubicación y la mira fue el edificio de la Santa Inquisición, sede que ocupó hasta la construcción de la Ciudad Universitaria. De esta manera tan estropeada se institucionalizó la enseñanza de la medicina en México, con lo cual se logró separar rápidamente la medicina popular de la medicina científica, adquiriendo esta última un prestigio social importante.

### *La institución hospitalaria*

La institución hospitalaria ha operado de tres formas en la historia de nuestro país: como instrumento de caridad (1524-1760), como procurador del orden urbano (1760-1904) y como procurador del bienestar social, mediante la intervención estatal que inicia en 1905.<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Véase H. Mercer, 1984, "Hospitales y práctica médica en la ciudad de México", en: *Estudios sociológicos*, II:2-3. Cabe mencionar que los trabajos de Foucault sobre la génesis de la medicina tienen una mirada similar al respecto.

El sistema de salud en nuestro país se ha estructurado a través de una lógica asistencial que ha cambiado, permitiendo la incorporación de diversos modelos de atención médica que corresponden a los distintos periodos históricos y por consecuencia distintos imaginarios sociales que han transformando el *éthos médico*.

Las formas de asistencia se definieron e institucionalizaron tratando de dar protección a los trabajadores del campo, a los indígenas y al pueblo en general mediante las cajas de protección a los indígenas, los depósitos para almacenar granos con el propósito de socorrer al pueblo en momentos de escasez.

Otro claro ejemplo de las instituciones de asistencia fue el Monte de Piedad en la Nueva España, el cual tenía por objeto dar ayuda a los trabajadores de escasos recursos, prevalecía la idea de caridad y asistencia tratando así de contrarrestar en alguna medida la tan notoria desigualdad nacional.

Los hospitales fundados en la Nueva España son, a decir de algunos historiadores, producto fundamental del cristianismo, de ahí que sean considerados como uno de los instrumentos de mayor presencia en las formas de evangelización. Al igual que en el viejo continente, los principios que permitieron la construcción de estos establecimientos se gestaron a partir de la caridad y la asistencia, teniendo como principal objetivo *convertir a los indígenas a la fe cristiana*.

En el siglo XVII, el gobierno de la Nueva España estableció instituciones y espacios de residencia y circulación tanto para los indígenas, negros, mulatos y mestizos pobres; se crearon un sinnúmero de instituciones para asistir a los enfermos y menesterosos: monasterios, hospitales, casas de asistencia; todos estos establecimientos cumplían una doble función: promovían los procesos de evangelización, ya que te-

nían un carácter religioso y a la vez permitían controlar los brotes de rebeldía social ante los evidentes procesos de Conquista.

La imaginación asistencial, en sus orígenes remite, claramente a dos realidades. Por un lado, a una disimetría y dominación: la violencia de la Conquista desorganiza la vida productiva de los pueblos indios al subordinarla a los intereses de las minas, de las encomiendas y al envío de oro y plata a la metrópoli; por otro lado, remite a la combinación de formas prehispánicas y castellanas, a través de las cuales las comunidades, los pueblos y las villas se hacían cargo de las necesidades de subsistencia de sus miembros, con el fin de preservar la comunidad.<sup>27</sup>

Obviamente, el hospital era una de las principales instituciones que permitían mantener el orden mediante la regulación de los procesos de salud-enfermedad. En un primer momento, los hospitales operaban como un espacio de hospedaje para los viajeros “el hospital emergió así como hospedaje, como elemento de ayuda al peregrino, al necesitado, pero también como elemento básico para auxilio en la cristianización”.<sup>28</sup>

El hambre y las constantes enfermedades contribuyeron, de manera importante, a la fundación de los primeros hospitales, los cuales eran destinados para la gente sin recursos, quienes tenían posibilidades económicas, al igual que en Europa, eran atendidos en sus casas por los médicos que se formaban en la universidad.

<sup>27</sup> R. Reygadas Robles Gil, 1998, *Abriendo veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, México, p. 12.

<sup>28</sup> M. Suárez, 1988, *Hospitales y sociedad en la Ciudad de México del Siglo XVI*, México, UAM-A, p. 15.

En los hospitales de la Nueva España se estableció el modelo médico español, éste corresponde a lo que se denominó la mentalidad médica cristiana, la cual se fue conformando durante la Edad Media, con la asimilación por parte de la iglesia de una herencia de instituciones griegas y romanas.<sup>29</sup>

La prácticas asistenciales en la Colonia establecidas a partir de la institución hospitalaria permitían legitimar las formas de gobierno y el sometimiento económico, religioso y político de la población menos privilegiada; los hospitales eran sostenidos por las clases pudientes, que a su vez obtenían beneficios por medio de las bulas papales en compensación por su *caridad cristiana*. En esta época se crean hospitales como: El Hospital de la Concepción de nuestra Señora; Hospital real de Sant Joseph de Los Naturales, El Hospital de San Hipólito y El Hospital de San Lázaro.

Con el paso del tiempo, la localización de los hospitales en distintos puntos de la ciudad permitió establecer una medida de orden público, se hizo más notoria la segregación entre los hospitales para negros, mulatos, indígenas y españoles, también esta clasificación se hizo respecto de las enfermedades, por ejemplo el hospital de San Lázaro destinado a los enfermos de lepra y el hospital de San Hipólito para enfermos mentales se encontraban en las afueras de la ciudad; en cambio el hospital Del Espíritu Santo y Nuestra Señora de los Remedios, que era una institución privada, se localizaba muy cerca del Zócalo.

Bajo estos dos principios: la asistencia y el orden público, los hospitales en la ciudad de México funcionaron desde su inicio en 1524 hasta principios del si-

<sup>29</sup> Cfr. H. Mercer, 1984, "Hospitales y práctica médica en la Ciudad de México", en: *Estudios sociológicos*, II:2-3. p. 340.

glo xx, aunque los cambios sociales que se gestaron en el siglo xix fueron determinantes para la reestructuración del sistema hospitalario en México.

Durante la época independiente, José María Morelos, en el documento *Sentimientos de la Nación*, recomendó que se dictaran leyes para moderar la opulencia y la indigencia, así como para mejorar el jornal del pobre y se realizaran acciones para mitigar la ignorancia de la población en general. La Constitución de 1824 preveía la protección del trabajador mediante pensiones del empleado público.

En 1841, se creó el Consejo de Salubridad de la República y ese mismo año se suprime la Junta Médica del Distrito Federal. Durante el Congreso Constituyente de 1856-1857 se hizo hincapié en la necesidad de promover la justicia social.

El proceso de modernización de los establecimientos hospitalarios y por ende de la medicina como ciencia, se remonta a las Leyes de Reforma que marcan la separación definitiva entre la iglesia y el Estado, quien en adelante se haría cargo de dirigir los progresos sobre la medicina. Se establecen así modernos hospitales que colocaban a México a la vanguardia de otros países de América Latina: los hospitales de San Andrés, San Hipólito y el Divino Salvador se remodelaron para ocupar la sede del Establecimiento de Ciencias Médicas, con lo cual se inició la historia moderna de los hospitales. Convertidos éstos en instituciones estatales, se implementó una lógica particular de procurar salud para todos.

En 1906, Ricardo Flores Magón, a la cabeza del Partido Liberal Mexicano, inició en forma la idea de un régimen de seguridad y protección para los obreros, uno de los ejes principales de este proyecto era la atención a la salud. Esta idea fue sustentada en diferentes

leyes como la del Trabajo del Estado de México de 1904, así como las leyes sobre accidentes de trabajo de Nuevo León de 1906, tiempo después en los estados de Aguascalientes, San Luis Potosí, Tabasco, Jalisco, Yucatán, (1912), Coahuila (1913) y Veracruz (1914) se expidieron decretos que reglamentaban algunos aspectos obrero-patronales. Bajo la insistencia del Partido Antirreleccionista comandado por Madero, se encargó al ministro de gobernación se diera seguimiento a las iniciativas de ley antes mencionadas, pero el asesinato de Madero fracturó el trámite de estas leyes, las cuales también fueron presentadas a Victoriano Huerta; sin embargo, bajo su mandato no prosperó ninguna de las iniciativas propuestas.

La reglamentación sobre las medidas de protección para los trabajadores fue cambiando a partir de los años veinte, empezó a florecer una nueva institución que ponía en yuxtaposición a la ya existente, aquella que se regía por los principios de asistencia y orden público. La promoción institucional de la salud tomó un sentido nacional para el desarrollo del país, lo cual permitió un avance importante con respecto a la elaboración e implementación de medidas que beneficiaran a un gran número de la población trabajadora.

Durante el gobierno de Manuel Ávila Camacho, por acuerdo presidencial se crea en 1941 la Comisión Técnica Redactora de la Ley del Seguro Social, bajo la dirección del licenciado Ignacio García Téllez, entonces Secretario de Trabajo y Previsión Social. Lo anterior fue producto de la vida social y política de nuestro país, además de la situación social a escala mundial. Al respecto, es importante tomar en cuenta que el término *seguridad social* nació en los años cuarenta en plena guerra mundial. Uno de los primeros documentos que se conocen sobre el tema fue el de William Beveridge.

El documento denominado "Informe sobre el seguro social y sus servicios conexos" o Plan Beveridge fue presentado al gobierno británico en 1942. Este año tiene un valor simbólico, ya que en plena guerra mundial, en la cual perdieron la vida cuarenta millones de personas, se consolida no el derecho a la vida, sino un derecho diferente, más importante y complejo: el derecho a la salud.

En el Plan Beveridge<sup>30</sup> se hacían explícitas las bases para una nueva organización social en el Reino Unido, así poco a poco y debido a las exigencias de ese mundo en plena renovación industrial en el cual se gestaban rápidos y grandes cambios se expandió la idea de la seguridad social.

---

<sup>30</sup> Cabe mencionar al respecto cuatro puntos que Foucault destaca de la importancia del plan Beveridge, mismos que se han presentado en distintos momentos de la historia de la seguridad social:

1. Con el Plan Beveridge la salud se transforma en un objeto de preocupación de los Estados, no en función de los propios Estados, sino de los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud pasa a ser el objeto de la propia acción del Estado.
2. No sólo se trata de una inversión en el campo del derecho, sino también en lo que se podría denominar una moral del cuerpo... El concepto de limpieza y de higiene ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. Abundan las publicaciones en las que se insiste en la limpieza como requisito indispensable para gozar de buena salud, o sea para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción.
3. Con dicho plan la salud entra en los cálculos de la macroeconomía, ya que los gastos dedicados a la salud, los gastos ocasionados por la interrupción del trabajo, los de riesgos por accidente, así como muchos más, pasan a ser parte del presupuesto estatal.
4. La salud se convirtió en objeto de una lucha política. Después de 1945 no hay partido político ni campaña política que no plantee el problema de la salud y la intervención del Estado respecto de este rubro.

En México, el 10 de diciembre de 1942, con la participación de los sectores obrero, patronal y estatal, se firmó la iniciativa de ley que fue enviada al Congreso de la Unión y, un año después, en enero de 1943 se promulgó y publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Ley del Seguro Social, donde se estableció, como instrumento básico de la seguridad social, el Seguro Social, y para su administración y organización se decretó la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),<sup>31</sup> como un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios. En 1943 se llevó a cabo la organización administrativa y técnica del IMSS y la inscripción de patrones y trabajadores en el Distrito Federal. Es importante mencionar que el IMSS y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se establecieron en 1943<sup>32</sup> en respuesta a la política de industrialización y de sustitución de importaciones.

Una vez establecido el organismo de seguridad social<sup>33</sup> se comenzó a trabajar tanto en la atención a la salud como en otros rubros de la asistencia: vivienda,

<sup>31</sup> Cfr. Esbozo histórico del IMSS.

<sup>32</sup> En 1942 se aprueba en Ginebra por parte de la Organización Internacional del Trabajo el "Convenio sobre la norma mínima", En 1948 la Organización de las Naciones Unidas en su Asamblea General, realizada en París, aprobó la "Declaración Universal de los Derechos Humanos". En 1961 México ratifica el convenio sobre la norma mínima que fue aprobada en Ginebra en 1942, la cual establece las prestaciones mínimas que debe comprender un régimen de seguridad social: asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, de desempleo, de vejez, en caso de accidente de trabajo y de enfermedad profesional y prestaciones familiares, de maternidad, de invalidez y sobrevivientes.

<sup>33</sup> En México, las instituciones que procuran los servicios de salud para el grueso de la población trabajadora son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA).

pensiones, jubilaciones, entre muchas otras formas de atención. Así los derechohabientes pasan a formar parte de una serie de listados, a partir de los cuales se establecieron pirámides de edades, número de nacimientos, porcentajes de enfermedades, clasificación de las mismas; se registran los grados de atención de la seguridad social según regiones geográficas, grupos ocupacionales, tasas de morbilidad, mortalidad: cálculos y porcentajes, que dan cuenta, entre otras cosas, de un panorama de la distribución de la población hasta ese momento.

