

Reproducción de los valores médicos a través de la formación de estudiantes en medicina

Edgar C. Jarillo Soto*
Ma. del Consuelo Chapela Mendoza**

RESUMEN

Fundamento: Los estudios sobre la profesión médica en su mayoría parten de concepciones insuficientemente exploradas. En este trabajo se estudian los valores de la profesión médica a partir de observar algunos de sus procesos de reproducción en estudiantes de medicina de una universidad pública en México.

Método: Es un estudio cualitativo, con carácter testimonial e interpretativo a partir de entrevistas a profundidad con cinco estudiantes de medicina en su último curso de formación profesional. Las transcripciones de las entrevistas se validaron por cada uno de los informantes. El análisis se basó en párrafos significativos de acuerdo con los ejes en estudio.

Resultados: Se presenta evidencia testimonial de acuerdo a tres ejes de análisis:

- Características del profesional de la medicina, atributos, valores y conocimientos;
- Percepción de médico y paciente en el contexto institucional público y privado, y
- Los sistemas de percepciones de los estudiantes con relación a su profesión.

Conclusiones: Se destacan aspectos que muestran dualidad en la formación profesional. El currículo oculto se identifica con el proceso de reproducción de los valores profesionales. Los hallazgos permiten evidenciar la contradicción de los valores profesionales aprendidos y la realidad del escenario profesional. Un componente importante de identidad profesional que no se sustenta en las contradicciones ideal/práctica, se mantiene y asume como real en la práctica médica permeada por valores médicos clásicos.

Palabras clave: formación médica, currículo oculto, valores profesionales, relación médico-paciente.

Fecha de recepción: septiembre 09 de 2002
Fecha de aprobación: noviembre 12 de 2003

ABSTRACT

Background: Most medical profession studies are built upon conceptions that are not sufficiently investigated. Those conceptions represent the profession as imbued with values socially recognised as positive. This work explores medical profession values from observations about its reproduction processes through medical student's training in a public university in Mexico.

Methods: This is a qualitative, testimonial and interpretative study where five medical students in their last medical course were deeply interviewed. The interviews transcriptions were validated by the interviewees. The analysis was based in selected utterances significative for the topics under study.

Results: Evidence is presented about three analysis focus: a) medical profession characteristics, attributes, values, knowledge; b) perception of doctor and patient within public and private institutional contexts; c) student's perception systems related with the medical profession.

Conclusions: Aspects showing duality in medical training are revealed through student's practice. The hidden curriculum reveals fundamental for the reproduction of medical values. There is a contradiction between taught medical values in the medical and social discourses and the actual professional practise. Despite ideal/practical values contradictions, an important component of the medical profession identity is maintained assuming real the medical practice sustained in classic values assigned to the medical profession.

Key words: medical training, hidden curriculum, professional values, doctor/patient relation.

*Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México. Correo Electrónico: jese6322@cucyatl.uam.mx

**Departamento de atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México

Introducción

La mayoría de los autores (Castrillon MC, Ariza G, León A., 1999) que han estudiado la profesión médica han tomado como referente conceptual para construir sus problemas de investigación y la definición de metodologías el trabajo pionero de Freidson (1978). Los resultados permiten conocer aspectos generales de la profesión, que resultan válidos y que se podrían indagar en sus particularidades a futuro. Ejemplo de esto, es el 'carácter culto' que se asigna a la profesión médica. Sin embargo, no puede sostenerse que tal perspectiva cierra las posibilidades a otros modos de plantear los problemas de la profesión médica y buscar respuestas. En la relación médico-paciente, que es la articuladora de las prácticas médicas mencionadas, pueden reconocerse peculiaridades de los procesos, contenidos, significados y valores de la profesión.

En este trabajo se explora el tema de la reproducción de los valores profesionales médicos desde la perspectiva de la formación de nuevos miembros de esa profesión, quienes aprenden cotidianamente de la relación médico-paciente que establecen sus maestros con los pacientes que asisten a los espacios hospitalarios. El objetivo de este trabajo es identificar algunos elementos del modo como se forma al profesional de la medicina. La identificación de esos elementos permitirá analizar aspectos significativos y frecuentemente soslayados cuando se estudia la profesión médica, considerando a los miembros ya en pleno ejercicio de la profesión. El objeto de estudio de la práctica profesional de la medicina tiene importancia para la formación de recursos humanos médicos y para la construcción de conocimientos, significados y valores que entran en acción durante la práctica profesional (OPS/OMS, 2000).

Los profesionales de la medicina de finales del siglo XIX y hasta la década de los setenta en el siglo XX referían realizar su práctica con base en los valores profesionales observados en los grandes maestros de la medicina (Chávez, 1987). En años recientes puede observarse que la práctica médica en general y la relación médico-paciente en particular, obedecen cada vez en mayor grado a determinantes sociales como son el prestigio e ingresos económicos (Kendall, 2001; Taylor-Gooby, 2000).

