

## Artículo

---

## BASES ETICO-FILOSÓFICAS DE UNA PROPUESTA ALTERNATIVA DE FORMACIÓN MÉDICA PARA UNA PRAXIS SOCIOSANITARIA OPORTUNA EN VENEZUELA.

Ethical and Philosophical Bases of an Alternative  
Proposal for Medical Training Toward a Proper Socio-  
Sanitarial Praxis in Venezuela.

Gerónimo Sosa Sánchez<sup>1</sup>

### RESUMEN

*Esta investigación hermenéutica tiene el propósito de conjugar teorías y generar conocimiento en torno a la formación para la práctica médica, un área de problematización básica para la sociedad, más allá de la mera razón práctica que se pone de manifiesto en las implicaciones educativas en el área de la salud. En tal sentido con apoyo en la Teoría de la Acción Comunicativa de Jürgen Habermas, la Teoría de la Acción Social de Talcott Parson, y la Formación de Profesionales Reflexivos de Donald Schön, basada en un enfoque metodológico hermenéutico crítico que desde la comprensión, interpretación y aplicación centrados en la relación de los procesos históricos y sociopolíticos de la ciencia y la educación médica se articule en la docencia-asistencia, en la perspectiva de una salud colectiva. Se avanza en un camino de reflexión que traspasa lo meramente indicativo y plantea las bases ético-filosóficas para construir un esquema alternativo de formación profesional para la praxis médica desde la perspectiva del construccionismo social; que conjugue las implicaciones educativas con la salud pública, como aporte entregado en aproximación, a las ciencias médicas y al ámbito universitario, para su desarrollo futuro. Al menos en el campo ontológico-ético, y de la acción cotidiana del futuro médico. En un esfuerzo por hacer de él, un ser más sensible en su praxis y/o practicum reflexivo que lo lleven a identificarse en la acción emancipadora; reconociendo que más allá del dolor o la enfermedad está la razón social de la existencia humana.*

**PALABRAS CLAVE:** Proceso de Aprendizaje, Bases ético filosóficas, Formación profesional, Práctica Médica Moderna, Esquema Alternativo.

### ABSTRACT

*This hermeneutical research aims to conjugate theories and generate knowledge on professional medical training for medical practice, which is a basic problem area in our society, far above the educational implications in health area. Thus applying Jürgen Habermas, Theory of Communicative Action; Talcott Parsons, Theory of Social Action and Donald Schön, Formation of Reflexive Professionals, based all in a critical hermeneutical view, whereas from the understanding, interpretation and application focused in the relations between historic and socio-politic process of science and medical education, a perspective of a collective health perspective articulated on teaching and medical care would be achieved. An advance on the road of a reflective path, which will go further than the simple indicative achievement and will set the ethical and philosophical bases of an alternative scheme of professional training for medical praxis, from the perspective of social "constructionism", aimed to conjugate, educative implications and public health, as a contribution given to health sciences and the university space on behalf of future medical practitioners, at least within the ontological-ethical field and their daily future activity. This would be an effort toward the creation of a more sensitive being within his practice, a reflective "practicum" able to identify himself with the emancipatory action and the recognition that, far above pain and disease, lies the social rationale of human existence.*

**KEY WORDS:** Learning process, Ethico-philosophical bases, Professional formation, Modern medical practice, Alternative scheme.

---

<sup>1</sup>Médico Cirujano. Especialista en Medicina Interna. Magíster en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Mención Epidemiología. Doctor en Ciencias de la Educación. Investigador Asociado al Laboratorio de Investigación Sobre Procesos Sociales y Calidad de Vida. LINSOC. Responsable de la Línea de Investigación Sobre Salud y Dignidad Humana. Doctorado en Ciencias Sociales. Profesor Titular. Jubilado Activo. Dpto. de Salud Pública. Sede Aragua. Universidad de Carabobo.  
Correspondencia: gsosa2@hotmail.com

## **I. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD: BASE FUNDAMENTAL PARA DESCRIBIR UNA CONCEPCIÓN NO MORBICENTRISTA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA**

Este punto implica precisar el abordaje teórico alternativo, de algunos elementos fundamentales para un acercamiento entre la salud y los sistemas de educación, frente al modelo tradicionalmente centrado en la enfermedad, que institucionaliza una acción social en el campo de prácticas la salud, cuyo protagonismo es eminentemente médico, y cuyo objeto es "curar al hombre en situación de enfermedad", estableciéndose de esta manera un contexto de comunicación prácticamente limitado de la relación médico-paciente-salud.

El discurso médico, alejado de la multidimensionalidad de la salud, se reproduce y circula con fluidez como un discurso autorizado desde una instancia de prestigio social, y se asume de forma poco cuestionada por el conjunto de la sociedad, ya que se basa en el discurso científico, uno de los que más fácilmente se auto reproduce, ya que representa la autoridad a la cual se recurre constantemente para tratar de explicar el mundo de la vida. Pero cuando pensamos en términos de pertinencia social, el discurso médico no goza de la misma legitimidad, llegando su nivel crítico de deslegitimación cuando se analiza en términos de la acción social en función de la salud individual o colectiva. Dimensión en la cual se descubre lo insuficiente y sesgada que significa la explicación morbicentrista, como eje de los procesos de aprendizaje en la formación para la praxis en ciencias de la salud.

Por su parte, el concepto de salud luce inagotable, una vez que puede mirársele desde diversas perspectivas, así como también considerársele como una categoría muy amplia que incluye un gran componente valorativo. Por lo que lejos de pretender llegar a una reconceptualización de la salud que nos lleve a una comprensión total de la misma como fenómeno o como hecho de la vida humana, lo que se plantea es la urgencia de la reflexión por caminos de búsqueda. Partiendo de reconocer que "salud" representa una noción inacabada, un terreno abierto a la relatividad y el subjetivismo, así como también un campo dentro del cual pueden además incluirse múltiples componentes, algunos de los cuales pueden concebirse como sistemas humanos, o reconocerse como condiciones o factores fundamentales para mantener su integridad o garantizar su desarrollo.

El intento de aproximación al concepto de salud, nos hace reencontrar primeramente con los muchos significados que tiene esta palabra según su uso

lingüístico, pero además, con la multiplicidad de contextos desde donde se puede hacer referencias a este tema. Necesario es considerar, que es un concepto cambiante según sus referentes históricos y filosóficos en cada época. En ese sentido, por ejemplo, Cely Galindo, presenta un resumen sobre "el concepto de salud: análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales"<sup>1</sup> en el cual deja ver un horizonte amplio de contextos de interpretación para esta compleja discusión: desde el médico-asistencial, incluyendo el contexto cultural de los pacientes, el psicológico, económico y político, filosófico y antropológico, hasta el amplio contexto ideal y utópico: influido por las ideas existentes acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida. Pudiendo llegar a reconocer todo tipo de deseos y aspiraciones humanas, incluidas las potencialidades superiores y las realizaciones llamadas espirituales. Aquí es donde el concepto de salud llega a adquirir una amplitud máxima.