La conformación de la seguridad social permitió el perfeccionamiento de las formas de control. Con ello se deja atrás la idea de considerar a los sujetos en las instituciones hospitalarias sólo por su condición de pobreza o necesidad de asistencia social o incluso por su riqueza, ahora se hace por su utilidad. Se asegura que la inversión en salud reditúa en la vida productiva del trabajador. Mediante estas nuevas prácticas, los primeros en la lista de atención son los niños, ya desde el siglo XVIII la preocupación no sólo era por el nacimiento de más niños sino también por su buen desarrollo, igual acontece en estos años, pero no se trata únicamente de una política de salud pública relacionada con una planeación demográfica y el buen desarrollo de los sujetos: *pocos hijos para darles mucho, hospitales Amigos de la madre y el niño*.

Estas políticas obligan a estrechar y vincular de forma diferente la relación madre-hijo, fortaleciendo la idea de la familia como núcleo central de la sociedad.

La familia ya no debe ser solamente una red de relaciones que se inscribe precisamente por ello en un estatuto social, en un sistema de parentesco, en un mecanismo de transmisión de bienes. Debe convertirse más bien en

un medio físico denso, saturado, permanente, continuo, que envuelve, mantiene y favorece el cuerpo del niño".<sup>34</sup>

Si bien el siglo XVIII se caracterizó por considerar de gran utilidad el cuidado del niño, procurando así un óptimo desarrollo para incorporarlo a una vida productiva útil, era la familia quien debería encargarse de esta tarea; en los siglos XIX y XX, la noción del sujeto y su cuerpo es un territorio totalmente controlado, manejado y sujetado a diversas formas de economía y de mercado; en consecuencia, la práctica médica también se modifica; la aparición de diversas especialidades marca una nueva forma de relación entre los mismos médicos, las jerarquías se establecen de manera significativa y con mayor precisión.

A la par del desarrollo de la seguridad social se ha incorporado el derecho a la salud, haciendo énfasis en ciertos sujetos: niños y jóvenes, sujetos útiles. He aquí una nueva política sobre la salud y enfermedad: nuevas formas de nombrar al cuerpo y de relacionarse con los demás. Un derecho que permite mirar al sujeto de distintas maneras a las ya establecidas. Un nuevo panorama para la práctica médica, en la cual el estatus adquirido por los médicos se centra en mecanismos de control perfectamente reglamentados.

El hospital es un espacio privilegiado para acceder al conocimiento del *éthos médico*. Según diversos intereses sociales, políticos y económicos se han establecido distintos modos de organizar y definir a la salud, a la enfermedad, a los enfermos y a los médicos. Recuérdese que durante los primeros años de la construcción

<sup>34</sup> M. Foucault, 1999, "La política de salud en el siglo XVIII", en: *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Tusquets, Barcelona, p. 333.

de la ciencia médica, en la Nueva España, el modelo español era el que daba forma y cabida a los procesos de salud-enfermedad, dicho modelo estaba íntimamente ligado a cuestiones religiosas que permitieron durante siglos establecer el dominio en los pueblos conquistados.

El establecimiento de la seguridad social ha marcado las nuevas formas de la institución hospitalaria, construyendo a la par diferentes modelos médicos de atención. Actualmente en el ámbito de la atención hospitalaria predomina el Modelo Médico Hegemónico (MMH); al cual

entendemos como el conjunto de prácticas saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.<sup>35</sup>

El MMH tiene una serie de características estructurales como son su biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática;<sup>36</sup> es decir, los procesos de salud-enfermedad son explicados mediante procesos bionaturales, en los que sólo se ven implicados aquellos factores puramente biológicos dejando de lado una concepción social de la salud.

<sup>35</sup> Cfr. E. Menéndez, 1990, *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica*, Conaculta/ Alianza Editorial Mexicana, México, p. 83.

<sup>36</sup> Cfr. E. Menéndez, 1978, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en: F. Basaglia, 1978, *La salud de los trabajadores*, Editorial Nueva Imagen, México, p. 96.

Illich señala que la sociedad ha transferido a los médicos el derecho exclusivo de determinar qué es la enfermedad, quién está enfermo o podría enfermarse, y qué tratamiento recibirán esas personas. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, propio o deseable; tiene autoridad para catalogar como enfermedad genuina la dolencia de alguien, para declarar enfermo a otro aunque éste no se queje y para rehusar a un tercero el reconocimiento social de su dolor, su incapacidad o incluso su muerte.<sup>37</sup>

Cabe precisar que el MMH explica y da forma a un saber médico que se instaura en un poder, al hacer uso del mismo se marcan, delimitan y construyen las formas en que los médicos han incorporado un modo de ser propio de su disciplina. El modo de ser, *éthos médico*, se construye, ya desde diferentes discursos, diversas miradas y distintos espacios; el modelo médico hegemónico ha permitido resumir toda esa construcción de discursos y miradas que se establecen en uno de los espacios en los cuales el *éthos médico* se instituye: el hospital.

<sup>37</sup> Cfr. G. Figueroa, 1991, "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", en: *Salud Pública de México*, noviembre-diciembre, vol. 33, núm. 6.



## La construcción del *éthos médico*

**E**L *ÉTHOS MÉDICO* TIENE UN DEVENIR HISTÓRICO; una génesis social y teórica que han marcado las formas en que se ha construido y evolucionado para dar sentido a su versión actual; la conformación del *éthos médico* corresponde a instituciones como la escuela, el hospital y la sociedad, las cuales se interrelacionan de forma permanente, estableciendo un dispositivo que permite la construcción de producciones imaginarias que dan sentido a la práctica médica.

La noción de dispositivo, señala Foucault, enmarca lo dicho y lo no dicho, mezclándose una serie de elementos como son el discurso, los enunciados científicos, así como las proposiciones morales y filosóficas. El dispositivo se establece como un conjunto heterogéneo en el cual los elementos antes mencionados se vinculan permanentemente y a la vez cambian constantemente de posición y función, "...cierto discurso puede aparecer ora como programa de institución, ora por el contrario como un elemento que permite justificar y enmascarar una práctica que, en cuanto tal, permanece muda, o bien funcionar como reinterpretación secundaria de esta práctica, brindarle acceso a un nue-

vo campo de racionalidad". Foucault señala que el dispositivo corresponde a una urgencia la cual deriva de un momento sociohistórico determinado y tiene como función estratégica la dominación.<sup>1</sup>

Para entender la noción sobre el dispositivo es necesario tener presentes tres nociones fundamentales: espacio, tiempo y lugar. En este espacio-lugar-tiempo, *las nociones, los conceptos y las palabras se inscriben espacialmente de tal manera que esta inscripción permite y facilita el desarrollo de un tipo de experiencia, peculiar y única.*<sup>2</sup> Confluyen múltiples significaciones que se entrelazan entre sí dando forma, lugar y tiempo; creando y recreando lo vivido y no vivido, espacio de encuentros y desencuentros, de miradas y lenguaje, de lo dicho y lo no dicho; esta red de significaciones y relaciones permite dar una estructura al dispositivo, la cual se transforma constantemente, permitiendo la construcción del *éthos médico*.

El *éthos médico* es una creación imaginaria y, como toda producción imaginaria, está permeada por un discurso que debe dar forma a lo que se instituye, en el cual se distinguen dos momentos: el lenguaje, lo que se dice, y la mirada, lo que se ve.

El lenguaje, en su doble articulación, por un lado es el medio para interpretar pero al mismo tiempo es el objeto de interpretación; al momento de nombrar etiqueta, relaciona, articula e identifica, posibilitando un orden jerárquico en torno a lo que percibimos. El nombrar nos remite a una serie de representaciones y símbolos que damos a cada uno de los objetos o sujetos

<sup>1</sup> Cfr. M. Foucault, 1983, "El juego de Michel Foucault", en: *El discurso del poder*, Folios, México, p. 184.

<sup>2</sup> Véase María Inés García Canal, "Foucault, filósofo del espacio, la noción de dispositivo". *Versión, estudios de la comunicación y política*, núm. 9, abril 1999, UAM-X, México, pp. 43-68.

que nos rodean para que adquieran sentido a partir de nuestra percepción, la cual está inscrita a todo aquello que puede verse, nombrarse, y tocarse; al parecer el problema es mucho más complejo ya que percibir al otro implica mirar.

La mirada está determinada por la percepción de lo que se ve, de la ideología y de sus distintas representaciones. Los códigos, los símbolos cambian según el contexto temporal, histórico y político produciendo al mirar una interpretación distinta. Al mirar abstraemos las imágenes, las cuales, a decir de Castoriadis, tienen una función simbólica, ya que no siempre representan lo que son, se convierten en símbolos que remiten a un imaginario, el cual elaboramos y transformamos en una representación; mirar constituye una red simbólica, un imaginario en sí mismo. Los referentes histórico-políticos de la mirada no se pueden desvincular de lo imaginario, sobre todo si se dice que las relaciones sociales son siempre instituidas, se transmiten pautas culturales, tejiéndose toda una red simbólica que constituye lo simbólico como tal; de esta manera los símbolos, las representaciones se filtran en la mirada elaborando un discurso.

La mirada y el lenguaje permiten interpretar y abstraer el conocimiento y, al mismo tiempo, permiten la construcción de un *éthos* que adquiere sentido en la práctica cotidiana y se origina mediante diversas formas discursivas.

Los elementos del discurso trastocan todos los espacios de nuestra sociedad, el discurso no implica solamente la emisión del lenguaje, en él se simboliza toda nuestra gama de intenciones; al hablar, se trastoca al otro, uno mismo se plantea por medio del discurso. Nos miramos en nuestras propias palabras, nos reconocemos, nos distanciamos y transgredimos. En los dis-

cursos se expone nuestra propia subjetividad, hablamos no sólo con las palabras, sino que ponemos en juego todo aquello que nos atraviesa: "Es el resultado de un complejo entrecruzamiento entre una dimensión individual (vinculación con el sujeto y sus propias vivencias) y una dimensión histórico-social en la que la individualidad se engarza".<sup>3</sup>

Las producciones imaginarias del *éthos médico* se construyen e instituyen mediante los actos discursivos que se encuentran íntimamente ligados a la mirada de los otros y en la propia en un espacio-tiempo socio-histórico, lo que ha permitido que la ciencia médica, los médicos y la enfermedad se institucionalicen estableciendo reglas, normas, disciplinas, códigos, es decir, toda una estructura que ha marcado, junto con otras instituciones, el devenir de la sociedad.

Foucault, en *La historia de la clínica*, describe dos situaciones en el contexto de la disciplina médica: la primera se refiere a un doctor llamado Pomme, quien después de haber recetado a una histérica tomar "baños de diez y a doce horas por día, durante diez meses completos" observó: "porciones membranosas, parecidas a fragmentos de pergamino empapado... desprenderse con ligeros dolores y salir diariamente con la orina, desollarse a la vez el uréter del lado derecho y salir entero por la misma vía"; y en la segunda relata como cien años más tarde otro médico, Bayle percibió una lesión anatómica del encéfalo:

... se trata de falsas membranas que se encuentran con frecuencia en sujetos afectados por meningitis crónica: Su superficie externa aplicada a la aracnoides de la

<sup>3</sup> A. Díaz Barriga, 1991, "La entrevista a profundidad", en: *Tramas*, núm. 3, UAM-X, México, p. 171.

duramáter se adhiere a esta lámina, ora de un modo flojo, y entonces se les separa fácilmente. Las falsas membranas son a menudo transparentes sobre todo cuando son muy delgadas; pero por lo común tienen un color blanquecino, grisáceo...<sup>4</sup>

He aquí dos formas de mirar, dos formas distintas de vincularse con el objeto por conocer; con cien años de distancia entre un hecho y otro, se mira un cuerpo enfermo de distinta manera. Esta mirada está determinada por la percepción de lo que se ve, de la ideología y de sus distintas representaciones. Los códigos y los símbolos cambian según el contexto temporal, histórico y político produciendo al mirar una interpretación distinta.

La construcción del *éthos médico* a lo largo de la historia corresponde a las estructuras simbólicas que la mirada y el lenguaje han establecido; las formas de hablar, de vestir, de pensar que han dado una identidad a la profesión médica y a la vez han permitido la institucionalización de la ciencia médica.

<sup>4</sup> Véase. M. Foucault, 1966, *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI editores, México, pp. 1-2.



## **La escuela y el hospital: espacios de construcción simbólica**

El delirio más elaborado, como el fantasma más secreto y más vago, está hecho de "imágenes", pero estas "imágenes" están ahí como representantes de otra cosa, tienen, pues, una función simbólica... Sin embargo, en la medida en que lo imaginario se vuelve finalmente a la facultad originaria de plantear o darse, bajo el modo de la representación, una cosa y una relación que no son (que no están dadas en la percepción que jamás lo ha sido), hablaremos de un imaginario efectivo y de lo simbólico. Es finalmente la capacidad elemental e irreductible de evocar una imagen.<sup>5</sup>

Las instituciones remiten tanto a los espacios públicos como a los privados, pueden ser vistas como aquellos espacios físicos y simbólicos, donde los sujetos se inscriben voluntariamente y son capaces de convivir con el afuera y el adentro. Ya se ha comentado en páginas anteriores sobre los procesos de institucionalización, pero parece pertinente ahondar en esta cuestión. Referirnos a las instituciones a partir de su carácter de lo instituido e instituyente involucra necesariamente las formas de sujeción, es decir, conocer cómo se establecen los procesos de institucionalización en los sujetos permite conocer cuáles son las producciones de sentido que han integrado a los sujetos en un orden social determinado.