La enseñanza actual de la profesión médica adquiere sus rasgos característicos a partir del Informe Flexner (Berlinger, 1975). De entre varios ejes articuladores definitorios de la profesión, la enseñanza de las ciencias clínicas en las instituciones hospitalarias, adquiere relevancia al incorporar los valores de la clínica como criterio de verdad de la práctica médica. Los nuevos miembros de la profesión son

introducidos a los valores y significados de la misma, a partir de la práctica clínica que se lleva a cabo fundamentalmente en los centros hospitalarios. Al articular en la clínica su representación de medicina, los estudiantes construyen sus valores y significados profesionales a partir de sus experiencias en el hospital.

El conocimiento científico y técnico de la profesión es la base explícita de la integración de un saber propio que identifica a la medicina y a quien lo detenta como una autoridad socialmente reconocida. La base implícita de la profesión médica está constituida por valores, significados y representaciones perceptibles a través de sus prácticas. La base explícita de la profesión puede estudiarse a partir de los contenidos y prácticas del currículo de los programas de medicina. La base implícita requiere del estudio del currículo oculto.

En este trabajo se ponen de relieve algunos de los mecanismos a través de los que las instituciones formadoras de recursos humanos operan el currículo oculto y en consecuencia algunos de los procesos de reproducción de valores y significados de la profesión médica. Interesa asimismo analizar las experiencias y percepciones de los estudiantes que constituyen la parte receptora tanto del currículo explícito como del currículo oculto.

El objeto de estudio de este trabajo requiere de una metodología que permita profundizar en aspectos simbólicos de la realidad de los estudiantes. Como ha sido argumentado por distintos autores (Altheide, Johnson, 1998; Brown, 1998; Clandín, Connelly, 1998; Cohen, Manion, 1997; McKenzie, 1997; Scott, 1996; Hammersley, Atkinson, 1995; Mays, Pope, 1995; Raggin, 1994; Bryman, 1992), la investigación cualitativa incide en la exploración específica de los componentes simbólicos de la realidad. Más que intentar generalizar sus resultados, el carácter de esta investigación es principalmente interpretativo y su validez se genera, entre otros, a partir de considerar cada caso vinculado con su contexto y de asegurar que quienes producen la información que se interpreta estén de acuerdo con la interpretación que el investigador hace de ella y no a partir de la cantidad de informadores o casos.

Material y método

Se realizó un estudio cualitativo, testimonial e interpretativo de las percepciones de estudiantes de medicina con respecto a su formación profesional. Para ello se efectuaron cinco entrevistas a profundidad con estudiantes que concluían el último curso de la carrera de medicina en una universidad pública mexicana. El plan de estudios en esta universidad incluye cinco cursos básicos, siete clínicos y tres prácticos.

Estos últimos se vinculan con la prestación de servicio social en instituciones públicas de servicios médicos con la autorización institucional y legal para el ejercicio pleno de la práctica profesional. Se decidió entrevistar exclusivamente a estudiantes de un solo género (varones) para descartar las variaciones en las respuestas que tuvieran que ver con la condición genérica en los espacios institucionales médicos. Los informantes al momento de la entrevista contaban con edades comprendidas entre los 23 y 25 años, tres originarios de la Ciudad de México y dos de estados del centro del país. Eligieron su carrera a los 18 y 19 años de edad; durante la misma fueron dependientes del financiamiento familiar y solteros.

Las entrevistas se realizaron de forma individual, sin límite de tiempo, conducidas por un guión definido con antelación para explorar su percepción a partir de veinte tópicos generadores en los que se incluye: características y atributos de los estudiantes de medicina; características de los conocimientos médicos; comportamientos y relaciones interpersonales; formas y fuentes de aprendizaje; importancia de los símbolos médicos; características de la práctica privada y la institucional; valores institucionales, de la medicina y personales, entre otros. Se llevaron a cabo cuatro reuniones con cada uno de los informantes fuera de instalaciones institucionales. Las reuniones fueron acordadas previamente con los entrevistados y se favoreció que se expresaran libremente en ellas. En cada sesión se abordaron los distintos tópicos centrales de esta investigación y se precisó información vertida en reuniones anteriores. El registro se hizo en cinta de audio y en notas del entrevistador durante y después de la entrevista. Las transcripciones fueron mostradas a los informantes para con ello verificar su exactitud.