Existen pues, múltiples definiciones y enfoques acerca de la salud desde diferentes concepciones, muchas veces polémicas, las cuales de alguna manera han intentado dar respuesta al problema. Pero predominan los desarrollos teóricos en el marco del enfoque médico, toda vez que son referidos a diferenciar la concepción de lo "normal" y "lo anormal" lo que en términos del problema, significaría una concepción de salud y de enfermedad, a cuya relación se ha pretendido integrar mediante definiciones inclusivas reduccionistas, aspectos como "lo social".

En el análisis funcionalista de la Práctica Médica Moderna. Desde el marco de referencia de la Teoría de la Acción Social, en el contexto de la tradición cultural y la estructura de la sociedad accidental; la salud aparece concebida dentro de las necesidades funcionales del individuo miembro de la sociedad. De hecho, Parsons la denomina "prerequisito funcional". El funcionamiento normal de una sociedad requiere de determinados niveles de salud. La enfermedad es entonces, un hecho social disfuncional en tanto que incapacita a los individuos para el desempeño de sus roles habituales. La salud, por su parte aparece vinculada al proceso productivo social<sup>2,3</sup>.

Desde el punto de vista de esta teoría, la práctica médica se orienta a superar las alternativas de la "salud" del individuo, es decir la enfermedad, por parte biológicamente y en parte socialmente, como "un estado de perturbación en el funcionamiento "normal" del individuo", comprendido el organismo como sistema biológico con ajustamientos personales y sociales. Un enfoque que resume las bases funcionales de una "teoría

de la enfermedad” orientadas a fundamentar las prácticas de “salud” con el objetivo de reducir los niveles de la enfermedad, mediante una acción racional que prioriza el contexto de la intervención terapéutica. En consecuencia la práctica médica aparece definida en este enfoque estructural funcionalista, en función de pautas del rol que resultan de la relación entre médico y paciente en el proceso asistencial, con primacía de la función técnica, como “mecanismo de control” de la disfunción social que es la enfermedad con sus consecuentes tensiones, mediante una acción racional que prioriza el contexto terapéutico.

Dentro de esta visión de la razón, se concibe el rol de médico en términos de una división anstrumental del trabajo, con base en un modelo positivista de epistemología, que favorece la instrumentalización de la práctica médica y la matriz conceptual de hegemonía médica en el abordaje de los problemas de salud; convirtiéndose el problema de enfrentar la enfermedad, en eje conductor de decisiones político estratégicas, de la planificación y de las bases filosófico metodológicas de la educación del médico “que se requiere” para el ejercicio exitosos de este rol. Producto de una comprensión limitada del esquema conceptual de la salud y sus dimensiones.

Esto refleja también lo que significa para los trabajadores del sistema sanitario nacional, la difícil tarea de entender el cuidado humano. La gran dificultad de trabajar con el ser humano, concebido en su riqueza y su complejidad, lo cual se ha pretendido delegar casi exclusivamente en el médico; un profesional cuya formación universitaria se ha centrado mayormente en el conocimiento técnico de la enfermedad. Cuando se trata de un gran reto que requiere el abordaje desde múltiples profesiones y un conocimiento profundo del hombre y los contextos que constituyen los aspectos principales relacionados con la salud, vista como concepto, como categoría o como dimensión, que requiere primeramente ser entendida en un plano de construcción social, y desde esa visión promover su discusión. Con el desafío de incorporar los diferentes contextos del mundo de la vida, con el peso necesario en los proyectos académico curriculares de formación de profesionales en esta área.

Precisamente el paso fundamental para la superación del enfoque morbicentrista, como perspectiva alternativa hacia la construcción de un nuevo proceso de aprendizaje en la formación del médico para una práctica socialmente vinculante, lo concebimos posible hoy, dentro del enfoque de construcción social del conocimiento; como proceso de desarrollo de un

modo de pensar en salud, edificado sobre el terreno de la mente sabia de personas filosóficamente cultivadas; formadas no sólo para enfrentar la enfermedad, sino también para "construir" la salud. Es oportuno enfatizar que desde nuestra hermenéutica, en este marco educativo que reproduce un tipo de práctica médica predominante, también subyace una pugna entre la salud entendida como valor de cambio y derecho que se paga materialmente para acceder a niveles de asistencia con escala jerárquica de calidad y trato; en el contexto de una práctica médica cotidiana, donde la vida, como salud, ha dejado de ser un valor sagrado, para convertirse en mercancía que se compra y se vende.

En nuestra propuesta teórica entendemos la salud no sólo como una base fundamental de la calidad de vida y como un tesoro que cultivar, cuidar y defender; sino como valor sociocultural y filosófico esencial de la vida, en relación recíproca con un ser, estar y hacer en armonía. Como categorías no negociables, que implican una concepción no excluyente de los significados contenidos en la expresión ser humano; en sus planos de relación con la vida, con la muerte y con los otros. En las dimensiones y valores que de allí surgen, en un sentido de immanencia y trascendencia, al considerar la existencia de la persona como cuerpo, alma y espíritu<sup>4</sup>.

En el centro de esta definición, está la discusión enfrentada a la concepción morbicentrista tradicional. Allí descansa la base fundamental para un cambio del principio de organización social y los procesos que orientan los aspectos educacionales en el subsistema de educación médica. Donde puede surgir una nueva visión, de alcance individual y proyección comunitaria, bajo los enfoques humanístico e integral del ser humano, con la incorporación de un nuevo interés por la perspectiva holocológica, y la interrelación sociocultural y espiritual; más allá de las limitaciones de contenidos que le asignó la modernidad.

Cambiar la orientación hacia la vinculación educación-salud, implica cambiar las actitudes ante la vida. El reto de asumir el trabajo teórico en la transformación de paradigmas, hacia un abordaje mas adecuado de los problemas. Ampliar la visión limitada por los procesos de aprendizaje que durante generaciones ha cultivado el enfoque morbicentrista, como eje central donde gira el pensamiento médico-científico dominante en el ámbito profesional, lo que también se traduce a diferentes ámbitos del mundo de la vida. Se vislumbra así, la necesidad de un cambio cultural, que implica la generación de un nuevo pensamiento y un cambio de mentalidad, partiendo de la reflexión teórica y filosófica, sobre el impacto del proceso de

modernización sobre la salud; realidad donde abundan manifestaciones de bajos niveles de salud y calidad de vida en los individuos, la sociedad y los ecosistemas.