Hablar de instituciones como la escolar y la hospitalaria, tal vez nos hace pensar en espacios físicos o establecimientos, viene a la mente una imagen de una es-

---

<sup>5</sup> Cfr. C. Castoriadis, 1983, *La institución imaginaria de la sociedad 1*, Tusquets, Barcelona, p. 220.

estructura material; aunque también se puede pensar en los procesos que han permitido construir las significaciones sociales que dan sentido a estas instituciones, de tal modo se entrelazan tanto las formas materiales como las producciones de sentido que se generan a través de la historia y fundamentan la noción que hoy existe sobre la escuela y el hospital.

La institución escolar y la institución hospitalaria tienen como primordial función establecer un orden social por medio de enseñar conocimientos que han sido considerados como los apropiados para que se formen a los sujetos; pero estas instituciones no sólo transmiten conocimientos, se encargan también de producir un imaginario social; mediante éstas se establece la circulación de valores, símbolos, mitos que instituyen un sentido organizador en la sociedad dentro de un campo históricosocial determinado, es decir sólo tienen sentido para los sujetos involucrados en ese campo.

Las significaciones imaginarias sociales están en y por las "cosas" –objetos e individuos– que los exhiban y los figuren, directa o indirectamente, inmediata o mediatamente. Sólo pueden tener existencia mediante su "encarnación", su "inscripción", su presentación y figuración en y por una red de individuos y objetos que ellas "informan" –que son a la vez identidades concretas e instancias o ejemplares tipos, *eidé-*, individuos y objetos que en general sólo son y sólo son lo que son a través de estas significaciones.<sup>6</sup>

En el caso particular de la ciencia médica, su enseñanza y práctica se perfilaron para establecer formas de

<sup>6</sup> C. Castoriadis, 1989, *La institución imaginaria de la sociedad 1*, Tusquets, Barcelona, p. 107.

control y transmisión de los conocimientos y de las diferentes significaciones que han permitido la construcción de un *éthos médico*, diferente en el tiempo pero también en la estructura social. De ahí que el ejemplo presentado en párrafos anteriores permita ver claramente que las formas en que se mira y se construyen los discursos propios de la ciencia médica involucran tanto referencias científicas como culturales; las significaciones sociales sobre la práctica médica cambian constantemente, algunas veces se han reconstruido y otras se han inventado nuevas formas de significar tanto a la profesión como a la ciencia médica, lo cierto es que revisar la historia de la profesión médica permite elucidar la formación del *éthos médico*.

Los sujetos, en toda la historia, han sido normados, modelados y construidos por varias instituciones, originando así una práctica civilizatoria que les encuadra en las necesidades específicas de la sociedad. La construcción del *éthos médico* tiene que ver con estas prácticas civilizatorias, si recordamos el agrupamiento de los gremios médicos, el origen de las universidades y la construcción de los hospitales obedecen a esta lógica, poco a poco los individuos que han ejercido la práctica de la medicina han sido normados.

No se debe olvidar que los sujetos han llevado a cabo antes de su ingreso a la institución una rutina de actividades que deriva de su mundo habitual y comprende un estilo de vida, lo que presupone una 'cultura de presentación'.<sup>7</sup> La cultura de presentación está dada por el proceso civilizatorio, durante el cual se va construyendo una forma de apropiación, de sentir, de ser, de

---

<sup>7</sup> E. Goffman, 1961, *Internados*, Amorrortu editores, Buenos Aires, p. 26.

habitar en la institución, constituyendo en el caso de la profesión médica al *éthos médico*.

En este proceso civilizatorio, los sujetos no se pueden desligar de su historia personal e ingresar a una institución sin ciertas normas o reglas de convivencia e interacción, el afuera se transforma y se devuelve recodificado, preservando así la función de la institución en su carácter institucionalizante: suscribir al sujeto a un orden establecido.

El gremio médico, debido a las diversas políticas de salud y a los cambios sociales, establece, a lo largo de su historia, diversas formas de interacción entre sí. Gilberto Jiménez menciona que las prácticas sociales, en este caso la práctica médica, constituyen procesos simbólicos específicos, regulados por diversas instituciones cuya función es la producción y reproducción de sentido.

Los procesos instituyentes del campo médico generados por medio de la práctica en los espacios tanto físicos como simbólicos han creado un sistema de significados; estos procesos se desarrollaron principalmente en instituciones como la escuela y el hospital, espacios que han originando nuevas formas de orden social a lo largo de la historia.

El *éthos médico* se construye en un sistema de significados que puede ser analizado a partir de la revisión de los procesos históricos, lo cual no basta para dar fin a este relato; este sistema de significados es susceptible de ser observado, por lo tanto la experiencia y el contacto con el campo médico han sido una vía para conocer las significaciones imaginarias sobre el *éthos médico*.

El devenir histórico de la Facultad de Medicina ha permitido inscribir a los estudiantes de esta disciplina en una producción constante de significaciones socia-

les imaginarias. Los pasillos de la universidad están atravesados por las producciones de sentido que se originaron desde años atrás en la formación escolar de la medicina. Si recorremos la Facultad de Medicina casi todos los estudiantes se identifican por su forma de vestir, el color blanco deposita en ellos una marca distintiva sobre su identidad profesional, ingresar a la escuela de medicina es para algunos una forma de establecer un *estatus* social, para otros una demanda familiar, y para otros más un servicio de vocación. En estos pasillos circula información que produce al *éthos médico*, es decir las significaciones sociales, como son: el lenguaje técnico, la pulcritud en el vestir, la forma de comportarse en las aulas, el trato de los profesores con los alumnos y viceversa.

El imaginario social sobre el *éthos médico* corresponde en un primer momento a una historia individual que poco a poco se integra a una historia colectiva. Todos los aspirantes para obtener el título que los acredite como médicos saben que tienen por delante por lo menos siete años de trabajo. Con el paso del tiempo incorporan una mirada y un discurso que los acredita respecto del saber médico, poco a poco se acostumbran a utilizar los tecnicismos y a ser portadores de un saber *científico*, tienen que establecer nuevas pautas de interacción social, su vida cambia radicalmente, se integran un nuevo sistema de valores y significaciones sociales en el contexto hospitalario y escolar.

Una parte de su formación escolar los instruye para reproducir las formas ya instituidas del saber médico, los prepara para incorporarse a un sistema de salud que corresponde a intereses ya establecidos, construyendo así un *éthos médico*, el cual se va transformando en su actuar cotidiano, es decir en su práctica médica, la cual se inscribe por lo menos durante los últimos

años de su formación escolar en la institución hospitalaria.

El hospital es una de las instituciones que se encarga de regular nuestra salud, se reestructura constantemente con el saber de todas aquellas personas que confluyen en dicha institución, con las reglas que otros marcan, con las reglas del sistema y con las políticas de Estado.

Todos los hospitales tienen una estructura espacial y simbólica que permite la incorporación de 'nuevos médicos', estas formas de inserción se presentan en las distintas regiones<sup>8</sup> del hospital. Toda institución, en su carácter de instituido forma a los sujetos, los institucionaliza y, en su carácter instituyente, permite el movimiento y el cambio, lo cual remite a un círculo de reciclaje, que construye al *éthos médico*, el cual toma sentido en los espacios que lo generan.

La construcción del *éthos médico* se genera a partir del tránsito en la institución hospitalaria, es decir, se establece por medio de la construcción de los imaginarios y producciones simbólicas en las distintas regiones que componen al hospital.

Una institución hospitalaria<sup>9</sup> puede remitir a muchas cosas, sin duda alguna, a su historia y a su conformación política e ideológica, pero también, de forma mucho más concreta e inmediata, a nuestro saber y sentir.

<sup>8</sup> "La región puede ser definida como todo lugar limitado hasta cierto punto, por barreras antepuestas a la percepción". E. Goffman, x 1968, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu editores, Buenos Aires, p. 117.

<sup>9</sup> En México las instituciones que procuran los servicios de salud para el grueso de la población trabajadora son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SA). Estas instituciones han contribuido a formar la idea

## **Un espacio para observar: la consulta externa**

La consulta externa es una de la vías para ingresar a la institución hospitalaria. En esta área los pacientes que no tienen un padecimiento urgente son atendidos y si lo requieren son canalizados a otras áreas del hospital. La consulta externa puede ser dividida en tres regiones: la sala de espera (la región de lo público); el consultorio (la región de lo privado) y el pasillo que comunica a los consultorios de los médicos, la parte no vista de la institución (la región de lo íntimo).<sup>10</sup>

### *La región de lo público*

La región de lo público puede ser a la vez una sala de espera o una sala de recreo, se observan escenas muy familiares: unos padres platicando y cuidando a su hijo, mujeres embarazadas intercambiando experiencias,

---

que sobre salud tiene la población, así como la constitución de las formas propias de la práctica médica. El trabajo de observación, así como las entrevistas realizadas que componen el apartado "Un espacio para observar: la consulta externa" se llevaron a cabo en un hospital del IMSS. Dicho instituto está dividido en tres niveles; el primero corresponde a las clínicas de medicina familiar, el segundo a los hospitales regionales, de zona o subzona, y el tercer nivel que corresponde a los hospitales de especialidades. En los tres niveles existe el área de consulta externa, pero en los dos últimos, debido a su mayor capacidad de atención a la población usuaria, cuentan también con área de laboratorio y hospitalización. El relato, producto de la observación se refiere a un hospital de zona, en el área de consulta externa, en la cual interactúan médicos, pacientes, técnicos, enfermeras, personal administrativo y de limpieza.

<sup>10</sup> La división en regiones que se realizó en el área de la consulta externa, se propone como una forma de clasificar los espacios que en su conjunto constituyen una parte importante de la institución hospitalaria.

madres comentando sobre el desempeño escolar de sus hijos, niños jugando o llorando, caras de cansancio, de dolor, de desesperación o simplemente de aburrimiento. Esta es la primera región en que los individuos se preparan para entrar a la institución y ser sujetos de la mirada y del saber médico, pero a la vez interactuar con ese saber, y así crear el vínculo médico-paciente. En esta región la espera funciona como una forma de normar al sujeto; pueden transcurrir 10 minutos, una, dos horas o más para pasar a consulta. Los médicos no son vistos, pareciera que el acceso a ellos es totalmente imposible. En la figura del médico, no vista y oculta siempre en su consultorio, se depositan las esperanzas y la posibilidad de la cura. Una doctora relata:

sólo con saber que los voy a atender se sienten mejor, sobre todo los viejitos; ellos vienen porque necesitan ser escuchados, otros porque necesitan medicamento.<sup>11</sup>

Para poder acceder a una consulta es necesario cumplir con los rituales, asumirse como paciente: paciencia,<sup>12</sup> ante todo paciencia para soportar una larga espera, una espera que inviste y otorga poder al médico. La espera es un elemento constitutivo de la jerarquía médica.

Cuando el paciente tiene cita previa deberá llegar con anticipación si quiere pasar a buena hora, si no cuenta con cita tendrá que llegar en el horario de consulta y, en este caso, poner el carnet en el escritorio y esperar a que el auxiliar médico anote su nombre en una lista de espera, busque su expediente y, si todo está

<sup>11</sup> Entrevista realizada en un hospital de zona del IMSS.

<sup>12</sup> Del latín, *patientia*: virtud que hace soportar los males con resignación.

bien, le regrese su carnet; pero si el expediente no está, habrá que pedirlo a archivo. Otra larga espera. Y si no se encuentra en el archivo entonces el paciente tendrá que transitar por la zona administrativa del hospital para averiguar qué pasó con su expediente, dónde está o si tendrá que tramitar uno nuevo.<sup>13</sup> Después de la espera, el consultorio: el acceso a la región de lo privado:

El primer contacto es con la asistente médica, que le pide al paciente sus documentos que lo acreditan como derechohabiente: que es el carnet de citas. Entonces, ella procede a anotar su nombre, y su edad, lo pesa y lo mide, toma sus datos exactos y luego pasa a la consulta. Cuando el paciente llega con el médico ya se le han tomado sus signos vitales y se procede a la consulta, es decir, lo atendemos.<sup>14</sup>

### *La región de lo privado*

En el consultorio se atraviesan las miradas y los discursos; se interpreta lo que el otro dice, se clasifica y se signa. Médico y paciente establecen un reconocimiento mutuo, de esta relación surge el encargo que se deposita en el *éthos médico*: en un espacio del poder, del saber; el encargo se manifiesta en la esperanza de la cura. Los pacientes depositan en el médico un poder: lo reconocen como el curador de sus males.