Las entrevistas grabadas fueron transcritas individualmente para cada informante, fraccionadas según los tópicos del guión inicial y numeradas en frases y párrafos significativos. Se realizó una lectura del conjunto para hacer una primera identificación de párrafos y frases significativas y relevantes. En un segundo momento se hizo una lectura semántica y contextual de los párrafos y frases seleccionadas para facilitar y permitir una mayor exactitud en las interpretaciones.

Resultados

Los resultados se presentan organizados en tres conjuntos que corresponden con las líneas de análisis de este trabajo: percepción de ser médico; percepción de práctica médica en los servicios público y privado; significados a partir de los cuales los estudiantes desarrollan sus sistemas de percepción. Las transcripciones literales de los fragmentos de entrevista incorporados en este texto se seleccionaron de acuerdo con la claridad y representatividad de las percepciones y experiencias de los informantes. No se

incluye el nombre o inicial de los autores de esos fragmentos como una forma de mantener el anonimato de los informantes.

Percepción de ser médico

Las siguientes aseveraciones muestran que los estudiantes perciben al médico como un ser básicamente distinto, con atributos únicos difíciles de lograr:

El médico accede al mundo interno, establece relaciones con lo íntimo, entra al mundo de lo humano, sus congéneres. Un biólogo sólo valora lo animal, lo natural ... [al médico] esa intromisión lo cubre de una aureola especial, en cierto sentido de algo mágico.

... [el médico necesita] tener la capacidad para no ponerse a llorar.

... [el médico necesita] capacidad de resistencia al sufrimiento, dolor, muerte. Se necesita capacidad de no dejarse tocar.

Las características que los estudiantes identifican como su capacidad de actuar sobre los demás, definen una identidad básica: el médico requiere ser no solamente un profesional con capacidad técnica, sino además con comportamientos y actitudes que se correspondan con modelos ideales de este profesional. Lo que se reconoce como capacidad o atributos personales, en realidad son procesos conformados por la práctica profesional médica. Así por ejemplo, en las expresiones anteriores puede observarse que ser inaccesible a los pacientes es algo que el estudiante identifica como atributo profesional.

La representación de médico incluye valores que suponen la existencia de rasgos personales y que los atribuye a rasgos característicos de la profesión:

El médico necesita criterio amplio. Es muy importante, porque no se qué le pueda causar más daño a algo, actuar con base en prejuicios o en nociones equivocadas... [los médicos deben ser]... pulcros, rígidos, rectos.

... [el médico debe de ser] capaz de actuar individualmente. Sus actitudes deben ser ... crítico, con iniciativa, que tenga intuición. Que quiera investigar, es decir, entender el por qué de las cosas, que sea curioso ... pulcro ... limpio y correcto. Como si eso debiera de ser de forma superlativa.

Estos informantes asocian a la profesión médica con prácticas y capacidades exclusivas cuyos atributos se ven ligados a la institución y sus profesionales médicos. Pero no transformarse en rasgos de la persona que ejerce la profesión,

las capacidades o atributos personales conducen al distanciamiento de la práctica profesional y el entorno concreto donde se da la práctica como se puede observar en el siguiente texto:

... ante la decisión de uno u otro tratamiento, de tal o cual terapéutica, aunque el cuerpo es del paciente, de todos modos yo puedo decidir qué hacer. Yo creo que quien llega a una institución [el paciente] pierde la posibilidad de decidir y entonces la decisión pasa a ser de la institución. Y tú, como médico de ella [tienes que] enfrentar la decisión. Porque tú eres quien sabe.

El médico decide sobre el cuerpo del paciente sin percibir – o negando– las capacidades cognitivas, conocimientos y experiencias del paciente. Así, el ser médico obedece más a los dictados del entorno profesional que al espacio específico de su práctica, incluida en ésta el paciente.

La relación médico/paciente sucede en un espacio en el que tanto el sujeto enfermo como el profesional, quienes pierden su identidad, son ajenos al escenario en el que se encuentran. En este escenario, la conducta la define la institución dando lugar a la priorización de las relaciones institucionales por encima de las razones y circunstancias de los pacientes y las enfermedades.

... en una institución te riges por otros criterios, y aunque el paciente quiera otra cosa, si va allí... es porque acepta que sea en la institución donde se decide qué hacerle.

... él [paciente] debe someterse a la institución. El paciente no tiene la capacidad de decidir.

En la percepción que tienen los estudiantes entrevistados acerca de la institución y las razones institucionales como rectoras de la práctica, identidad y atribuciones de los médicos, está presente la percepción de diferencias sociales y personales, jerarquías y principios de autoridad a partir de distinguir entre ‘el que sabe’ y ‘el que ignora’; el que demanda atención y quien la ofrece. Dos polos de una misma relación en donde uno sabe, conoce, domina, decide, actúa; y el otro ignora, acata, acepta, se somete. El siguiente comentario es ejemplo de lo anterior:

La relación con los pacientes depende de la personalidad de cada cual, pero existe un poder entre el que sabe, el médico, y el que no sabe, el paciente. El médico necesita ejercer su poder.