Un proyecto que aspira ir más allá del también necesario proceso de desarrollo de potencialidades intelectuales y habilidades técnicas en la formación del médico, al cultivo de valores y capacidades que son socialmente adquiridas. Entendiendo que al médico le corresponde asumir en la nueva sociedad, un papel más protagónico, dentro de esquemas de mayor interacción, actuando como líder de equipos de trabajo, y como promotor, asesor, o mediador en procesos diversos relacionados con la salud, la enfermedad y el bienestar social en general. Para lo cual el estudiante tiene derecho a ser formado bajo esquemas que superen los límites del concepto de la medicina occidental moderna; entendida tradicionalmente como la acción de ayuda individual al enfermo. Ampliando desde diversas esferas, sus opciones de contribución significativa a los procesos de cambio y estabilidad personal y social de la población que gozará de sus servicios, pase también a tener posibilidades de legitimar aún más y de disfrutar su acción profesional.

## **II. BASES ETICO-FILOSOFICAS Y DEONTOLÓGICAS DE UN NUEVO APRENDIZAJE: ALGUNOS LINEAMIENTOS TEÓRICOS**

Para nuevos procesos de aprendizaje, en concordancia con las necesidades sociales bajo una orientación vinculante de: la educación médica, la práctica sanitaria, la investigación y el mundo social de la vida, contextualizados en su particular realidad histórico cultural. Se requiere construir sus bases en principios éticofilosóficos y deontológicos que perfilen la nueva dimensión social y humana del médico, desde una racionalidad práctico-consensual, comunicativa, que posibilite la generación de estructuras de aprendizaje relacionadas con la formación de profesionales, que guíen la intencionalidad de las prácticas multiprofesionales al servicio de la salud en una concepción integral. Permitiendo así, la progresiva institucionalización de principios de organización orientados a crear una conciencia social crítica, dirigida a socavar las tradiciones de un Orden Institucional Sanitario legítimamente constituido, pero claramente deslegitimado en la práctica por su falta de pertinencia social, conformándose así, un triste panorama que incluye a la salud como una de las situaciones más injustas y dolorosas.

El primer paso para promover una práctica socialmente vinculante, está en la construcción social

del conocimiento; como proceso para generar un modo de pensar en salud, edificado sobre el terreno de la mente sabia de hombres y mujeres filosóficamente cultivados. Incorporando con el peso necesario en los proyectos académico curriculares de formación, la discusión de contextos socioantropológicos, para entender la práctica profesional como un proyecto ético científico de vida, y de construcción de la salud.

Esto significa, la incorporación en el Subsistema de Educación Médica, de espacios curriculares, diseños y procesos educativos, que posibiliten la reflexión filosófica y la interacción con el mundo de la vida en la búsqueda de mayores niveles de integración social. Significa también, el esfuerzo creativo por aportar nuevos modelos de interpretación y explicación de la salud y "sus prácticas", desde un marco de formación y capacitación balanceada en lo científicotécnico y lo humanístico. Nuevos procesos que pueden construirse con la incorporación temprana en los planes de estudio, de postulados y ejes inter y transdisciplinarios, para alcanzar entre otros beneficios de estos enfoques; la criticidad necesaria para la sinceración de los propósitos genuinos de la Educación Médica Superior en un nuevo marco ético político y deontológico, acorde con las exigencias de una sociedad cambiante y complejizada.

Lo que estamos planteando es la caracterización y definición de un conjunto de nuevas categorías, necesarias para implementar esquemas alternativos, que permitan el desarrollo de innovaciones socio estructurales, desde nuevas bases epistemológicas para una práctica socio sanitaria pertinente, que surgirá si logramos constituir nuevas estructuras de aprendizaje para la acción más humana en un contexto reconceptualizado de ciencias de la salud, en un proceso que enfatiza la formación de un individuo científicamente cultivado en una mentalidad reflexiva, emancipatoria y transformadora, desde la emergencia de un nuevo Estadio de Aprendizaje, referido a la acción que se legitima en el Mundo de la Vida, que a los efectos del análisis hermenéutico, Habermasiano, ".es el lugar trascendental en que hablante y oyente se salen al encuentro, en que pueden plantearse recíprocamente la pretensión de que sus emisiones concuerdan con el mundo - con el mundo objetivo, con el mundo subjetivo y con el mundo social<sup>5</sup>. Planos de interacción, en que las personas pueden de manera más justa criticar y exhibir los fundamentos de sus pretensiones de validez, resolver los disentimientos y alcanzar acuerdos por la vía del consenso.

En el centro de la definición del Mundo de la Vida se encuentra la comunicación. De tal manera que elaborando categorías de análisis para el abordaje del

discurso médico como comunicación, se puede extraer lineamientos para la construcción social de nuevos procesos de aprendizaje en la formación de profesionales. Desde el punto de vista de esta investigación, el discurso teórico recoge así: el pensamiento hegemónico, la matriz teórico conceptual o paradigma dominante que sustenta la ciencia médica, la formación universitaria y el ejercicio profesional. El discurso práctico por su parte, engloba aquellas fuentes del discurso que expresan un modelo de desarrollo social, como lo son: Planes Nacionales, Programas y otros documentos relevantes, en relación con la salud y con el nivel educativo médico Camino de una reconceptualización de la salud y la práctica médica distinta al discurso teórico tradicionalmente centrado en la enfermedad.

De modo que para construir un esquema alternativo se considera de especial importancia, las interrelaciones de la acción -confluencia de la teoría y la práctica- con el mundo de la vida, donde derivan tres niveles comunicacionales fundamentales, presentados por Habermas en su Teoría de la Acción Comunicativa<sup>6</sup>; estos niveles se identifican como:

El Nivel Cultural: Entendido como el Acervo de Saber, en que los participantes en la comunicación se abastecen de interpretaciones para entenderse sobre algo en el mundo. El Nivel Social: Entendido como las ordenaciones legítimas a través de las cuales los participantes en la interacción regulan sus pertenencias a grupos sociales, asegurando con ello la solidaridad. El Nivel Individual o de la personalidad: Entendido como las competencias que convierten a un sujeto en capaz de lenguaje y acción, esto es, que lo capacitan para tomar parte en procesos de entendimiento, y para afirmar en ellos su propia identidad.

Son ejemplo de posibilidades de aplicación de estos niveles para la construcción de procesos y estructuras de aprendizaje, aspectos del ámbito de interrelaciones existentes entre: Práctica Médica Moderna y Contexto Cambiante de la Ciencia, La Relación Intersubjetiva Médico-Paciente y Mundo de la vida, Modo de Vida y Riesgos Laborales del Médico, La Comunicación Médica, Los Principios Éticos y Deontológicos que perfilan la Dimensión profesional y Humana del Médico, Intersubjetividad en la Profesión Médica y Promoción Social de la Salud. Las Nuevas dimensiones de la Ética y la Responsabilidad Jurídica en la Praxis Médica, la Posición Filosófica ante la Vida y la Muerte. Opciones del Conocimiento y Trabajo Transdisciplinarios, Contextos y Exigencias Sociales de la Sociedad Informacional y sus Perspectivas de

Transición hacia una verdadera Sociedad Comunicacional.