Acudo al médico cuando me siento mal, cuando me pasa algo o de repente para prevenir enfermedades.

<sup>13</sup> El transitar parece ser otra forma de normar el poder médico.

<sup>14</sup> Aunque la entrevista se realizó a una doctora, nunca se refiere a ella, siempre aparece el médico (figura masculina).

Acudo al médico sólo cuando me siento mal, porque no me gusta ir al doctor.<sup>15</sup>

El quehacer médico y la demanda del paciente dan sustento a la institución. El decir, la del médico es una continuidad del decir de la institución, cada uno puede y da significaciones distintas según el tiempo y circunstancias en las que ha trabajado. Este intercambio de la mirada,<sup>16</sup> tanto del médico como del paciente, permite que ambos se perciban. Bajo estas miradas se entretujan dos discursos, el del médico y el del paciente, que dan forma a las representaciones simbólicas, es decir, la manera en que abordamos el mundo. Al mirar interpretamos todo aquello que nos toca, lo percibido se entrelaza con nuestra ideología, nuestros símbolos, nuestras pautas culturales: codificamos y descodificamos para llegar así a la interpretación.

Los discursos producidos del intercambio de la mirada médico-paciente tienen un límite de tiempo: la espera del afuera se forma en el apuro del adentro, y esta espera en el espacio abierto marca tiempo en el espacio cerrado, el tiempo es poco, los pacientes muchos y muchos también los reportes que deberán ser entregados. El discurso médico convierte a los pacientes en objetos, los marcan, les asignan un número; los médicos aprenden a calificar y distinguir a los pacientes del resto de la población.

a mí me gusta cuidar mucho la relación médico-paciente... a veces llega el paciente, dijéramos un poco agresivo, no llega como paciente llega como *sujeto fúrico*...;

<sup>15</sup> Entrevistas realizadas a pacientes en el hospital de zona del IMSS.

<sup>16</sup> "La mirada permite la percepción del otro, pero nosotros nunca podemos mirarnos". Cfr. Merlau-Ponty, 1993, *Fenomenología de la percepción*, Planeta Agostini, España.

desde que entran vas viendo su faxis, la forma en la que entran, como vienen vestidos, si vienen limpios, medios sucios y ya se empieza a realizar un diagnóstico.<sup>17</sup>

La relación médico-paciente está determinada por el encargo social del médico y aparece como un deber de ayudar.

...debemos de tener en mente que el objetivo de nosotros es salvarlos, ayudarlos, tener mucha paciencia para estarlos orientando... tengo en mente que debo de escucharlos... los pacientes inmediatamente tienen que sentir que les trato de dar apoyo, les digo que van a mejorar en su padecimiento y que toda aquella penuria que habían pasado durante tanto tiempo se va a quitar pero tienen que confiar en mí y yo voy a poner todo de mi parte para que eso salga y ellos tendrán que colaborar...<sup>18</sup>

...la experiencia con pacientes, en el hospital Darío Fernández que ahí estuve en el servicio de medicina interna, la experiencia que tuve con pacientes fue preciosa, porque a los pacientes se les ayuda, se les apoya...<sup>19</sup>

El encargo del hacer-ser del médico aparece en cada una de sus acciones, se manifiesta desde el primer contacto con el paciente, en la entrevista-diagnóstico y a decir de las doctoras entrevistadas el vínculo médico-paciente debe establecerse de manera favorable.

---

<sup>17</sup> Entrevista realizada a doctoras en el hospital de zona del IMSS.

<sup>18</sup> *Ídem.*

<sup>19</sup> Entrevista realizada en la Facultad de Medicina.

La entrevista médico-paciente, yo creo que es la base para un diagnóstico exacto [...] a mí me gusta cuidar mucho la relación médico-paciente, empatizar con los pacientes y creo que esto permite una comunión muy bonita, para mí es muy satisfactorio ver los resultados de la entrevista porque van a proporcionarme muchos datos.<sup>20</sup>

La clasificación del paciente aparece como una constante en el discurso, los pacientes son observados bajo la mirada del saber médico y estereotipados “nosotros hemos tenido pacientes simuladores, lo hacen para conseguir alguna incapacidad, simulan que tienen alguna dificultad para respirar”; “algunas mujeres son mitómanas, se crean enfermedades que no existen y las mandamos con el psiquiatra o el psicólogo”.<sup>21</sup>

El médico aparece en el discurso no sólo como aquel que ejerce un control desde un saber científico, sino como alguien que ostenta un poder, el cual se apropia del lugar en que los otros, los pacientes, lo colocan, el médico está inscrito en un orden jerárquico que corresponde a una escala y orden en el ámbito social.

le digo, si no quiere enfermarse, cuídese usted misma, lleve a cabo las medidas preventivas para que su hijo no se enferme y de esa manera *los chantajeamos* (...) ya desde el principio, si se formó una opinión negativa de ti no funciona, pero si es cordial, tranquilo, hay poco de, ¿cómo se le llama?, pues de amor, de humanidad, eso le ayuda mucho al paciente, a pesar que a veces de que no les des nada, tú dales un placebo y los trataste así con calidad, con cariño y se sienten bien, más que

<sup>20</sup> Entrevista realizada en el hospital de zona del IMSS.

<sup>21</sup> Entrevista realizada en el IMSS.

tienen sus problemas independientemente de los que no son su enfermedad.<sup>22</sup>

Esta forma de ejercer un poder se materializa en el control que los médicos tienen de los pacientes a partir de sus expedientes, finalmente se les codifica y se da un seguimiento, pero también imposibilita la cura, podríamos pensar que la institución planea una estrategia de no cura, para mantener a los enfermos, por lo menos a cierto tipo de usuarios de estos servicios de salud que corresponden a este primer nivel de asistencia.

Nunca había un médico fijo, siempre había uno diferente; venía la gente, ya le habían indicado un tratamiento, regresan los pacientes a su cita y cambia el tratamiento y así, y no se le resuelve el problema, cada quien aplica sus criterios como quiere o como lo cree conveniente, entonces no llevas un control, no puedes controlar a una paciente con verla una sola vez.<sup>23</sup>

Existe también entre los médicos una amenaza constante del otro, del afuera, también ellos se sienten vigilados y perseguidos, esta amenaza permite que el gremio médico se cierre y constituyan, junto con los dispositivos institucionales donde laboran, un grupo que se encargará de excluir a todos aquellos con los cuales no se identifiquen.

yo a mis pacientes les digo que si no van a tomar lo que les doy que ni vengan, porque si le doy un medicamento que se contrapone con otro y se muere, a mí me van a demandar; con las señoritas enfermeras ni se

---

<sup>22</sup> *Ídem.*

<sup>23</sup> *Ídem.*

diga, nos tratamos perfectamente bien, porque ya sabemos desde un principio que somos el grupo, que unos nos ayudamos en una cosa y otros en otra... y nos llevamos muy bien como si fuéramos una familia.<sup>24</sup>

No se podría finalizar este apartado, sin reflexionar sobre la percepción que las entrevistadas tienen sobre sí, es importante relevar que las entrevistas que se realizaron en el hospital se llevaron a cabo con doctoras, al referir sobre su decir o hacer médico siempre lo manifestaban desde el decir masculino, haciendo hincapié en la separación de lo emocional y lo afectivo con su práctica profesional.

como *médico* trato de analizar en dónde le duele, [...] debo ubicarme en un punto neutro como persona, como médico para poder ayudar al paciente porque la ciencia es neutra, yo me despersonalizo y dejo a un lado mis traumas personales [...] el médico debe de escuchar objetivamente al paciente.<sup>25</sup>

La práctica médica tiene una visión generada desde la mirada masculina, lo cual no permite una apropiación de lo femenino en la institución.

### *La región de lo íntimo*

En los pasillos se ventila la vida del personal médico y administrativo. Ahí se diluye el poder y el saber médico para dar paso a las relaciones personales que conforman al aparato institucional del hospital. Región-espacio donde el rango, la especialidad y el poder

<sup>24</sup> Entrevista realizada en el IMSS.

<sup>25</sup> *Ídem.*

médico se diluyen, dando cuenta de sujetos inscritos en una institución y en una sociedad, quienes tienen que responder a un deber ser para sí y para los demás. Un espacio prohibido a los de afuera, que distribuye el poder del saber y de quienes lo ejercen.

En estas tres regiones confluyen símbolos, significaciones y referencias<sup>26</sup> que resaltan la cotidianidad de la vida hospitalaria, justo por ello el hospital puede ayudarnos a entender la construcción del *éthos médico*.

Si bien la formación profesional de los médicos comienza en la escuela, la práctica de la profesión, es decir, la relación médico-paciente permite la apropiación del *éthos médico*, del *ser médico*:

...la primera vez que estuve en el hospital con mi bata blanca, pensé ahora sí soy doctor.<sup>27</sup>

Estas formas de simbolizar a la profesión, la ropa y bata blanca, permiten identificarlos como grupo, mas no establecer diferencias en ellos, es difícil decir quién tiene mayor o menor experiencia en la práctica médica. "cuando utilizas la ropa blanca todos, en la calle o en la familia, te miran con respeto. En el hospital sólo los pacientes lo hacen, o las enfermeras; los médicos nos tratan como si no supiéramos nada", dice un estudiante de medicina.

---

<sup>26</sup> Me refiero al hospital como institución material: sus paredes, pasillos, consultorios, escaleras, los cuartos con camas separadas por cortinas y también a todo el instrumental hospitalario: los carnet de admisión, la ropa azul y blanca, el material de curación, la báscula, el estetoscopio, el termómetro, los discursos plasmados en los expedientes clínicos, las recetas; es decir: todo aquello que da sustento a la práctica médica en el ámbito de la institución hospitalaria.

<sup>27</sup> Fragmento de entrevista realizada a un estudiante de medicina.

He aquí otro elemento, el orden jerárquico en la institución hospitalaria, "Los procesos de ascenso jerárquico que llevan a un estudiante a convertirse en médico especialista pasan por diversos estadios: estudiante, interno, pasante, residente (1, 2, 3), médico de base, médico adscrito, jefe de piso, especialista; cada uno representa un nivel y una posición susceptible de demandar y otorgar reconocimiento".<sup>28</sup> Esta jerarquía establece tanto en los pacientes como entre los médicos formas distintas de interrelacionarse, el médico más viejo, el especialista, tiene mucho mayor peso moral que quien que ocupa un puesto administrativo o alguna jefatura. Aún el que tiene mayor experiencia es quien enseña a los nuevos médicos.

La construcción del *éthos médico* en la institución hospitalaria también contempla la no sujeción hacia las normas, la crítica a lo instituido, pero a la vez la inscripción a las mismas es imposible de evitar. Entre más tiempo ha pasado un médico en la institución se vuelve más congruente con las prácticas cotidianas e incluso las reproduce, da vida a los modelos instituidos.

Para una doctora, con 25 años en servicio, la institución está perfectamente organizada y normada. La eficiencia y la presencia del 'lado humano' son muy importantes:

A la fecha me identifico más que anteriormente, estoy hablando ya de muchos años de ejercicio, ahora sí me gusta que mi paciente, que lleva algún problema biológico en su enfermedad, se sienta apoyado por mí inmediatamente, me gusta que se dé cuenta que le voy a po-

<sup>28</sup> E. C. Jarillo Soto, *et al.*, "Estudiantes de medicina. Un estudio de caso", en: *Argumentos*, núm. 35, abril 2000, UAM-X, p.46.

ner muchas ganas a su padecimiento y que le voy a ayudar a salir de su problema; y en efecto, lo logro.<sup>29</sup>

El tiempo que los médicos han estado en la institución permite observar cómo cambia su concepción de los pacientes, quizás se acentúa un poco más su 'compasión', en términos de no estar tan despersonalizados con sus vínculos médico-paciente, aunque parece ser que es algo que se les ha enseñado en su formación: Ayudar a mitigar la dolencia, resolver el problema, disminuir el padecimiento, quitar el malestar. Si durante la consulta no se puede resolver el problema<sup>30</sup> se manda al especialista, que sí está facultado para hacerlo, reconociendo aquí otro elemento de orden jerárquico.

En la región de lo privado, el consultorio, existen ciertas redes sociales que se construyen a lo largo del tiempo. Los pacientes pueden llegar a conocer e identificarse con el doctor o la doctora. No sólo van a consulta por un problema de salud. Incluso se comenta sobre la vida privada de los pacientes: "esa mujer trabaja como burro y el marido en la casa tomando; ella dice que está dándole otra oportunidad pero ya lleva cinco años haciéndolo. No entienden ¿verdad?"<sup>31</sup> la escucha permite establecer ciertos vínculos entre el médico y su paciente, por lo general son las personas mayores a quienes se les permite extender su tiempo de consulta y las doctoras, pocas veces, hacen algún comentario sobre lo que han dicho estos pacientes.