Los estudiantes se perciben a sí mismos, y especialmente a la profesión con la que se identifican, en una posición superior

en el orden institucional. Ese sitio es incuestionable y hay que mantenerlo como parte de la misma pertenencia profesional.

... desde mi perspectiva, hay una fuerte lucha contra las enfermeras. En el hospital siempre estamos tratando de no dejarnos ganar por ellas, de que no nos impongan sus criterios... es verdad que ellas saben mucho pero no es cuestión de saber, se trata de que no nos [énfasis del informante] dejemos ganar, de cualquier forma las enfermeras siempre tienen que obedecer al médico, su trabajo está definitivamente subordinado al médico...

En la representación social de médico que tienen los estudiantes, aparece el estereotipo constituido por valores y atributos que la sociedad considera propios de la profesión. Estos han sido incorporados por los jóvenes estudiantes y constituyeron la motivación principal para elegir la profesión médica. Los valores definidos por la sociedad y la profesión, generalmente son positivos: bondad, nobleza, humanismo o altruismo. Un ejemplo es la priorización del trato humano:

El médico debe ser humanitario, debe ponerse en los zapatos del paciente.

Lo cual contrasta con los textos analizados en párrafos previos, en donde el paciente queda subordinado a la institución.

La construcción ideal del profesional médico incorpora situaciones y expresiones del imaginario social, presentes en el entorno familiar inmediato de los estudiantes. Este imaginario incluye representaciones de la familia acerca de lo que es y sucede en el hospital. Estas representaciones son ratificadas por los mismos estudiantes.

A mí me dicen mis amigos y familiares: yo no podría abrirle la panza a alguien, ver sufrir... tienes nervios de acero... necesitas ser frío y calculador... [tienes que] mostrar seguridad aunque digas mentiras.

Lo que le da prestigio al médico es que la gente le otorga el poder de curar. La gente asocia: ‘Me curó, me sanó’ y quien lo hace es el médico, entonces el médico es valioso.

... ese respeto excesivo se nota más en la gente mayor. A mí me pasa que en la casa de mi abuelita a todos les habla de mí, pero dice: ‘pásale su plato al doctor’ cuando se refiere a mí.

Percepción de práctica médica en los servicios público y privado

En los textos de los entrevistados puede percibirse una clara distinción sobre el modo de ejercer la profesión de acuerdo con el tipo de práctica: pública o privada.

Parece que existe una tendencia muy definida: en la práctica médica privada [se pretende que la atención al paciente] sea 'integral' mientras que en la institucional [pública] es 'funcional'.

El texto siguiente con respecto a la percepción del médico en su práctica privada y pública permite observar el trato diferencial que se hace del paciente:

Ese trato prepotente y con falta de afecto que muestran los médicos, yo pensaba que era así por la gran demanda de atención, por el volumen de gente que tienen que ver en poco tiempo, pero me di cuenta, para mi sorpresa, que los médicos aún en condiciones de menor demanda, de menos gente por atender [en su consultorio de institución pública] pueden ser igual de despectivos y prepotentes con los pacientes, hasta a veces peor.

La razón económica de la diferencia de trato al paciente en la práctica pública y privada puede observarse en el siguiente testimonio:

[Un médico adscrito, explicándole al estudiante] ... eso es para la consulta privada, allí, aunque no necesites, pídeles todo, al fin te pagan. Aquí [hospital público] nada más con eso les damos tratamiento.

Los informantes reconocen el valor económico que representa la profesión y lo consideran como uno de los móviles fundamentales para elegir esta profesión como refiere un informante:

... muchos [estudiantes de medicina] piensan que al ser médicos les llegará la 'lana' [el dinero]. Mucha gente entra a estudiar medicina para hacerse rica, para pertenecer a una clase social más alta.

Significados a partir de los cuales los estudiantes desarrollan sus sistemas de percepción

El conocimiento en el que se sustenta la profesión médica es fragmentado y biologicista:

La noción de cuerpo es todo fraccionado, parcial, muy parcial en todo.

No se reconoce la identidad de la persona y el valor cultural del hecho ... la enfermedad [se centra] en la naturaleza orgánica, biológica.

La práctica parece depender más de la forma que del contenido:

Tú te vas apropiando del conocimiento, ningún paciente te

va a asustar y en esa medida le puedes ganar a él y a algunos médicos ... así te sientes seguro y vas apropiándote del conocimiento. Creo que el fin de eso es que el médico parezca infalible.