En la matriz teórica para una práctica ética y socialmente pertinente, un médico filosóficamente cultivado, también significa: un médico generalista, con formación disciplinar en ciencias médicas, pero además una preparación suficiente en docencia, orientación psicológica y ciencias de la salud; sobre la base de una formación personal y profesional sobre ejes transdisciplinarios que integren estos ámbitos. Capaz de trascender hacia diversos campos de ocupación, mucho más allá de solo prestar servicios en un hospital. Por ejemplo, desde otra comprensión de la salud, pudiera prestar valiosos servicios como asesor en salud. Considerando que el profesional de la medicina o la enfermería pudieran formarse intencionalmente para ejercer como asesores en salud, un campo que requiere ser desarrollado en nuestro país.

El médico egresado como un generalista, formado integralmente en los aspectos discutidos, adecuadamente preparado y satisfecho, sin la necesidad urgente de migrar a la especialización, pero socialmente reconocido y en una condición laboral favorable, incluso en los primeros puestos del escalafón. Puede desarrollar un invaluable trabajo en la investigación y conducción de equipos y programas comunitarios de salud. Mucho mejor si se garantizan mecanismos que posibiliten su evaluación y actualización periódica, bajo una programación y financiamiento conjuntos, entre las universidades regionales y la institución o la comunidad a la cual brinda servicios.

Es necesario aquí, replantear la revalorización del trabajo e intervenir con cambios en las condiciones de trabajo hospitalario y en la conformación de un ambiente asistencial de verdaderos equipos multidisciplinarios. En el caso del médico, es verdaderamente inhumano trabajar bajo la presión permanente de una guardia de emergencia durante 24 horas, muchas veces sin pausa, sin dormir o descansar. Enfrentando además de los problemas medicoquirúrgicos en sí, las carencias y necesidades de los pacientes, las presiones de los familiares; pero sobre todo las inadecuadas condiciones, la escasez de recursos de toda índole en el ambiente de trabajo y la falta de integración multiprofesional. Una situación que afecta en todo sentido al personal, a la vez que atenta contra la calidad de la práctica y de las relaciones interpersonales.

En un medio laboral, que obliga al médico a tener varios cargos, a trabajar aprisa, sin tiempo para establecer mejores relaciones y decisiones, reflejando a

veces una actitud hostil y hasta insensible con todos los que le rodean porque "no tiene tiempo que perder". Podríamos decir, que el médico no tiene tiempo o condiciones favorables para disfrutar de su trabajo, lo cual le va enfermando y produciendo un rechazo al contacto con el ambiente hospitalario y con los pacientes de escasos recursos que allí acuden. Sin duda, esto representa un problema ético-deontológico importante que afecta no sólo los deberes de los profesionales, sino también los derechos de médicos y pacientes, generando serias frustraciones a la vez que desvirtúa la práctica y las relaciones intersubjetivas.

Este modelaje es imitado por los estudiantes de medicina, a quienes oímos decir con frecuencia "que fastidio, tengo guardia" o "que fastidio, llegaron más pacientes". Expresiones que deben salir de un inconsciente modelado por imitación, porque resultan muy contradictorias, si consideramos que el estudiante que está comenzando estas prácticas, mas bien está ávido por ver pacientes y aprender todo tipo de casos y cosas que se presentan en las guardias. En todo caso, esto refleja tristemente algo fundamental; la falta de gozo en el trabajo, una situación que hay que concienciar y trabajar desde los procesos de aprendizaje, promoviendo el disfrute del estudio y del trabajo en la profesión que el individuo escogió voluntariamente.

Paralelamente, se hace necesario avanzar en los procesos de reformulación de los perfiles académicos en la formación de los profesionales que pueden interactuar en el área de la salud y el desarrollo social, en especial la del médico. En la adecuación de los objetivos de las carreras y los procesos de aprendizaje a las nuevas exigencias y oportunidades, reenfocando los diseños curriculares y los planes de formación, con énfasis en el desarrollo personal y hacia la actualización a las nuevas concepciones teórico filosóficas que amplían hoy la visión y nutren las actividades de la educación. Incorporar nuevos pensamientos y nuevas matrices conceptuales, para generar propuestas de descentramiento al discurso homogenizador; pues tendrían como marco ético de referencia, la pertinencia social. Recordando lo que hemos sostenido con insistencia; que hay perspectivas como la social, la ética, la cultural, la educativa, el interés por el otro y el cuidado humano, que convergen todas en la salud; que no son explicables a través de un solo discurso codificador que pretenda legitimar intereses homogenizadores de ideologías dominantes. Requiriéndose impulsar investigaciones en la búsqueda permanente de otras opciones teóricas centradas en la salud.

Si aceptamos abrir espacios fuera del aula o los hospitales y también participar como universidad, como

facultades o escuelas médicas, en la elaboración de aportes críticos en políticas públicas, pensados de modo integrador; el marco de la matriz sociocultural: educación - ciencia - tecnología - salud - sociedad, nos parece una perspectiva alternativa, útil, ética y pertinente. Incluso para pensar un "proyecto nacional de salud y desarrollo social" como eje prioritario de cambio cultural en Venezuela. De esta manera podremos identificar algunas categorías de análisis y construcción de nuevos procesos de aprendizaje en la formación para la praxis en ciencias de la salud; en una dimensión social.

De esta manera podríamos decir que la educación superior si estuviese viendo otro tipo de relaciones entre la teoría y la práctica. En el marco de convergencias y divergencias que caracterizan una visión multidimensional, mucho más acorde con las posibilidades de cumplimiento de la difícil responsabilidad que tácitamente se le asigna a la universidad en el seno de la sociedad; la de asumir a través del hecho educativo el papel mediador y/o de cambio de la acción instrumental que caracteriza y limita el alcance social del sistema político administrativo y del sistema educativo mismo.

El subsistema de educación médica pasaría del papel instrumentalizado, reproductor del modelo médico hegemónico, al servicio de la técnica; a jugar un papel fundamental en la reinterpretación de la racionalidad en el plano de la intersubjetividad en función de la salud y la calidad de vida, por la vía de cambio cultural -en su significado, que supone toma de conciencia respecto al compromiso social y existencial, en su proyección histórica. En sentido de adaptación prospectiva a los procesos de cambio social- Elevando la ciencia a un plano social, crítico, creativo que se hace posible en la comunicación Intersubjetiva, de sujetos con mentalidad pluralista y transformadora, capaces de gestionar la diversidad, e interrelacionarse ampliamente con su entorno íntimo y social, en un terreno de construcción propicio a la convergencias de multidisciplinas, en la elaboración y reelaboración de situaciones y soluciones, para el impulso y viabilización de procesos de transformación social.