Los vínculos que se establecen entre los pacientes y el doctor dependen del tipo de interacción que se exista entre ellos. Se pueden establecer incluso de generación

---

<sup>29</sup> Entrevista realizada en un hospital de zona del IMSS.

<sup>30</sup> Palabra muy utilizada para denominar el padecimiento

<sup>31</sup> Comentario de una doctora sobre su paciente.

en generación, es decir, médicos que han atendido a padres, hijos y nietos. La institución ha reglamentado estos vínculos, la permanencia del médico en un solo consultorio es poco frecuente, ahora existe un gran índice de rotación en la asignación de consultorios, lo que no permite que los pacientes vean siempre al mismo doctor o doctora.

El orden hospitalario se rige por la mirada, la escucha, la espera, con ello se originan diversas significaciones que dan identidad al quehacer médico, como son el vínculo médico-paciente y las formas de apropiación sobre el hacer-ser del médico en la institución. Hay que reconocer que el atravesamiento institucional de las normas que rigen el *éthos médico* funciona como un contenedor de lo que el médico percibe y puede llegar a sentir. En ocasiones el médico no tiene contacto con los ojos de sus pacientes, se ve pero no se mira, se oye y no se escucha.

El sentir no está permitido, así lo refieren tanto los médicos que trabajan en el hospital como algunos estudiantes de medicina. Al médico no le está permitido expresar ni sentir angustia o preocupación. Los médicos han sido instruidos para dejar de lado sus sentimientos frente a sus pacientes y, aun fuera de la mirada de ellos, no reconocen este tipo de vínculo. El saber médico debe anteponerse a cualquier tipo de sentimiento. Si no es así, no es posible la cura.

No me provoca angustia ver el dolor físico, por ejemplo: si un paciente no puede respirar sé que tengo que ayudarlo a que respire mejor y yo me aboco a eso simplemente. Es decir, a escribir lo que tienen que hacer las señoritas enfermeras para que al paciente se le resuelva rápidamente su cuadro clínico.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Entrevista a una doctora del IMSS.

Cuando por primera vez te toca abrir un cadáver, muchos compañeros se asustan. O cuando tienes un paciente grave también, a veces te da miedo no saber qué hacer, pero con la práctica te acostumbras a ver cosas que no puedes remediar.<sup>33</sup>

Observar con detenimiento el espacio de la consulta externa permite conocer los atravesamientos institucionales y significaciones sociales que dan sentido a un *éthos médico*; la mirada de los pacientes sobre aquél que "sabe" es un proceso de institucionalización del saber médico, un establecimiento del orden y un ejercicio de poder constante, sutil y necesario para constituir la institución hospitalaria; el paciente, al buscar alivio para su padecimiento, no percibe que es clasificado, es más ni siquiera se da cuenta que es una cifra más, necesita ser "curado", "aliviado" y trata de buscar respuestas en aquél que lo mira.

Los distintos discursos en la historia de la profesión médica han establecido la forma de vivir los procesos de salud-enfermedad, de definir la noción sobre salud, de establecer un orden jerárquico y estructura de poder respecto de la profesión médica. De igual manera los espacios y los tiempos que la institución establece forman parte de las técnicas civilizatorias: la espera, el reconocimiento de pertenecer a una institución, lo que se dice en el consultorio y la mirada médica; a partir de estos discursos, tiempos y espacios, es decir, de los procesos imaginarios de significación social, se ha construido el *éthos médico*.

---

<sup>33</sup> Entrevista a un estudiante en el hospital de zona.



## Breve panorama sobre el estado de la disciplina médica en México y la construcción del *éthos médico*

**E**L *ÉTHOS MÉDICO* ADQUIERE UN SIGNIFICADO por medio de producciones imaginarias instituyentes que se construyen en las sociedades, entretejiéndose ciertos organizadores de sentido como son los mitos, las prácticas rituales, los discursos, es decir, diversos dispositivos que encuadran el hacer-ser del médico.

Respecto de estos organizadores de sentido, se debe decir que sobre el *éthos médico* se han depositado ciertos atributos míticos y construcciones simbólicas en el devenir histórico de dicha profesión. Si bien, el mito refiere a los orígenes de los imaginarios, permite la simbolización y la ritualización de esas "imágenes" que se crean para darle sentido al mundo,<sup>1</sup> los mitos y las formas de imaginar y de simbolizar que se construyen durante el ejercicio de la medicina permiten y otorgan un sentido al *éthos médico*, sobre todo en los lugares propios de su hacer-ser.

---

<sup>1</sup> "...la función del mito es la de fijar los modelos ejemplares de todos los ritos y de todas las actividades humanas significativas: alimento, educación, trabajo". Cfr. M. Eliade, 1988, *Lo sagrado y lo profano*, Labor-punto Omega, Barcelona, p. 87.

En toda sociedad existen mitos de origen, aquéllos sobre los cuales se establecen y construyen las primeras formas de orden social, en el devenir histórico de la medicina como ciencia, estos mitos han construido una estructura que está visiblemente permeada por el ejercicio del poder.

El primer mito que se conoce sobre el origen de la ciencia médica es el siguiente:

Durante toda la antigüedad griega, la curación fue considerada esencialmente un fenómeno espiritual, y se la relacionó con varias divinidades. La más destacada de estas divinidades era *Higía*, una de las muchas manifestaciones de la cretense Palas Atenea, que estaba relacionada con el simbolismo de la serpiente y que usaba el muérdago como remedio universal. Sus ritos curativos eran un secreto guardado por sus sacerdotisas.<sup>2</sup>

Tiempo después, con el establecimiento del Imperio Romano, el mito se transformó:

Asclepio, Esculapio de los romanos, era un demonio local de Tesalia, una deidad del mundo subterráneo. Al ser extraído del útero de su madre por Apolo, cuyas flechas le habían causado la muerte, fue llevado a la cueva del centauro Quirón, quien le enseñó las virtudes medicinales de las plantas y muchos conjuros, llegando a convertirse en un médico que curó muchos enfermos y aun resucitó algunos muertos. Zeus castigó tal osadía con su rayo divino.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Cfr. F. Capra, 1997, *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*, Editorial Estaciones, Buenos Aires, pp. 362-363. Las redondas son de la autora.

<sup>3</sup> Cfr. H. Sigerist, 1974, "La profesión del médico a través de las edades", en: *Historia y sociología de la medicina*, Siglo XXI editores, Bogotá, Colombia, p. 20.

Los mitos sobre la diosa *Higía* se distorsionaron y fueron incorporados al nuevo sistema, la diosa pasó a ser una pariente de una divinidad masculina mucho más poderosa. *Higía* se convirtió en hija de Esculapio, que fue reconocido como el primer dios de la curación. Las imágenes sobre las serpientes y el muérdago se fusionaron originando un nuevo símbolo para representar a la medicina occidental: la serpiente enroscada en el bastón de Esculapio.

La reconstrucción del mito de origen, en el cual la mujer era portadora del saber curativo se modificó; la concepción sobre *Higía* considerada la diosa de la salud, se transformó en la idea de la prevención, "la gente sana vivía mejor". A Panacea, quien era considerada como la diosa que todo curaba, se le atribuyeron conocimientos especializados derivados de las plantas y de la tierra. En la figura masculina se depositó el poder de la curación, así Asclepio, Esculapio, demonio, portador de una condición de oscuridad, escondido e instruido en el arte de la cura, quien además fue castigado por la osadía de desafiar a la propia muerte, se convirtió en la divinidad occidental de la curación.

Se puede suponer que tal vez el sentido y compromiso de la medicina se derive del desafío de Esculapio sobre la muerte, y de la misma manera sólo aquellos escogidos podrían optar por alcanzar los conocimientos ocultos para los mortales, en el confín de la tierra; se dotó al curador de condiciones especiales, excluyendo a los "simples" mortales quienes no podían aspirar a una condición reservada para la deidad.

Podría decirse que uno de los primeros elementos que constituyen al *éthos médico*, se originó mediante la transformación de estos mitos. Las formas en que el conocimiento sobre la salud se desplazó sobre el hombre. Asclepio generó que durante mucho tiempo la

práctica médica sólo fuera ejercida por la figura masculina, ocasionando que la figura femenina fuera excluida de la posibilidad de sustentar un saber médico y por lo tanto fueran perseguidas por instituciones que se encargaban de normar el orden social, como La Santa Inquisición.

Existen algunos textos y relatos que permiten entender la construcción del *éthos médico*. Baste sólo revisar el juramento hipocrático, en el cual ya transformados los mitos sobre el origen de la medicina, ponen en un orden jerárquico a las deidades que tienen relación con la salud.

Juro por Apolo, el médico, por Esculapio, por Higiya y Panacea por todos los dioses y diosas, a cuyo testimonio apelo, que yo, en todas mis fuerzas y con pleno consentimiento cumpliré enteramente mi juramento...

Jerarquía respetada, en términos de aquellos que tenían más autoridad y conocimiento en el arte de la cura. Se podría pensar que ahora tal jerarquía no existe, o se ha modificado debido a los contextos sociales y de aprendizaje de la medicina actual. Pero no es así. El médico más viejo, el que tiene más tiempo en la institución, es respetado, ocupa el lugar del jerarca. Una de las formas de iniciación para los jóvenes practicantes es el respeto a estas jerarquías, que además garantizan sus procesos de aprendizaje.

La disciplina médica es una de las instituciones más viejas en la historia de la humanidad. Desde el inicio de los procesos civilizatorios, la medicina aparece como una vía de acceso al conocimiento. Con el paso del tiempo se ha establecido como una forma de control sobre los sujetos. En el siglo XVIII, por ejemplo, los tratados sobre medicina tenían como objetivo educar a las familias so-

bre las reglas básicas de higiene, con lo que se pretendía normar la convivencia social. La ciencia médica estableció un vínculo seguro con la familia a partir de la alianza entre el médico y la madre, a quien se le depositó el encargo social del cuidado de la salud familiar.

Estos elementos aquí expuestos: el desplazamiento del saber médico de la mujer al hombre, el sustentar un poder respecto de los saberes sobre la salud y el acceso a dichos saberes, han marcado a lo largo de la historia elementos constitutivos de la práctica médica. La génesis social y teórica de la medicina permite considerar muchos otros. Castoriadis menciona que una sociedad puede existir si una serie de funciones se cumplen constantemente (producción, parto y educación, gestión, de la colectividad, regulamiento de los litigios etc.). De la misma forma se ha construido la práctica médica, en un continuo de funciones, institucionalizándose en un entretejido de redes simbólicas.

Los espacios: escuela y hospitales, imaginados como instituciones en términos de sus significantes simbólicos y como espacios físicos, han contribuido de forma esencial a la constitución del *éthos médico*. Recordemos el deambular del establecimiento de la escuela de medicina en nuestro país –del convento de Belén y el hospital de San Hipólito al convento del Espíritu Santo; después al colegio de San Idelfonso y al Colegio de San Juan de Letrán, expulsados por cuestiones políticas y por la invasión norteamericana, del hospital militar al convento de San Hipólito y finalmente al edificio de la Santa Inquisición, tendría que pasar algún tiempo para que la escuela de medicina quedara instalada en Ciudad Universitaria y fuera transformada en Facultad de Medicina.

Las instituciones como espacios materiales y sus significaciones sociales también han marcado la construcción

del *éthos médico*. Podríamos preguntar qué significaba para los estudiantes ser instruidos en una institución que se caracterizó por perseguir, castigar, matar a aquellos considerados diferentes, ¿cómo se estructuró en la formación médica la memoria social de las instituciones?

La disciplina funciona como una práctica civilizatoria. En las primeras prácticas escolares se les enseña a los estudiantes de medicina la obediencia. El procedimiento de intervención clínica precisa atención, disciplina, control de un saber, con lo cual se extiende el poder sobre el enfermo, en cuya figura recaen las formas de intervención. Se puede morir, agravar, padecer; la vigilancia médica procura controlar la enfermedad para no quebrantar un orden establecido.

Las dimensiones simbólicas de las instituciones estructuran por medio de la cultura una serie de prácticas civilizatorias. El sujeto ingresa y se transforma en dichas prácticas mucho antes de haber nacido. El *éthos médico* se construye mediante el orden social establecido, por lo cual la mirada que pesa sobre nosotros desde la perspectiva médica se ha transformado respecto de los saberes. Actualmente se puede decir que esta mirada se transforma constantemente respecto de las estructuras que dan sustento a la identidad del hacer-ser del médico.

El *éthos médico* se ha construido también de la expulsión, de la marca religiosa, de la disciplina militar y de la persecución, en espacios de asistencia con un objetivo claro: establecer el control de los individuos. El *éthos médico* oscila entre estos imaginarios, la asistencia como deber, la disciplina como formación y el lugar del juez como autoridad máxima para establecer cuándo un cuerpo está enfermo o sano; esta autoridad determina cuándo debe existir un proceso de intervención quirúrgico o no y las circunstancias en que se debe realizar.