A veces, cuando no estás seguro de algo, te cubres con la bata blanca. Así a cualquier paciente le puedes explicar algo, aunque no digas cosas correctas.

En estas aseveraciones se puede identificar que el aprendizaje de las prácticas profesionales se valida más a partir de las formas y reglas implícitas institucionales que a partir de la validación científica de los conocimientos.

De esta manera, el espacio hospitalario representa para los informantes el sitio privilegiado de la formación médica.

Si uno quisiera definir con mayor claridad cuándo es que se aprende a ser médico, entonces habría que decir que eso ocurre durante las horas que se pasan en el hospital, durante las guardias, durante las prácticas.

Esta priorización del espacio hospitalario niega el valor de otros lugares y formas para el ejercicio de la profesión.

Algo que siempre se está discutiendo es que para ser médico debes trabajar en hospital. Nosotros en la universidad, a pesar de lo que nos dicen de la atención primaria, el primer nivel de atención, todo eso, la verdad es que siempre sabemos que por principio lo verdaderamente importante está en el hospital.

Las prácticas y reglas de los espacios hospitalarios son aprendidas y aceptadas por los estudiantes como principio de acceso a la profesión médica:

Tal parece que la única manera de aprobar es que tengas un comportamiento similar al de ellos [los médicos adscritos]. Pero es para ser incluido como parte del gremio.

[en el hospital] uno como estudiante sabe que debe pasar por otorgarles reverencia a los médicos graduados, a los residentes, a los adscritos, que si quiere ser identificado como médico entonces tendrá que reconocerlos como si fueran casi dioses.

Pero, esa paradoja se resuelve con el eventual cambio de posición, cuando el subordinado pase a ser quien ejerza la posición de dominio.

En el hospital uno aprende a portarse con autoridad, es una necesidad infundir respeto y poder impartir órdenes para ser obedecido.

Los estudiantes construyen, a partir de la estancia hospitalaria y su representación como espacio de la profesión, una idea técnica de la práctica médica ligada a procesos de deshumanización:

... en el hospital haces apenas como la mitad de lo que has leído en los libros... lo que sucede en el hospital es que te haces técnico, aplicas nada más, no cuestionas, aprendes los protocolos de atención que existen.

... en la práctica debes estar siempre usando todo lo que sirva, aunque no conozcas cómo funciona. Es suficiente que tengas el conocimiento de que funciona.

... [en el hospital] poco a poco uno va perdiendo la capacidad de relacionarse con humanismo, con cuidado humano con el paciente. Te vuelves como robotizado.

Las relaciones entre el médico y el paciente se refieren a una posición de poder asimétrico, donde el profesional tiene el control y la posibilidad para definir el marco de la acción. Los siguientes fragmentos de las entrevistas son evidencia de lo anterior:

En la sala de expulsión se aprende mucho: le exiges a la paciente que siga tus instrucciones, tú le dices lo que debe hacer, cómo debe respirar, cuándo debe hacerlo. La regañas, te enojas con ella. Hay quienes las ofenden. Claro, si son de una clase [social] inferior.

Hay una relación de poder, una relación de autoridad desde el médico. Él es quien sabe qué decir, sabe qué recetar, lo que tiene el paciente, lo que se debe hacer.

Los estudiantes pueden percibir contradicciones entre los valores que perciben sustentando la práctica médica en la que se ven involucrados y sus propios valores. Como estudiantes se refieren a esas prácticas en términos de lo realizado por otros, posicionándose de ese modo en un sitio ajeno a la profesión:

... el trato que dedican los médicos a los pacientes es de mucha falta de respeto...

Es muy notorio que la mayoría de los médicos asumen una actitud de mucha prepotencia... en general les falta humildad [a pesar de que] ellos mismos dicen que para ser médico se necesita ser humilde.

A pesar de la claridad que tienen los estudiantes sobre las contradicciones ética-ejercicio profesional, cuando se refieren al médico como "yo", pueden aceptar la

inconsistencia entre los planteamientos éticos y la práctica:

Cuando una paciente me quiso explicar cómo hacer algo para un examen (porque ya tenía mucho tiempo que se lo hacían), yo sentí que ella me condicionaba, como si no fuera mía la responsabilidad de lo que debería hacer, como si yo no tuviera el control de las cosas. Entonces, yo le dije: 'pues hágaselo usted misma'.

... para ser médico se necesita mucho descaro, mucho valor, y falta de escrúpulos.

Podría decirse que, por lo que expresan los estudiantes, el hospital funciona como un crisol donde se funden y amalgaman representaciones y valores sociales y profesionales que son los que caracterizan a la profesión médica.