Un papel emancipatorio de la educación, que pretenda socavar las reglas instrumentales que soportan los procesos de creación de conocimiento. Avanzando en los procesos de interacción social en el sentido de lo que Jürgens Habermas denomina Principio de Organización: referido como innovaciones socio estructurales que son posibles y reconstruibles a través de estadios de aprendizaje, que institucionalizan un nivel de aprendizaje de la sociedad. De esta manera, configuran

un patrón de comportamiento de una determinada cultura, clase social, o también de determinadas prácticas sociales, como en el caso de las acciones en el ámbito de la salud a que nos estamos refiriendo.

De modo que estos principios de organización reflejan la forma como opera la sociedad, en consecuencia a las orientaciones que le imprimen los procesos de aprendizaje en su curso histórico; influenciado por sus procesos socioantropológicos, político administrativos, económicos y culturales; donde ocurre una interrelación lingüística de elementos y contextos que requieren considerarse sobre una base racional comunicativa, en la formación de un profesional de la salud, para una praxis social transformadora. Visto en nuestra interpretación, desde los aportes de Pineda, en la óptica Habermasiana; como un planteamiento que abre una nueva perspectiva para la interpretación hermenéutica de los discursos teórico y práctico, en la relación educación superior, salud y sociedad; "pues los actores sociales son vistos ahora como productores de sentido y constructores de significado, capaces de recuperar la convergencia entre razón y decisión, para impedir que la acción comunicativa aparezca como un factor irracional"<sup>6</sup>.

### **III. LA PERSPECTIVA DEL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL: UNA OPCIÓN OPORTUNA EN EL APRENDIZAJE DEL MÉDICO**

El espacio permite mostrar sólo algunos lineamientos de esta investigación, cuyo fundamento teórico transita una evolución paradigmática -como matriz conceptual- desde el Estructural-Funcionalismo en Talcot Parsons, reconocido mundialmente como uno de sus principales representantes, al Constructivismo en Donald Schön, posición desde donde, este excelente autor desarrolla su teoría sobre la Formación de Profesionales reflexivos. Hasta llegar a la postura teórica de Jürgens Habermas, de reconocimiento mundial en sus aportes desde la teoría social crítica, la filosofía analítica del lenguaje y la teoría de la acción comunicativa; donde se conjugan la acción comunicativa, la racionalidad y la evolución social.

Reconociendo además, la conexión con el Construccinismo Social, cuyos teóricos deben mucho a la Hermenéutica crítica, Filosófica y Política de la Escuela de Frankfurt, de la cual Habermas es considerado como heredero y continuador. Sirviendo junto a otros autores, de apoyo teórico filosófico para el abordaje de los nuevos paradigmas<sup>7,8</sup>, soporte teórico del Paradigma Interpretativo de la ciencia, y la perspectiva sistémica, desde donde encontramos se abre un mundo de

posibilidades para explorar las relaciones que están implícitas en la acción y su discurso social, como es nuestro interés; en la relación Educación Médica, Salud y Sociedad.

Destacan en las insuficiencias de la Perspectiva Estructural Funcionalista, del Positivismo científico, la combinación de un enfoque científicista -al pretender conceder total preeminencia a la ciencia sobre el resto de la cultura- con una falta de respuesta, evidenciada en una incapacidad para responder a las cuestiones más importantes del ser humano; el sentido y la calidad de su existencia. Elementos importantes de un contexto de crisis donde la ciencia moderna se ha propuesto como objetiva, autosuficiente, omniabarcadora y universal. A la vez que exhibe, como en el caso de las ciencias médicas, puntos de quiebre que reflejan una concepción insuficiente de la razón científicotécnica, como marco definitorio de éxito; concebido en la práctica, como el logro de un alto nivel de especialización en ciencias positivistas para resolver "problemas de hecho" en el campo patológico. Sin detenerse a medir suficientemente sus posibles consecuencias negativas sobre la salud y la vida, al pretender la subordinación hegemónica, la supremacía sobre otras ramas del saber que tienden al cuidado humano respetando y protegiendo su integralidad.

Frente a esta perspectiva, en el marco de una tradición educativa que prioriza la trasmisión del conocimiento que el estudiante "debe saber" y la adquisición de habilidades y destrezas en un contexto que orienta hacia la especialización técnica. La postura Constructivista, duda si las necesidades mas acuciantes en el proceso de aprendizaje pueden aprenderse en un Centro Superior de Formación Profesional, dentro de lo que constituye la tradición educativa orientada por modelos de corte positivista en el sentido que nos hemos referido. Llama la atención, a la toma de conciencia sobre la existencia de una crisis de confianza en el conocimiento profesional, planteando la necesidad de ver al arte como un componente esencial de esa competencia.

Desde allí extraemos como un aporte fundamental de esta postura teórica, su pretensión de avanzar en esta problemática; desde una perspectiva posible que incorpora la construcción del conocimiento, como formas de construcción de mundos de la práctica; proceso cultivado en un ambiente educativo reflexivo, en busca de la preparación para el arte, en coherencia con el currículum profesional básico de ciencia aplicada y tecnología en el campo educativo médico.

De esta manera, surge la pregunta acerca de qué tipo de competencias deberían adquirirse, para lo

cual se plantea que más que poner el énfasis exclusivamente en enseñar paquetes de contenidos de conocimiento rigurosamente científico y sistemático de lo que el estudiante "debe saber", se trata más bien de guiar al alumno para que descubra a su propia manera, las relaciones entre los métodos, los medios y los resultados del aprendizaje, en el mundo de la vida, destacando el aprender haciendo, siendo ayudados, bajo un proceso tutorado. Donde vemos como posibilidad un proceso de aprendizaje del conocimiento y la reflexión en la acción, que se reflejaría en la realización de una práctica profesional competente, para el trabajo en situaciones complejas; como sucede en el campo de las ciencias de la salud.

Por ejemplo, en las escuelas de medicina donde se conciben los procesos de aprendizaje bajo la tradición de un currículum normativo, sin embargo, es frecuente encontrar un currículum dual. Así se evidencia, que cuando los médicos internos y residentes se entrenan en los hospitales, trabajando con pacientes reales bajo la tutela de profesores veteranos, aprenden algo más que la simple aplicación de la ciencia médica que se enseña en las clases. Esto ilustra, al menos en cuanto a la investigación diagnóstica y al tratamiento de la enfermedad, el aprendizaje de un arte que se sale de los modelos. Como un punto de vista compartido por los médicos, "el practicum en medicina tiene que ver tanto con la adquisición de un arte cuasi autónomo de la práctica clínica como con el aprendizaje de la aplicación de la teoría científica" <sup>9</sup>. Reflejando que el aprendizaje en la medicina, como en otras formas de aprendizaje del arte profesional, depende en una parte importante, de condiciones similares a aquellas que se dan en los talleres de diseño artístico.