Otros elementos que constituyen al *éthos médico* son la forma del vestir y del hablar. El vestir simboliza la asepsia, que si bien se estableció en las primeras construcciones de la profesión médica, a partir del modelo higienista, se marca como elemento distintivo de la profesión, una forma de vestir propia de los médicos; la bata o ropa blanca distingue y norma al portador, permitiéndole el libre tránsito por los espacios propios de su profesión, a la vez que sustenta las formas de intervención con el otro: el paciente o enfermo y cuyo fin último establece una política del biopoder.

Si bien el lenguaje por sí mismo tiene ciertos alcances y límites, no se puede decir más allá de las palabras, no se puede nombrar lo que no está nombrado. En esta acepción el lenguaje es sólo un instrumento de comunicación, pero también gracias a él podemos acceder al espacio de la sospecha, de lo no dicho, de lo oscuro: al espacio de la interpretación.

Como espacio interpretativo, el lenguaje, al ser instrumentado posibilita una interacción: "el sujeto se sirve de la palabra y del discurso para representarse él mismo, tal como quiere verse, tal como llama al otro a verificarlo";<sup>4</sup> es por medio del discurso que se accede tanto a la temporalidad como al espacio donde se desarrolla, entrelazándose los códigos y los mensajes.

Los códigos son anónimos y no tienen intención, mientras que los mensajes son intencionales, son pensados por alguien y tienen una dirección. Los médicos establecen discursos desde una estructura que excluye a aquéllos que no pertenecen al gremio, de esta manera se establecen formas de pertenencia y de construcción de la práctica médica. El lenguaje médico no es

<sup>4</sup> E. Benveniste, 1995, "Observaciones sobre la función del lenguaje en el descubrimiento freudiano", en: *Problemas de lingüística general*, Siglo XXI editores, México, p. 77.

accesible a todos, lleno de tecnicismos, marca un parámetro de comprensión

A partir de estas reflexiones, cobra sentido narrar los discursos y observar cómo se entrelazan las producciones simbólicas que construyen al *éthos médico*. Los espacios y contextos históricos sobre el profesional médico se resignifican constantemente, pero el modo de ser, *el éthos médico* se ha institucionalizado.

Las formas de mirar, de percibir, de curar se reproducen constantemente originando una estructura de poder que controla y establece los modos en que los sujetos viven y mueren. El ser médico se establece a partir de las prácticas civilizatorias que se han establecido en la formación de los mismos. Podría pensarse que en estas prácticas se pueden resignificar y establecer formas distintas de la apropiación del *éthos médico*. La formación escolar y la práctica hospitalaria se encargan de permitir el movimiento, la resignificación social del ser médico. Las significaciones imaginarias del ser médico se han perpetuado desde los inicios de la construcción de la disciplina médica y aún hoy en día se reproducen a partir de los mismos mecanismos, el orden, la disciplina, el poder, la jerarquía, aunque ahora las prácticas sociales que se instituyen por medio del *éthos médico* se reproducen, debido a los lineamientos que actualmente existen sobre las políticas de salud.

### **La salud en el contexto actual**

En la mayoría de los países occidentales, la crisis económica de 1929 y la Segunda Guerra Mundial precipitaron la evolución de los sistemas de seguros sociales ya existentes y los transformaron en sistemas de seguridad social. Los objetivos para los que fueron formados se pueden resumir en lo siguientes: conservar la

salud de los trabajadores o recuperarla en caso de enfermedad o de accidente, sea cual sea el costo de los cuidados necesarios; solventar las dificultades de subsistencia de los asegurados en caso de enfermedad, accidente, imposibilidad física o vejez y proporcionar sistemas de educación.

En América Latina la seguridad social ha ido cobrando importancia, a partir de los diversos movimientos sociales iniciados principalmente por la clase trabajadora; pero dicha institución en los últimos años ha tenido un gran giro respecto de la procuración de los derechos de los trabajadores. Esto se debe principalmente a las políticas públicas que se han instrumentado hoy en día, mismas que se plantean siguiendo lineamientos internacionales que privilegian un modelo económico y político a escala mundial, obviamente reglamentado por ciertos organismos controlados por los países económicamente poderosos.

Como consecuencia de este panorama mundial, a partir de los ochenta, en México se inició una reestructuración económica dando paso a un nuevo modelo económico: el neoliberal, que tiene como referente inmediato la apertura de mercados mediante la globalización e internacionalización de la economía.

Los años ochenta en nuestro país se presentaron como una época difícil sobre todo respecto de los cambios suscitados en materia económica; una de las mayores preocupaciones era la deuda externa y la creciente inflación. A finales de 1983 se inició una política relativa a un cambio en la participación estatal. Éste se centró en dos factores importantes: la reducción del tamaño del Estado y el paso de un Estado propietario de empresas a un Estado promotor de bienestar social.

Entre 1985 y 1988 la economía mexicana inició un proceso de apertura comercial que se expresó claramente

te a partir del ingreso de México al GATT (Acuerdo General de Tarifas y Aranceles, ahora Organización Mundial de Comercio) y al inicio de negociaciones para la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá.<sup>5</sup> Dicha política comenzó a cobrar fuerza a partir de 1988 en la administración de Carlos Salinas de Gortari.

En esa década, el apoyo a los servicios de salud se restringió gradualmente. Por ejemplo, los presupuestos *per cápita* del IMSS y del ISSSTE fueron 44 por ciento más bajos que en 1983, y en la Secretaría de Salud fue de 50 por ciento menos que en 1985. La consecuencia inmediata de esta reducción se observó en la desvalorización de las instituciones de salud, bajos salarios de los trabajadores, restricciones en la compra de equipo y mayor cobertura de la población atendida sin aumento de recursos, así como en un cuestionamiento sobre el prestigio médico y social a estas instituciones.

La tendencia política y económica era disminuir la intervención del Estado en ciertos rubros; para tal fin se creó en 1984 el Sistema Nacional de Salud, que contaba con atribuciones para planear, coordinar e integrar las actividades y programas de las instituciones públicas relacionadas con la salud de la población.<sup>6</sup> Por medio de este organismo se han pretendido realizar las reformas que han contribuido a relegar o disminuir la intervención del Estado, las cuales, sin lugar a dudas, repercuten tanto en el ámbito de la atención, así como en diversos procesos de relación dentro de la

---

<sup>5</sup> *Reflexiones sobre las reformas en la seguridad social*, Serie de estudios 34, Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México, 1997.

<sup>6</sup> *Cfr. Op. Cit.* p. 242.

institución, como pueden ser las relaciones médico-paciente, el vínculo del paciente con la institución, o la noción de salud-enfermedad, sólo por citar algunos.

En términos generales, las reformas planteadas reestructuran tangiblemente la participación del Estado y de los trabajadores. Como bien apunta Asa Cristina Laurell, las reformas al sector salud se basan en una estrategia neoliberal que dirige las necesidades en salud a ser cubiertas por los individuos, la familia o el mercado, por lo que al Estado sólo corresponde impulsar dichos servicios pero no financiarlos.

El Estado compartía junto con el sector industrial y laboral la aportación económica de la seguridad social. Ahora se pretende crear condiciones "favorables" para instaurar una política de mercado y así capitalizar al organismo de la seguridad social. Además, se quiere organizar al sector salud según las necesidades geo-económicas: "El nuevo modelo organizativo consta de tres subsistemas: el aseguramiento privado, el de seguridad social y el de los sistemas estatales de salud dirigidos a la población rural o suburbana 'no asegurable'".<sup>7</sup> Esto obviamente permite la distribución de ciertos insumos para dicho sector, pero además la segmentación de la población que accede a los servicios. Se plantea dar un mayor auge al seguro de enfermedad y maternidad, consolidar el seguro social para la familia y debido al supuesto incremento de insumos mejorar la calidad de los servicios médicos.

Siguiendo la misma lógica que inició con el gobierno de Miguel de la Madrid y que continuó en los gobiernos de Salinas y Zedillo, se conformó el Programa

<sup>7</sup> Asa Cristina Laurell, 1996, "La nueva concepción de los Servicios de Salud", en: M. Mussot, (coord.), *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*, UAM-X/Fundación Friedrich Ebert, México, p. 52.

Nacional de Salud (PNS) en el que se concretan las posturas económicas y políticas respecto de la salud que desde hace poco más de 18 años se han gestado en nuestro país, convirtiendo el ámbito de la salud en un mercado en el que los medios de producción del bien y las formas de consumo del mismo le darán sustento a las necesidades básicas de la población. Es importante mencionar que en el informe publicado en 1999 sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se promueve un nuevo universalismo y se reconocen los límites del Estado: "el nuevo universalismo reconoce que si los servicios deben ser prestados a todos, entonces no todos ellos podrán ser prestados. De acuerdo a una determinada priorización, los servicios más costo-efectivos deben ser provistos primero".<sup>8</sup>

La salud, de un bien accesible que debería estar al alcance de todos, pasa a ser un bien de mercado, es decir, un bien de consumo, ya que bajo estos lineamientos y el establecimiento de cuotas únicas se está trabajando bajo el mismo principio que las aseguradoras privadas, en las cuales los montos a cubrir corresponden a ciertos ámbitos de atención; el principio de solidaridad y equidad social planteado en los inicios de la conformación de la seguridad social de antaño se deja de lado.

El sector salud necesita una serie de reformas al interior del mismo, tanto en lo económico, lo político como en lo social; los aspectos económicos desde hace mucho tiempo han ido gestando una crisis al interior

---

<sup>8</sup> Citado en: G. Leal, "Pasaporte al fracaso. El foxismo como tardoprismo social. 16 apuntes sumarios sobre un gobierno del "cambio" que se traicionó en sólo cuatro meses", en: *El Cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual*, núm. 111, enero-febrero 2002, año 18, UAM-A, p. 96.

de la institución que repercute en la atención médica, pero también en la instrumentación de servicios dentro de la misma; se privilegian cifras: número de pacientes atendidos, número de camas disponibles, entre otros muchos números.

El PNS establece que las "contribuciones serán proporcionales a la capacidad de pago" y propone abiertamente subsidios escalonados para la atención integral y resolutive de la enfermedad "según la capacidad de pago del hogar" a través del así llamado seguro popular, la "ampliación" de la seguridad social y la "regulación" de los seguros privados vía las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).<sup>9</sup>

Es, sin lugar a dudas, de gran importancia tener en cuenta este tipo de cambios, en lo económico y lo político para poder analizar a una institución que por sus mismas características hace compleja su observación, pero que además está íntimamente ligada con la vida de los sujetos que la constituyen, ¿qué hacer con la salud en estos tiempos en que se ha marcado como un producto más que necesariamente debe ser comercializado?, ¿cómo enfrentan los sujetos sus vínculos institucionales con el sector salud en un país que poco a poco transforma la concepción de la seguridad pública constituyéndola como privada?, ¿cómo se instituye el *éthos médico* ante este nuevo panorama nacional?

Las políticas instrumentadas en materia de salud obedecen también a los avances científicos y tecnológicos, que además han marcado tanto el devenir de la historia de la medicina como las diversas maneras de apropiación de los médicos sobre su profesión, esta-

<sup>9</sup> *Op. Cit.* p. 96.

bleciendo una serie de símbolos, normas, signos, imágenes del hacer-ser, tanto de la profesión como de la ciencia médica.

Actualmente las transformaciones culturales, económicas, políticas en las sociedades están sustentadas en un gran porcentaje por el avance tecnológico; la tecnología facilita y sostiene la nueva visión de ver al mundo, "lo global" permite tener puntos de contacto entre diversas sociedades. Basándose en la nueva infraestructura tecnológica, el proceso de globalización de la economía y la comunicación ha cambiado nuestras formas de producir, consumir, gestionar, informar y pensar.<sup>10</sup> Aparentemente los procesos llamados globales, económicos y políticos han marcado esta línea, pero lo cierto es que existen procesos sociales que no pueden ser considerados iguales en todos los ámbitos de cada una de las sociedades.

Las transformaciones históricas en curso no se limitan a los ámbitos tecnológicos y económicos, afectan también las formas de producir, las maneras que los sujetos tienen de relacionarse entre sí, de establecer relaciones simbólicas que les permitan apropiarse de su medio cultural.

### **La construcción del *éthos médico* en el contexto actual**

Día tras día se logran grandes resultados terapéuticos en numerosos pacientes. Pero lo asombroso es que en los enfermos y en los médicos aumenta la insatisfacción. Desde hace decenios, junto con el progreso se habla de la crisis de la medicina, de reformas, de superar

---

<sup>10</sup> J. Borja y M. Castells 1997, *Local y global. La gestión de las ciudades en la era de la información*, Taurus, España, p. 21.

la medicina oficial y de innovaciones del concepto global de la enfermedad y del ser médico.<sup>11</sup>

¿Qué pasa con los procesos de construcción del *éthos médico en el contexto de la medicina mexicana?*, ¿con los factores de la identidad que están trastocados por el consumo, lo comercial y el mercantilismo? La construcción de los imaginarios se ve atravesada por distintos discursos que por un momento tratan de salvaguardar la identidad nacional y; por otra parte, tratan de incorporar dicha identidad a lo global, a diversas pautas que emergen del todo, del caos para así adoptar políticas culturales que nos identifiquen como nación.