Discusión

Los valores de la profesión médica, vista desde el contexto de los entrevistados, queda expuesta en sus percepciones. Reconocerlas en estas entrevistas permite profundizar en los significados de la profesión más allá de opinar sobre un modelo o supuesto asumidos desde análisis cuantitativos que dan cuenta de la cantidad de hechos pero no de los rasgos particulares y de los procesos. A partir de las percepciones de los estudiantes presentadas en este trabajo, puede cuestionarse el modelo que se encuentra en los clásicos de la profesión médica, principalmente a partir de las bases sentadas por Freidson.

En la modelación de los valores profesionales de la medicina hay una clara dualidad inicial: la posición personal de los estudiantes y el ideal clásico de médico por un lado y lo que observan, reconocen y adoptan como práctica profesional por el otro. Esta dualidad conduce a otra: los estudiantes perciben la diferencia que existe entre sus valores iniciales y lo que observan cuando se adentran en la profesión (Pollock, Sahoul, Rowland, Player, 2001), sin embargo asumen como propios los valores contradictorios de la institución hospitalaria y actúan de acuerdo con ellos. Los atributos del profesional y su práctica, se ven ligados a las decisiones subjetivas de las instituciones. Esto disminuye la posibilidad del estudiante de identificarse e identificar al paciente dentro de su contexto particular, llenando la relación médico-paciente de características abstractas frecuentemente no comprendidas ni por el estudiante ni por el paciente (Ezequiel, 1995). Estas características que ocurren como decisiones personales al margen de la institución, se tornan simbólicamente en decisiones institucionales.

Los motivos implícitos de los médicos son frecuentemente silenciados en tanto los explícitos son ampliamente

difundidos (Abbot, 1988). Por ejemplo, pocas veces se asocia explícitamente el ejercicio de la profesión médica con la retribución económica que les permite a los médicos el acceso a una clase social diferente y deseada (Cachón, 1989). Sin embargo es explícitamente reconocido por la sociedad el derecho a esa retribución (Carabaña, Gómez, 1996).

El problema que representa conciliar los valores de altruismo de la práctica clínica con el concepto de pago por servicios es algo que gravita en la percepción de los estudiantes. Lo anterior pone de manifiesto el sentido mercantil presente en el ejercicio individual de la medicina y llama a la discusión el tema del altruismo, reivindicado como atributo del ejercicio profesional de la medicina y los valores médicos tradicionales. Tal polémica adquiere importancia al interior de una más amplia: la de lo público y lo privado de los sistemas de salud (Le Grand, 2002).

La práctica profesional de la medicina se ha desarrollado históricamente como un encuentro del profesional con la persona enferma en un espacio circunscrito: el consultorio. El carácter de ese espacio ha variado a lo largo del tiempo. Con el Estado Benefactor se consolida el carácter público de los servicios de salud (Beveridge, 1987) y a partir de entonces la práctica privada, modelo paradigmático del ejercicio profesional de la medicina, coexiste con la práctica profesional en espacios públicos. La práctica privada se asume como parte inherente de la práctica profesional y el médico tiene como expectativa de desarrollo profesional y personal ese modo de ejercicio (Lee, Cowie, Slobodian, 1999). Por lo tanto, no es de extrañar que, al ser formados en instituciones públicas, se genere en los estudiantes entrevistados una permanente ambivalencia sobre el modo de ejercer la profesión.

En las expresiones relativas a la relación médico-paciente, puede identificarse un proceso de distanciamiento social que ratifica el poder médico que se afirma y legitima con el uso del conocimiento y la acción profesional. Este poder lo ejerce al interior de la jerarquía médica, frente a otras profesiones (enfermería) y finalmente ante el paciente.

Las relaciones entre el médico y el paciente se refieren a una posición de poder asimétrico, donde el profesional tiene el control y la posibilidad de definir el marco de la acción. De esa manera, el paciente se reduce a la persona que recibe la acción técnica del profesional, lo cual cuestiona la actualidad de los valores que han sido sistemáticamente sostenidos por los clásicos intérpretes de la sociología de la profesión.

Los conocimientos científicos, los paradigmas implícitos y explícitos, las nociones preexistentes y los valores sociales,

son algunos de los referentes que sustentan la práctica técnico-científica de la profesión médica, especialmente la práctica clínica. Es a través de la práctica que se muestra la naturaleza del paradigma dominante en la profesión (Jarillo, Delgadillo, Granados, 2000).