En la posibilidad de vinculación de la cuestión del arte con la legitimidad de la formación profesional, se observa que existe un poderoso elemento educativo capaz de ser favorable o desfavorable para una práctica competente en una dimensión socialmente pertinente, en la cuestión de los modelajes, o el aprendizaje por imitación que se da mucho en la medicina, donde se reproducen determinados tipos de práctica médica en el ambiente de la Universidad y del Sistema Sanitario Nacional. Esto se percibe como una oportunidad muy importante para promover cambios, con la introducción de ciertos modelos deseables de imitar, desde las estructuras de aprendizaje, en un contexto institucional de una Escuela Médica, que parece ofrecer resistencia a la creación de un Practicum Reflexivo en la preparación de profesionales, a la vez que contiene todas las posibilidades para su desarrollo como un recurso muy útil.

La supervisión psicoanalítica puede entenderse también como un ejemplo de un prácticum reflexivo, donde los estudiantes y sus tutores crean paralelismos, entre sus tipos de prácticas, favorables o no al aprendizaje tutorado. Ya que "Desde una perspectiva Constructivista, los analistas son oyentes activos que construyen los significados desde el material proporcionado por sus pacientes y tratan de configurar una relación especial que conduzca a los usos psicoanalíticos de la transferencia" <sup>9</sup>. En el practicum del proceso de aprendizaje del análisis psicoanalítico, en el cual se cumple la escalera de reflexión y donde la participación de estudiantes y tutores transcurre bajo la propia práctica de interpretaciones que surgen en un marco de interacciones de las personas, centrado en la comunicación, ocurre una escucha constructiva al servicio de la comprensión compartida por el analista y el paciente.

Las verdades interpretativas que cumplen con los criterios de la inferencia psicoanalítica, representan un razonamiento donde se percibe el intento de resolver ciertas discrepancias con la verdad empírica, destacando la actuación responsable del investigador clínico que se esfuerza en conseguir la "verdad objetiva" a través de una subjetividad disciplinada, y el propio sentido de la interpretación misma, que muestra su eficacia en la decodificación de interpretaciones inconscientes e interpretaciones formales, que se traducen en continuidad y resultados para los pacientes. De manera que, en la indagación psicoanalítica, estando ubicada en el marco de la medicina clínica, identificamos elementos interesantes de un proceso de aprendizaje, que muestra la existencia de un campo de posibilidades de construcción de significados, donde las subjetividades puede "disciplinarse" y "objetivarse"; representando la existencia de un cuerpo de conocimiento transferible y generalizable, aunado a la capacitación para el arte de la práctica. Además, desde nuestra forma de ver esta problemática de la formación profesional, se revela también que el médico necesita adquirir conscientemente el proceso hermenéutico -de comprensión, interpretación y aplicación del conocimiento- como método, como arte, como filosofía, y como base epistemológica de la ciencia y racionalidad que sustentan su práctica profesional.

El aprendizaje de la práctica es una actividad esencialmente constructiva, y la práctica en sí, un quehacer filosófico de alto sentido socio antropológico, capaz de conferir a la acción de este profesional, un balance en la aplicación del conocimiento científico en función del ser humano en todas sus dimensiones. Todo lo cual exige al formador y a quien se está formando, una

postura más hermenéutica hacia la comprensión y la interpretación del significado y la riqueza del conocimiento subjetivo en relación con la salud y la vida. Lo cual nos luce especialmente pertinente a la discusión sobre la educación superior, toda vez que la universidad es en principio un espacio clave en la producción, reproducción y socialización del conocimiento. Pero donde también las bibliografías recomendadas por los docentes y la información reconocida por ellos, termina convirtiéndose en discursos autorizados, ocurriendo así, un control significativo del conocimiento que debe o no debe circular.

Aspecto que reviste particular importancia en la Institución de Educación Médica Venezolana, como parte de un Sistema Educativo como el nuestro que valora y privilegia la reproducción mimética de "la palabra de la cátedra", del discurso autorizado, por sobre toda lectura crítica o método reflexivo, limitando el cultivo alternativo de muchos saberes útiles, incluyendo posiblemente entre ellos a importantes fuentes de inspiración filosófica para el médico. Que le ayudaría a formarse como profesionales capaces de percibir la totalidad y no las parcialidades del otro, y de entender los lenguajes del mundo en una relación intersubjetiva con los hombres y con la naturaleza, entendiendo que todos somos sujetos iguales, en el mundo en que existimos e imaginamos. Incluyendo el sentido holístico, ecológico y estético que se requiere para una praxis que en diversos contextos, pueda desarrollar propuestas pertinentes y de mayor elaboración, a la vez que impulsa cambios que contribuyan en la construcción de una verdadera sociedad comunicacional; más allá de tendencias del individualismo arrogante, contradicciones e inequidades del avance científico-técnico de la Sociedad Informacional.

Recuperar la subjetividad del médico y del paciente, luce más necesario que nunca. En base al modelo biológico dominante, el médico atiende los aspectos biológicos, más que el hecho psicológico o lo espiritual. Aún cuando ayuda a transitar los momentos más difíciles de sus pacientes, como el caso de los enfermos crónicos, graves terminales o moribundos. Allí afloran sentimientos de temor, angustias de todo tipo en la persona enferma, pero también, en medio de sentimientos de angustia, impotencia o culpa en el médico, se generan procesos de negación y se asumen actitudes de abandono al enfermo, en el momento que más lo necesita, se asiste y se acepta muchas veces la muerte corporal, pero no al hecho histórico social, al contexto familiar, al sentido de trascendencia. Evidenciándose que hay muchos imperativos éticos en

la participación del médico frente al sufrimiento y frente a la muerte, pero además que hay un claro ejemplo en estas situaciones, de los límites de la ciencia-técnica, de las limitaciones de la racionalidad científico técnica en la formación personal y en la praxis profesional.

Ejemplo que resalta un vacío en la formación del médico para apoyar al enfermo y a la familia en estas situaciones, donde confluyen múltiples elementos en el terreno de la subjetividad y de la transdisciplinariedad. Ignorar o menospreciar fuentes de significado, propósitos, creencias, interpretaciones, que enriquecen y direccionan la vida de los pacientes; pueden colocar al médico en una posición desventajosa para la atención eficiente, satisfactoria y gratificante de sus pacientes. Muchos médicos y pacientes han opinado sobre la importancia de la espiritualidad en la recuperación de adicciones, de enfermedades, considerando deseable que el médico aprenda a abordar e integrar estos significados y búsqueda de respuestas a las crisis que surgen entorno a la enfermedad en el paciente y su familia <sup>10,11,12</sup>.