La construcción del *éthos médico* supone dos ámbitos básicos: el microsocioal propio de la vida privada, y el macrosocioal, que corresponde en general a los procesos institucionales. En el primero se recrean aspectos particulares de cada persona; los sujetos tratan de delimitar elementos identificatorios: su territorio, su forma de hablar, sus características físicas, su religión, su pertenencia a un grupo social, por lo tanto, la manera en que se apropia cada grupo social de su cultura y la forma en que la reproduce es diferente. Existen en estas formas de apropiación diversas instituciones que atraviesan la vida cotidiana. En el contexto actual en nuestro país dichos atravesamientos tienen que ver principalmente con una ideología dominante marcada por las líneas del mercado internacional y las líneas del consumo mundial.

Al observar los cambios que se experimentan en el sistema de salud respecto de la atención de los enfermos, de la administración de los recursos y de las trans-

<sup>11</sup> A. Kraus, y A. Cabral, 1999, *La bioética*, Tercer Milenio, Conaculta, México, p. 14.

formaciones de las políticas internas en la institución, es correcto suponer que los sujetos que forman parte de la misma también transformen la manera en que se relacionan en la institución, y que las prácticas hospitalarias se resignifiquen, emergiendo nuevos imaginarios respecto de la medicina y sus prácticas. En estos imaginarios el profesional de la práctica médica pasa a ser un administrador y los procesos de salud-enfermedad son un bien, una mercancía y su valor será determinado por los factores de oferta y demanda en el mercado.

En el quehacer cotidiano, las políticas que se establecen a partir de las líneas de mercado ya mencionadas trastocan de diversas maneras la singularidad de los sujetos. Se empiezan a crear nuevas formas de reproducción de sentido, de apropiación del conocimiento y del uso del mismo, y nuevos modos de incorporación a los procesos institucionales. Cabría preguntar ¿qué nuevos imaginarios se están creando respecto de la profesión médica?

Las políticas de salud que se han establecido durante los tres últimos sexenios, han trastocado y colocado a los médicos en distintos lugares de la institución médica, como administradores, como académicos, como médicos residentes, médicos de base, modificando los espacios que los médicos y el uso de la medicina han ocupado a lo largo de la historia.

Ahora el médico ocupa el lugar del administrador, diversifica su saber y su mirada es más atenta a los lineamientos del mercado, se ha concentrado en aprender a suministrar los recursos de la salud, por ejemplo, una nueva manera de ingresar al sector salud es el sistema de prepagos, el cual primero se estableció para aquellos que tenían mayor poder adquisitivo, después se ampliaron estos servicios a otros sectores de trabaja-

dores como los del Metro, bancarios y universitarios, a los cuales se les otorga una nueva prestación definida por el gobierno federal: el seguro de gastos médicos mayores, lo que ahora repercute en una descapitalización de los recursos materiales y humanos en este rubro.

Cabe hacer hincapié que el rubro de la salud desde una perspectiva global se percibe como uno de los indicadores más significativos del desarrollo de un país. Del gasto en salud se llega a hablar de una inversión orientada específicamente al capital humano de un país y con repercusión en la productividad y la capacitación de avance en ciencia y tecnología.<sup>12</sup>

La institución de la salud, la cual reside principalmente en las instituciones de seguridad pública, se ha convertido en administradora de ciertos servicios. Los médicos ahora tienen un papel importante en este nuevo engranaje. La prioridad es la prevención, no la cura, no la atención. El portador del saber, el curador, se descoloca poco a poco de su lugar de conocimiento, y de esta manera, las formas de portar su saber se trastocan. Se puede explicar entonces porqué en el consultorio no se mira, se escribe; no se escucha, se interroga; se llenan expedientes; se presentan los formatos estadísticos; se pretende medir la calidad de la atención médica de esta manera. A partir de una política de gestión preventiva, la participación del especialista se reduce a una simple evaluación abstracta: señalar los factores de riesgo. En resumen, procede como un agente administrativo que elabora un banco de datos.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Cfr. C. Teltelboin, 2000, "Aspectos de los sistemas de salud en Chile, Colombia y México", en: *Argumentos*, núm. 35, UAM-X, p. 29.

<sup>13</sup> R. Castel, 1981, *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis*, Anagrama, Barcelona, p. 160.

El avance de las nuevas tecnologías,<sup>14</sup> así como los intereses propios de las políticas económicas, han permeado en todo momento la construcción de la institución hospitalaria, del sector salud, de la escuela, es decir de los espacios propios que atañen a la construcción del *éthos médico*. Ante las reformas económicas y políticas, los sistemas de salud en general se vuelven preventivos de los riesgos, ya no sistemas de regulación de los procesos de salud-enfermedad. Se construye un objetivismo tecnológico, en el cual los médicos adquieren una nueva construcción simbólica ante el otro, "un poder que no tiene relación con lo que ellos representen realmente en la sociedad".<sup>15</sup>

Las formas de atención que se presentan bajo la lógica de los nuevos sistemas de salud pretenden ser más que curativas, preventivas. El objetivo principal será detectar los riesgos respecto de la salud de la población, pero éstos, dice Castel, no son el resultado de la presencia de un peligro concreto para una persona o para un grupo de individuos, sino la relación de datos generales impersonales o factores (de riesgo) que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables.<sup>16</sup> De esta manera, la población "riesgosa" es colocada en sistemas especiales para su tratamiento, lo que conlleva a establecer estados de normalidad que pretenden agrupar a un gran número de población, con lo cual el sistema de instituciones tienen como objetivo la prevención de conductas

---

<sup>14</sup> En el caso de la medicina, podremos referirnos a la medicina nuclear, a los avances en la intervención quirúrgica a través de microcirugía, los marcapasos electrónicos, así como toda la utilización que se hace de la cibernética en este rubro.

<sup>15</sup> *Op. Cit.* p. 158.

<sup>16</sup> *Op. Cit.* p. 153.

indeseables, estableciendo así una estrecha vigilancia en los sujetos, quienes al ser normados y disciplinados enfrentan una pérdida continua de libertades y derechos.

Cada vez el tratamiento hacia los pacientes se vuelve más impersonal. Ahora los estudios epidemiológicos marcarán la pauta para que los enfermos ingresen al hospital y sean atendidos. La calidad de esta atención se verificará en la forma en que el paciente sea registrado en la institución, en los datos que se escriben e inscriben en su expediente. Los sistemas computacionales y de registro se encargarán de que el sujeto forme parte de una cadena e ingrese como un número más en la institución, quien será atendido por un médico que tendrá que ser detector de riesgos, un administrador de la salud que ya no se ocupará de contextualizar al paciente, de tratar de indagar sobre su entorno cotidiano, su forma de vida, datos que podrían llevarlo a realizar un diagnóstico diferente al que lleva a cabo con sólo preguntar, medir y palpar.

Las significaciones imaginarias de la profesión médica, el *éthos médico*, se construye ahora desde referentes distintos a los de antaño, produciendo así ya no curadores, ni artesanos; el prestigio social que la profesión médica ha gozado durante mucho tiempo está siendo mermado. Ahora la disciplina médica y su contexto actual produce médicos-administradores, médicos-especialistas, médicos-detectores de riesgos.

El *éthos médico*, las significaciones imaginarias de la profesión médica, ha empezado a transformarse. Las nuevas producciones de sentido que se den respecto de esta disciplina obedecerán principalmente a políticas económicas, por lo que un gran sector de este gremio será sólo una figura administrativa, dejando de lado el arte de la cura.

Para concluir me gustaría recordar lo que ya se dijo en el transcurso de la escritura de este trabajo. La finalidad del mismo es, tal vez, acompañar a pensar a aquellos que se dedican a estudiar e intervenir en los procesos de salud-enfermedad, a pensarse y mirarse de forma distinta a lo ya establecido.

## Síntesis

**L**A CONSTITUCIÓN DEL *ÉTHOS MÉDICO* en México tiene características particulares que lo distinguen de aquellas plasmadas en Europa o Estados Unidos. La profesión médica se ha tenido que ganar un lugar, un reconocimiento social; por lo tanto, los médicos han construido su 'modo de ser', su *éthos* a partir de la creación de ciertos símbolos y significaciones sociales, que constituyen el imaginario social sobre dicha profesión.

Para poder acceder al conocimiento de la construcción del *éthos médico* fue necesario conocer los inicios de la práctica médica como profesión; revisar la historia a partir de documentos permitió leer entre líneas los aciertos y tropiezos en el proceso de construcción de la medicina en nuestro país.

Los antecedentes inmediatos para elucidar estas prácticas fueron en un primer momento la historia de la ciencia médica; acceder al estudio sobre las investigaciones en medicina en México permitió ampliar el panorama de las interrogantes a responder ¿cuáles eran las significaciones imaginarias sobre la profesión médica en México? Fue interesante encontrar cómo el médico ha transitado por diversos lugares de aprendizaje

que han constituido al *éthos médico*, un primer referente lo encontramos en el ámbito familiar; pero se perfecciona este 'modo de ser' mediante el paso de la institución escolar a la hospitalaria; al llegar a la escuela los alumnos de medicina comienzan un proceso de adiestramiento para la profesión, diversos símbolos y significaciones imaginarias posibilitan esta construcción: la ropa blanca, portar ciertos instrumentos como los estetoscopios, los termómetros, los abatelenguas, el lenguaje técnico, e incluso la forma de referirse a los enfermos les permite distinguirse en la institución escolar y la hospitalaria.

En los espacios universitarios, reconocemos a los estudiantes de medicina por sus batas blancas, en el hospital esta misma vestimenta les permite ser reconocidos por los enfermos, pero también los coloca en una situación de igualdad entre ellos; por ejemplo, a simple vista no se sabe cuánto tiempo tiene un médico trabajando dentro de la institución hospitalaria o qué tipo de especialidad está realizando.

La profesión médica en México ha sido sometida a juicios de credibilidad; por lo tanto la ciencia médica construyó ciertos rasgos de exclusión para legitimar su saber científico. Recordemos la constante pugna entre la medicina llamada tradicional y la científica.

En la práctica las vinculaciones entre el ser y hacer médico fueron creando una serie de significaciones sociales, que permitió a los médicos establecer alrededor de ellos atributos que en la escala social los colocaba como poseedores de un saber técnico y científico, con lo cual estos profesionales adquirieron un reconocimiento social importante; pocos eran los que podían elegir este tipo de profesión, incluso el tiempo de estudio en esta disciplina se fue incrementando; para poder ser médico había que realizar estudios universita-

rios hasta por diez años, situación que actualmente sucede. Pensemos que después de estudiar en promedio cinco a seis años en la universidad, los estudiantes tendrán que acceder a una especialización la cual durará aproximadamente tres años, para poder tener mayor oportunidades de trabajo.

Es importante reconocer que el *éthos médico* se ha trastocado por las nuevas políticas de mercado que se ejercen en las instituciones de salud pública, a partir de las políticas actuales de salud; el médico se constituye en un administrador de la salud, lo que ha transformado las significaciones sociales del ser médico; los pacientes se adecuan a estos nuevos vínculos, ahora el médico con el que se tiene un primer contacto en el espacio de la consulta externa, es sólo aquél que elabora una base de datos, llena expedientes, da recetas; los pacientes se vinculan en una especie de complicidad silenciosa permitiendo que la institución de salud pública transforme poco a poco las formas de atención y el ejercicio de la profesión médica.

La consulta externa en estas instituciones es un filtro, ya que al pasar a las áreas de especialidades (cancelología, cardiología, perinatología, entre muchas otras) las estructuras de poder siguen manteniendo las significaciones sociales imaginarias 'primarias' que le dan sentido a la profesión médica; es decir, podemos encontrar que el médico de más experiencia revisa a los enfermos y se hace acompañar por aquellos quienes están aprendiendo la profesión; hablan entre ellos con un lenguaje técnico y especializado, y son los alumnos quienes se encargan de dar las explicaciones pertinentes a los pacientes sobre su enfermedad.

Actualmente las políticas económicas han marcado los procesos de construcción del *éthos médico*, por lo tanto, las estructuras de poder en el hospital están pla-

neadas para que menos médicos se especialicen, lo que genera que en estos espacios de saber la exclusión sea una constante, las jerarquías constituyen una herramienta para establecer ese 'modo de ser'; la distinción entre hombres y mujeres, entre el especialista y el médico general, entre los médicos y las enfermeras es necesaria para que la institución médica funcione.

Es interesante observar cómo el ejercicio del arte de la cura se ha desplazado hacia los hombres a través de la historia, recordemos el mito de inicio sobre la diosa *Higía* que con el devenir histórico se depositó en Esculapio el poder de la curación; esta estructura en la que el hombre tiene una función primordial para esta profesión se mantiene en las jerarquías establecidas; las mujeres a pesar de ser doctoras ocupan un lugar secundario.