La percepción que tienen los estudiantes entrevistados con respecto a la práctica médica en general y a la relación médico-paciente en lo particular, corresponde con los análisis que hacen de la medicina hegemónica varios autores desde los años setenta en el siglo pasado (Módena, 1997; Laurell, 1994; Navarro, 1978). Este modelo de medicina se caracteriza por formar a los estudiantes en el espacio hospitalario; considerar a la enfermedad como un proceso biológico, dejando de lado los procesos sociales contextuales y de construcción de los sujetos que son determinantes de las enfermedades; tener un enfoque curativo y una noción mecanicista de los procesos que estudia, derivados, por un lado, de su visión biologicista y por otro, de su papel protagónico en la realización de los productos existentes en el mercado. Producto de lo anterior, este modelo médico basa la eficacia terapéutica en el diagnóstico y tratamiento.

Para la medicina el conocimiento científico, técnico y experimental, aparentemente está en el centro (Brint, 1985) de su existencia como profesión 'cultiva'. Pero lo que realmente puede interpretarse de lo descrito en este trabajo, es que los estudiantes entrevistados aprenden la medicina a partir de técnicas y prácticas disponibles en los hospitales a los que tienen acceso.

Las referencias de los estudiantes ponen en evidencia la existencia paralela de dos currículos en la educación: el formal o explícito presente en los planes y programas de estudio y el oculto, constituido por el conjunto de valores transmitidos implícita o inconscientemente a través de los procesos pedagógicos institucionales (Bernstein, 1996; Apple, 1986). Ambos operan simultáneamente en los procesos de socialización y desarrollo profesional de los estudiantes. Es principalmente a través del currículo oculto expresado en las prácticas pedagógicas en la escuela y el hospital, que los valores, significados y representaciones de la profesión de la medicina son inculcados en los nuevos miembros de la profesión médica. Así, el currículo oculto es determinante en el aprendizaje del conocimiento y de los valores de la profesión.

Los testimonios de los estudiantes muestran a la profesión médica como una red de intercambio de capital simbólico sustentada por una estructura que actúa a manera de sistema de inclusión y exclusión para la entrada y permanencia en la profesión (Bourdieu, 1998). De esta manera, los valores

relativos al ejercicio de la medicina, ideales o idealizados por los aspirantes a médicos o la población en general, se ven subordinados a los requisitos, reglas y valores de las instituciones en donde tiene lugar la educación médica (Wear, 1998) y son los que finalmente determinan la formación de esos profesionales. Así se logra la reproducción de los valores médicos.

No puede dudarse que la profesión de la medicina se sustenta en una valoración propia, superior a otras profesiones (Gamzeboom, 1996). Pero lo que conocemos de ella a través de los investigadores de la profesión es aún una mirada

externa. En contraste, los estudiantes de medicina ofrecen información clave para distinguir lo que ocurre a su interior. Observar la profesión médica es observar un proceso técnico, científico, profesional y personal, que se construye paulatinamente. Este proceso se define también por el modo de interacción con otros profesionales, con otros espacios sociales, con otros compañeros, con otros gremios afines a la profesión. La construcción de preguntas de investigación que den cuenta de la importancia y complejidad del estudio de la profesión médica y el desarrollo de metodologías apropiadas para contestar esas preguntas, aparece como un reto para los estudiosos de este campo de investigación.

Bibliografía

- Abbot A.** (1988). *The system of professions: A essay on the división of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Altheide D, Johnson J.** (1998). Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research. En: Denzin N, Lincoln I. (eds) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage; p.465-78.
- Apple M.** (1986). Reproducción ideológica, cultural y económica. En: De Leonardo P. *La nueva sociología de la educación*. México: El Caballito//SEP; p. 25-59.
- Berlinger A.** (1975). A larger perspective on the Flexner Report. En: *J Health Serv.* (5):573-592.
- Bernstein B.** (1996). *Pedagogy symbolic control and identity. Theory, research, critique*. London: Taylor and Francis.
- Beveridge W.** (1987). *Las bases de la seguridad social*. México: FCE.
- Brint S.** (1985). The political attitudes of professionals. En: R. Turner (comp) *Annual Rev Soc*; (1):102-17.
- Bourdieu P.** (1998). *Practical Reason. On the theory of action*. London and Oxford: Polity Press.
- Brown A, Dowling P.** (1998). *Doing Research/Reading Research. A mode of Interrogation for Education*. London: Falmer.
- Bryman A.** (1992). *Quantity and quality in social research*. London and New York: Routledge.
- Cachón L.** (1989). *¿Movilidad social o trayectoria de clase?* Madrid: CIS.
- Carabaña J, Gómez C.** (1996). Escalas de prestigio profesional. En: *Cuadernos Metodológicos* No. 19. Madrid: CIS.
- Chávez I.** (1987). *México en la cultura Médica*. México: FCE.
- Clandin DJ, Connelly M.** Personal Experience Methods. En: Denzin N, Lincoln I. (eds.) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London: Sage; 1998. p. 215-56.
- Castrillon MC, Ariza G, León A.** (1999). La Profesión médica en Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*;16(2):50-67.