Hablando acerca de la relación entre filosofía y ciencia, y su vinculación con el arte de curar, Hans George Gadamer (1996); reflexionando sobre la experiencia de vida precientífica, y de cómo pudo el médico atender y orientar la enfermedad, o el acompañamiento de sus pacientes en el camino hacia la muerte. Se pregunta cómo se puede resolver estos problemas de la ciencia moderna y plantearse la misión del médico en la sociedad actual, si se acepta previamente que esta misión: consiste en "tratar", en el mejor de los casos restablecer: Este no es el estilo de la ciencia moderna, que ha aprendido a trazar sus proyectos constructivos sobre las bases de la experiencia, los experimentos y la coincidencia con sus cálculos cuantitativos. En la medicina práctica, uno se encuentra ante un mundo en el que, evidentemente, se requiere otro tipo de aplicación de lo aprendido <sup>13</sup>.

Siguiendo este análisis, acota algunas diferenciaciones, que nutren la reflexión, sobre el arte de la práctica ante la enfermedad o la salud, cuando afirma: Ahora bien, no sólo existe la ciencia de las enfermedades, dado que la enfermedad no puede existir sin la salud. Ambas constituyen realidades que un médico debe conocer o que debe procurar conocer con los medios que le proporciona la ciencia moderna. Y aquí nos encontramos con una pregunta sin respuesta: ¿Qué es la salud? Se sabe mas o menos que son las enfermedades <sup>13</sup>.

Estas reflexiones, concuerdan con nuestra concepción, multidimensional y constructiva, que intenta ver desde una idea relativista y transdisciplinaria; a la

salud como construcción social y a la medicina no como una ciencia, ni mucho menos como la ciencia de la enfermedad, ni el saber médico reducido a la aplicación de saberes científicos al conocimiento y tratamiento de la enfermedad. Tampoco es cualquier técnica para una práctica determinada, aunque en muchas situaciones se requiere la precisión científica en la aplicación de un saber técnico para enfrentar una situación de enfermedad. Ni como arte, en el exclusivo sentido de habilidad y destrezas para fabricar algo. No es cualquier arte, es una noble y compleja actividad humana, con un campo profesional de amplias posibilidades para no sólo de acompañar y ayudar al hombre enfermo, lo que usualmente se le atribuye como práctica profesión; sino también en abordar al sujeto en su integralidad, con su propia subjetividad y su entorno, desde muchos terrenos y contextos, para asesorar, formar, orientar, construir y guiar procesos en salud y desarrollo sociocultural; su calidad de vida como ser humano. Desde esta visión correspondería al médico, dependiendo del valor y alcance que se le adjudique a su práctica desde la formación universitaria; articular la ciencia, el arte y la profesión.

Estamos hablando de la necesidad de cultivar en la formación médica una relación entre la hermenéutica y la sabiduría, en la capacidad de descifrar el sentido del momento que vive la práctica. Hacerse conciente por ejemplo, de las exigencias actuales de la acción del médico, de sus alcances, de las consecuencias de lo que haga o deje de hacer en la construcción de un mundo común; que se hace posible en el desarrollo de una actitud de reconocimiento a la intersubjetividad, a la comunicación, al saber escuchar a los otros, en la aceptación de la igualdad en medio de las riquezas de la diversidad, en el deseo de cambio cultural y madurez social; el camino a la salud colectiva.

Los formadores necesitamos desarrollar maneras de pensar esquemas desde una perspectiva transformativa, lo que incluye: construcción de futuros, fortalecimiento de formas viables de acción y participación, de construir acuerdos y ejercer liderazgos en equipos de multidisciplinas, en la conciencia protagónica activa constructora de condiciones socioculturales deseables. Podemos partir de reconocer la necesidad de cambiar o reformar lo que no haya funcionado bien o necesite adecuarse a la sociedad donde queremos avanzar. Por supuesto todo esto pasa por sincerar el propósito último de nuestro trabajo, el tipo de hombre que queremos formar, que perfil imita quien se está formando, cómo se familiariza con la práctica, qué valor le adjudicamos hacia quien y con que intencionalidad la orientará. Es por esto que

insistimos en comprender y fortalecer la dimensión social de la práctica, como construcción, desde nuevos procesos de aprendizaje. Sobre las bases de una epistemología para una praxis ético científica y socialmente pertinente, reenfocada en la salud más que en la enfermedad.

Con otra sensibilidad, y otra actitud pedagógica, a lo largo de la carrera universitaria se puede ayudar a los estudiantes a la formación para una práctica más gratificante, a desarrollar su propia visión sobre lo que es una práctica legítima y pertinente. Al desarrollo de habilidades de aprendizaje, que favorezcan la génesis de procesos de pensamiento, que desde una mentalidad entrenada para investigar las situaciones sobre la salud o la enfermedad, la vida o la muerte, puedan ubicar la praxis, en el marco de relaciones entre los cambios sociales que se producen y la comprensión de los mismos. Reflejando la acción de un profesional que, formado bajo un esquema de reforzamiento de la medicina humanística, y de una nueva estética; al incluir desde etapas tempranas de la formación, procesos transdisciplinarios para el estudio del papel del médico como asesor y orientador en salud, así como espacios para el autodesarrollo de capacidades personales hacia una actitud crítica, creativa, participativa y solidaria; posea visión e interés por conseguir las transformaciones necesarias.

Estos planteamientos, nos lucen inevitablemente en relación con el desarrollo de un esquema alternativo de relación médico-paciente-familia-comunidad que guíe su aprendizaje, como profesional, como persona. Lo cual parece posible bajo un modo distinto de comunicación que ubique la interacción lingüística a otro nivel, a la vez que pone un énfasis especial en el crecimiento y desarrollo personal, y el cultivo de capacidades adquiridas socialmente en la interacción. Sobre bases de una epistemología para la práctica alternativa, en la cual, la solución de los problemas técnicos lejos de ser el todo, ocupa un espacio bien delimitado, realzando nuestro pensamiento y compromiso sobre la significación, pertinencia y eficiencia de una práctica casada con la equidad y la justicia.

Aunque Constructivismo y Construccinismo Social tienen cosas en común y diferencias significativas entre ambas posturas. "Hay una base común en tanto ambas confrontan la idea modernista que propone la existencia de "un mundo real" que puede conocerse con certeza objetiva, así como la noción del lenguaje como representación"<sup>7</sup>, coincidiendo en el papel constructivo del conocimiento y del lenguaje. Aceptando entonces

que construimos la realidad de la que somos participantes, de manera que en nuestra narración surgen espacios de interacción por medio del lenguaje que tiene un efectivo aspecto formativo; donde se hace posible un lugar común a la reflexividad y la autorreferencia, a la conjunción de la teoría en la práctica. Así, en la interacción del médico con sus semejantes, se aspira que la comunicación pase a tener un lugar primario, en la construcción de mundos humanos, y no el de la sola representación de un mundo que le es externo o la simple transmisión de mensajes técnicos de un lugar a otro.