Las prácticas instituidas en la profesión médica, las normas, reglas, valores establecidos se han trastocado a partir de ciertas políticas de mercado, se instituyen normas en el quehacer cotidiano de la profesión médica que cada vez se hacen mucho más visibles en las instituciones hospitalarias y escolares; el *éthos médico* se ve trastocado no sólo en una matriz de significado cultural, sino en términos económicos y hasta políticos, ahora los médicos establecen nuevas formas de vivir y ser en su profesión, son portadores ya de un saber administrativo que los posibilita de ofertar el bien salud; el gremio médico se ha especializado tanto, que acceder a las formas de curación especializadas ya no es una cuestión de bienestar social, sino más bien de economía, la cual reeditúa en determinados procesos productivos; la medicina privada se presenta como una opción, la cual no es accesible para todos.

Como ya mencioné en el trabajo, las producciones imaginarias del *éthos médico* se construyen e instituyen mediante los actos discursivos en un espacio-tiempo

sociohistórico, lo que ha permitido que la ciencia médica y todos los sujetos involucrados en el desarrollo de la misma hayan establecido reglas, normas, códigos, es decir, toda una estructura que funciona en un contexto.

Ahora ante las claras políticas de aperturas de mercado, de constituir los bienes sociales en bienes de mercado, la salud como uno de los más importantes; las posturas críticas sobre la medicina deberían consistir en realmente tratar de aprender sobre las formas de construcción del 'modo de ser' del médico, para entonces cuestionar la manera en que se ejerce la medicina como profesión, tratar de pensar el tipo de *éthos médico* que actualmente se produce, tanto en la institución escolar como en la hospitalaria, así como realizar una crítica constante a las formas de ejercer la profesión médica; todo ello abriría un sinfín de posibilidades para tratar de establecer mejoras sustanciales a los procesos de salud-enfermedad y a las instituciones de salud pública.



## Bibliografía

- Aguirre, A., 1986, "Tasa de crecimiento poblacional de uno por ciento en el año 2000: una meta inalcanzable", en: *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 1, núm. 3, El Colegio de México, pp. 443-474.
- Aguirre Beltrán, G., 1981, *La población negra en México*, México, SEP.
- Basaglia, Franco, 1978, *La salud de los trabajadores*, Editorial Nueva Imagen, México.
- Bay Almada, Ignacio (coord.), 1990, *Salud y crisis en México, textos para un debate*, Siglo XXI editores, México.
- Benveniste, Emile, 1995, "Observaciones sobre la función del lenguaje en el descubrimiento freudiano", en: *Problemas de lingüística general*, Siglo XXI editores, México.
- Beuchot, Mauricio, 2002, *Perfiles esenciales de la hermenéutica*, UNAM, México.
- Bustamante, Miguel E., 1969, "Salud pública y seguridad social", en: *Memorias del II Congreso de la Academia Nacional de Medicina*, vol. 1, conferencias magistrales, México, DF.
- Capra, Fritjof, 1997, *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*, Editorial Estaciones, Buenos Aires.

- Casanova, Patricia, "La psicología social de intervención", en: Soto, *et. al* (comp.), 1999, *La sociedad intervenida*, UAM-X, México.
- Castoriadis, Cornelius, 1983, *La institución imaginaria de la sociedad I*, Tusquets, Barcelona.
- \_\_\_\_\_, 2001, *Figuras de lo pensable*, FCE, Buenos Aires.
- Chávez, I., 1947, *México en la cultura médica*, El Colegio Nacional, México.
- Chihu, Aquiles, (coord.), 1991, *El éthos en un mundo secular*, UAM-I, México.
- Coe, Rodney, 1973, *Sociología de la medicina*, Alianza Editorial, España.
- Córdova, A., *et al.*, 1989, "El discurso académico sobre la salud en México", en: *Temas Universitarios*, núm. 13, UAM-X, México.
- Coquet Benito, 1964, *La seguridad social en México*, tomo I, IMSS, México.
- Cooper, D., 1980, *Las epidemias de la Ciudad de México. 1761-1813*, IMSS, México.
- Cueto, Marcos, (ed.), 1996, *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: IEP/Organización Panamericana de la Salud, Estudios históricos, núm. 20, Lima, Perú.
- De Quiroga, P. Ana, 1986, *Enfoques y perspectivas en psicología social*, Ediciones Cinco, Argentina.
- Díaz Barriga, Ángel, 1991, "La entrevista a profundidad", en: *Tramas*, núm. 3, UAM-X, México.
- Diéguez, Héctor, 1978, *La seguridad social en América Latina: reflexiones sobre sus características y problemática*, Centro de Investigaciones Económicas, Instituto Torcuato di Tella, Buenos Aires.
- Eliade Mircea, 1988, *Lo sagrado y lo profano*, Labor-punto Omega, Barcelona.

- Fernández, Ana María, 1993, *Tiempo histórico y campo grupal. Masas, grupos e instituciones*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_, 1994, *El campo grupal. Notas para una genealogía*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Figueroa PJG, 1991, *Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios*, vol. 33, núm. 6, Salud Pública de México.
- Flores, F., 1888, *Historia de la medicina en México*, Secretaría de Fomento, México.
- Florescano y Malvido (comp.), 1982, *Ensayo sobre la historia de las epidemias en México*, IMSS, México.
- Foucault, Michel, 1983, *El discurso del poder*, Folios, México.
- \_\_\_\_\_, 1992, "Del poder de la soberanía al poder sobre la vida", en: *Genealogía del racismo*, La piqueta, Madrid.
- \_\_\_\_\_, 1996, *El nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI editores, México.
- \_\_\_\_\_, 1999, "La política de salud en el siglo XVIII", en: *Estrategias de poder. Obras esenciales*, vol. II, Siglo XXI editores, Barcelona.
- Freeman, Howard, et al., (comp.), 1998, *Manual de sociología médica*, FCE, México.
- Freidson, Elliot, 1978, *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento*, Ediciones Península, Barcelona.
- Frenk, Julio, 1994, *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*, La ciencia desde México, FCE, México.
- García Canal, María Inés, 1999, "Foucault, filósofo del espacio". *Versión, estudios de comunicación y política*, núm. 9, abril, UAM-X.
- García Cruz, Miguel, 1955, *La seguridad social: bases, evolución, importancia económica, social y política*, IMSS, México.

- García Viveros, Mario (comp.), 1994, *Medicina y sociedad*, Secretaría de Salud/FCE, México.
- Gascón Mercado, Julián, 1975, *Sociología médica*, Francisco Méndez Oteo (ed.), México.
- Geertz, Clifford, 2000, *La interpretación de las culturas*, Gedisa, España.
- Goffman, Erving, 1961, *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- \_\_\_\_\_, 1968, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- González, Juliana, 2000, *El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*, Paidós/UNAM, México.
- Hammersley Martín, et al., 1994, *Etnografía. Métodos de investigación*, Paidós, España.
- Jarillo Soto, Edgar C., et al., 2000, "Estudiantes de medicina. Un estudio de caso", en: *Argumentos*, núm. 35, abril, UAM-X, México.
- Kraus, A. y Cabral, A., 1999, *La bioética*, Tercer Milenio, Conaculta, México.
- Koos, E.L., 1954, *The health of Regionville, what people thought and did about it*, Columbia University Press, Nueva York.
- Lara y Mateos, Rosa María, 1997, *Medicina y cultura*, Plaza y Valdés editores, México.
- Leal, G., "Pasaporte al fracaso. El foxismo como tardoprismo social. 16 apuntes sumarios sobre un gobierno del 'cambio' que se traicionó en sólo cuatro meses", en: *El Cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual*, núm. 111, enero-febrero 2002, año 18, UAM-A, pp. 92-98.
- Lourau, René, 1994, *El análisis institucional*, Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Manero Brito, Roberto, 1993, "Los psicólogos y la implicación", en: *Las profesiones en México*, núm. 6, UAM-X.

- \_\_\_\_\_, "Reflexiones sobre la psicología social". Trabajo presentado en la mesa redonda las perspectivas de la Psicología, 29 de noviembre de 1996, y Coloquio de Historia y Filosofía de la Psicología, FES, Zaragoza, UNAM.
- Martínez Cortés, Fernando, 1995, "La medicina científica y el siglo XIX mexicano", en: *La ciencia desde México*, núm. 45, SEP/FCE, México.
- Menéndez, Eduardo, 1978, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en: Basaglia, F., 1978, *La salud de los trabajadores*, Editorial Nueva Imagen, México.
- \_\_\_\_\_, 1990, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Conaculta/ Alianza Editorial Mexicana, México.
- Mercer, Hugo, 1984, "Hospitales y práctica médica en la Ciudad de México", en: *Estudios sociológicos*, II: 2-3.
- Merleau-Ponty, 1993, *Fenomenología de la percepción*, Planeta Agostini, España.
- Mesa-Lago, Carmelo, 1977, *Modelos de seguridad social en América Latina. Estudio Comparativo*, Ediciones Siap-Planteos, Argentina.
- \_\_\_\_\_, 1978, *Social Security in Latin America. Pressure Groups, Stratification, and inequality*, USA, University of Pittsburgh Press.
- Mussot L., Ma. Luisa, 1996, *Alternativas de reforma de la seguridad social*, UAM-X/Fundación Friedrich Ebert, México.
- Ocaranza, Fernando, 1940, *La novela de un médico*, Talleres Gráficos de la Nación, México.
- \_\_\_\_\_, 1943, *La tragedia de un rector*, Polis, México.
- \_\_\_\_\_, 1995, *Historia de la medicina en México*, Cien de México, Conaculta, México.
- Ortiz, Mauricio, 2000, *Devenir de la salud pública en México durante el siglo XX*, INSP, México.

- Pabón, J. M., 1973, *Diccionario Manual, Griego-Español*, Vox-Bibliograf., Barcelona.
- Pérez-Gil, R., 1992, "Investigación feminista en salud: ¿sobre o para las mujeres?", en: *Revista del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán*, año 3, vol. III, núm. 17, julio-agosto, México.
- Peza, Juan de D., 1881, *La beneficencia en México*, Imprenta de Francisco Díaz de León, México.
- Reygadas, Rafael, 1998, *Abriendo veredas. Iniciativas públicas y sociales de las redes de organizaciones civiles*, Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, México.
- Ricoeur, Paul, 1998, *Teoría de la interpretación*, Siglo XXI editores, México.
- Rosen, George, 1985, *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, Siglo XXI editores, México.
- Savoye, Antoine, *La naturaleza de los conceptos del análisis institucional*, Roberto Manero (trad.).
- Sigerist, Henry, 1974, *Historia y sociología de la medicina*, Siglo XXI editores, Bogotá, Colombia.
- \_\_\_\_\_, 1990, *Hitos en la historia de la salud pública*, Siglo XXI editores, México.
- Straus, Robert, 1957, "The nature and status medial sociology", en: *American Sociological Review*, 2 april: 200-204.
- Somolinos D'ardois, German, 1957, *Historia y medicina. Figuras y hechos de la historiografía médica mexicana*, Imprenta Universitaria, México.
- Sontag, Susan, 1996, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*, Taurus, España.
- Suárez, Marcela, 1988, *Hospitales y sociedad en la ciudad de México en el siglo XVI*, UAM-A, México.
- Teltelboin, C., 2000, "Aspectos de los sistemas de salud en Chile, Colombia y México", en: *Argumentos*, núm. 35, UAM-X.

- Uzcategui, Rafael, 1978, *Seguridad social, síntesis bibliográfica*, Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, División de Publicaciones.
- Zemelman, Hugo, Emma León, 1997, *Subjetividad: umbrales del pensamiento social*. Anthropos, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, México.



ÉTHOS MÉDICO: LAS SIGNIFICACIONES IMAGINARIAS DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN MÉXICO, se terminó de imprimir el dieciséis de diciembre de dos mil cuatro, con un tiraje de mil ejemplares, en estirpe, concepto e imagen, lucas alamán núm. treinta, col. obrera, méxico df., tel: cinco cinco ocho ocho ocho cero tres tres.



**E**n el presente trabajo se reflexiona sobre las producciones imaginarias que dan significado y sentido a la profesión médica; es decir, sobre las formas en que se ha instituido la figura del médico en nuestra sociedad, se reconstruye brevemente la historia de la medicina como ciencia y profesión; y se realiza un análisis de dos instituciones que se han encargado de la formación profesional de los médicos: la escuela y el hospital.

De igual modo, se reflexiona sobre ¿cómo se construye el éthos médico?, la "manera de ser" de los médicos, y se dan a conocer las formas en que los mismos, como profesionales y como gremio, construyen alrededor de ellos una serie de significaciones sociales que los cohesionan y caracterizan; teniendo tras de sí toda una historia que los dota de sentido.

Verónica Gil Montes es profesora-investigadora del Departamento de Política y Cultura, licenciada en sociología por la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco; licenciada en psicología, Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala, UNAM.

Maestra en Psicología Social de Grupos e Instituciones, UAM-Xochimilco

Candidata a Doctora en Ciencias Sociales, UAM-Xochimilco.