- Cohen L, Manion L.** (1997). *Research methods in education*. 4th ed. London and New York: Routledge.
- Ezequiel E.** (1995). Preserving the physician-patient relationship in the era of management care. En: *JAMA*; (273):323-29.
- Freidson E.** (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- Gamzeboom H, Treiman D.** (1996). Internationally comparable measures of occupational status for the 1988 International Classification of Occupations. En: *Soc Sci Research*; (25):201-39.
- Hammersley M, Atkinson P.** (1995). *Ethnography principles in practice*. 2nd ed. London: Routledge.
- Jarillo E, Delgadillo HJ, Granados JA.** (2000). Conocimiento sobre el SIDA entre estudiantes de medicina de tres universidades mejicanas. En: *Rev Esp Salud Pública*; 74(2):177-87.
- Kendall J, Of knighths.** (2001). Knaves and merchants: the case of residential care for older people in England in the late 1990s. En: *Soc Policy Adm*; (35):360-375.
- Laurell C.** (1994) comp. La salud: de derecho social a mercancía. En: *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: UAM/Friedrich Ebert Stiftung.
- Le Grand J.** (2002). Provisión de atención médica ¿es el sector público éticamente superior al privado? En: *Cuad Med Soc*; (81):5-14.
- Lee S, Cowie M, Slobodian** (1999). P. Payment by salary or fee for service. En: *Can Fam Pysician*; (45):2091-96.
- McKenzie G.** (1997). *Understanding social research: perspectives on methodology and practice*. London: Falmer.
- Mays J, Pope P.** (1995). *Rigour and qualitative research*. *British Med J*; (311):109-12.
- Módena ME.** (1997). Cultura, enfermedad-padecimiento y atención alternativa. En: *IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina*. Cocoyoc Morelos, México, 2-6 de junio.
- Navarro V.** (1978). *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Grijalbo.
- OPS/OMS.** (2000). *Observatorio de los recursos humanos de salud*. Quito: OPS.
- Pollock A, Sahoul J, Rowland D, Player S.** (2001). *A response to the IPPR Commission on Public Private Partnerships*. London: The Catalyst Trust.
- Raggin C.** (1994). *Constructing social research*. London: Pine Forge Press.
- Scott D.** (1996). Methods and data in educational research. En: Scott U. (eds): *Understanding educational research*. London: Routledge; p. 184-256.
- Taylor-Gooby P, Silvester S, Calnam M, Manley G.** (2000). Knighths, kneves and gnashers: professional values and private dentistry. En: *J Soc Policy*; (29):375-79.
- Wear D.** (1998). On white coats and professional development; the formal and hidden curricula. En: *Annals Inter Med* ;129(9):734-37.

Anexo 1

Guía de entrevista a estudiantes

1. ¿Cuáles son las características de un estudiante de medicina?
2. ¿Cuáles son los comportamientos que adopta? (en el hospital, la universidad, y en la calle).
3. ¿Cómo aprende sus relaciones con otros médicos? (en el hospital y en la universidad).
4. ¿Cuál es la importancia del uniforme? (la bata blanca).
 - ¿Cómo la adoptas tú?
 - ¿Cómo lo viven tus compañeros?
 - ¿Qué significado le otorgas?
 - En particular, ¿tienes algún ejemplo que refleje su importancia?
5. ¿Qué opinas de la relación médico paciente?
 - ¿Cómo es en el hospital, en la universidad?
6. Reconoces algún símbolo de la medicina
 - ¿Qué importancia le otorgas?
7. Para ti, ¿qué es el conocimiento médico?
 - ¿Cómo lo interpretas, cómo opera en la universidad, en los hospitales?
8. Algún ejemplo de las relaciones de autoridad que vives.
9. Señala atributos que consideras sean necesarios para ser médico.
10. ¿Qué valoras entre la práctica institucional y la práctica privada?
11. ¿Cuáles son los valores profesionales?
 - ¿Cuáles los explícitos? Por ejemplo, los medicamentos que se administran sin requerirlo los pacientes.
12. ¿Qué modelo de cuerpo domina la práctica profesional?
13. ¿Cómo consideras la remuneración económica de la profesión médica y de otras profesiones?
14. ¿Cómo es el prestigio de la profesión?
15. Menciona nombres de personas conocidas y que sean representativas de la profesión.
16. Menciona los nombres de las revistas médicas que más lees.
17. ¿Qué objetos, palabras, cosas, situaciones, son representativas de la profesión?
18. ¿Qué significa el color blanco?
19. ¿Cómo consideras la práctica profesional?
20. ¿Consideras que existe algún rito de iniciación para los estudiantes de medicina?