En la visión de práctica médica en un marco de reflexividad comunicacional, coincidimos con la perspectiva que señalan los investigadores en comunicación; Pearce y Cronen en la teoría que sostiene que la reflexividad es un rasgo natural y necesario de los sistemas de significación. Según esta perspectiva las palabras y las acciones no sólo derivan su significado del contexto en el que ocurren sino que crean contextos, y un sentido de pertenencia en los actos, con poder potencial de transformar las pautas de relaciones sociales<sup>7</sup>.

El constructivismo centra su interés en el problema conocimiento-aprendizaje sobre una base biológica, destacando la función de supervivencia del conocimiento. Los teóricos del Construccionismo social por su parte "consideran que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen en el intercambio social y se expresan en el lenguaje y el diálogo. Los construccionistas sociales sostienen que todo conocimiento, tanto del mundo como de uno mismo, evoluciona en los espacios interpersonales, en el ámbito del mundo común"<sup>7</sup>; como el mundo de la participación social en salud, donde se comparten significados y las acciones adquieren sentido.

Desde este marco, tomando como ejemplo al campo de la terapia familiar sistémica, se comenzó a abordar las familias y comunidades, ya no como objeto de estudio, sino como un diseño social flexible, y a entender el proceso terapéutico como la construcción de un contexto para generar a su vez procesos de recreación colaborativa, en el plano de relación generativa entre contexto y sentido, que ayuda a los miembros a "desligarse de versiones de historias de vida saturadas de problemas, deficitarias, y trabajar en la generación y recuperación de alternativas experimentadas como liberadoras y transformadoras" por vía del ensamblaje de focos de sentido e interpretación producto de la reflexividad social comunicacional, rebasando el modelo hegemónico de relación médico-paciente o los procesos de medicalización en el campo de la psicoterapia, al

introducirse en la dimensión del campo social, y abrir espacios a la multidimensionalidad y las posibilidades de la hermenéutica.

Terreno donde el Construccionismo Social y las prácticas coherentes con ello, cultiva el concepto de diálogo transformador, con acento en procesos emergentes y en la responsabilidad relacional, definiendo un campo "que por naturaleza, tiende a ser multidisciplinario, atraviesa fronteras, trabaja con la diferencia - más aun, se enriquece con ella - a fin de preparar futuros mejores y actuar sobre la calidad de vida de las personas, de las instituciones en las que la gente vive y trabaja, y de las comunidades" <sup>14</sup>. Una propuesta que sin duda puede alcanzar sus objetivos de ofrecer recursos para generar procesos reproducibles en diversos campos y comunidades, de las profesiones y el mundo de la vida, incluyendo a la medicina y sus posibilidades de prácticas en su comprensión y apoyo de la salud colectiva y la vida; que finalmente pueden materializarse en alternativas que permitan reconstituírnos culturalmente en nuestros saberes y en nuestras prácticas en salud pública.

En ese sentido hemos percibido en el proceso teórico de esta investigación, una opción en la perspectiva constructivista y el enfoque del construccionismo social. Dejando como premisa básica, que nos hemos estado refiriendo a un marco de comprensión que se ha intentado reflejar en el texto de este trabajo como un modo de pensar, y no como una posición rígida que pretende hacer una descripción del mundo de la Educación y la Práctica Sanitaria en Venezuela. Sino mostrar aspectos de una matriz conceptual donde puedan identificarse creativamente, en una opción abierta; elementos de un modelo hipotético, que lejos de pretender hacer afirmaciones ontológicas, aspira despertar el interés, y abrir espacios u opciones teórico metodológicas alternativas, para la investigación, discusión, construcción y desarrollo de proyectos académico curriculares hacia una práctica profesional pertinente.

#### **IV. ¿CÓMO VEMOS HOY AL SER MÉDICO Y SU PRÁCTICA EN SALUD PÚBLICA?**

En un área como la salud pública en Venezuela, urge promover desde la universidad como espacio posible, aunque quizás subestimado o subutilizado, las innovaciones socioestructurales necesarias para la reconstrucción de los procesos de aprendizaje, con miras a un nuevo principio de organización del sistema Sociosanitario. Este pensamiento, se identifica con la aspiración de un acercamiento entre la teoría y la práctica

de una realidad compleja; acercamiento que luce consolidable si se trabaja desde un marco de educación emancipadora, que persigue en la formación un tipo de sabiduría, que incluye entre otras cosas el crecimiento personal, el desarrollo de una inteligencia reflexiva, en el sentido de saber cómo funcionan las cosas en el mundo de la vida, y cómo y cuando utilizar un tipo de conocimiento para actuar de manera más acorde y socialmente pertinente.

En ese sentido, la deconstrucción habermasiana de la absolutización del saber científico monológico deductivo promovida por el positivismo, que distingue entre lo fácticamente vigente y lo legítimamente válido. Nos lleva a pensar que hay un problema fundamental en la epistemología para la praxis donde el interés técnico suplanta abiertamente al interés práctico. Se percibe la existencia de un error en la educación médica traducido al enfoque de la práctica, cuando lo tecnológico tiene franca supremacía sobre lo moral. Un aspecto que en el terreno educativo, está relacionado con el estatuto epistemológico que manejamos en torno a la verdad y a la ciencia, al fundamento filosófico que reconocemos como base, desde donde se legitiman los saberes en nuestro medio académico y en la sociedad.

Una consideración filosófica, que ve una posibilidad de conjugar racionalmente, moral, ética, arte y ciencia. Un enfoque que se hace interesante como parte de nuevos espacios epistemológicos en la formación para la práctica profesional, sobre bases de racionalidad ética, crítica, transdisciplinaria y emancipatoria. Tomando en consideración las posibilidades epistemológicas, de la acción comunicativa, y el concepto de razón comunicativa-intersubjetiva que a ella subyace, como una razón inmanente al uso del lenguaje que no puede ser reducido al marco de la actividad meramente instrumental. Lo cual significa de manera práctica, que la incorporación de la intersubjetividad en los procesos de producción de conocimiento puede conducir a una ciencia médico social crítica, que pretenda como un objetivo fundamental; fortalecer las estructuras de los procesos de aprendizaje abriendo el universo de participación de diversas disciplinas, para echar bases fuertes en la construcción de una práctica en la dimensión social, que se legitima y se hace pertinente en el marco de una adecuada correlación entre teoría y práctica. En ese sentido, creemos que la educación en general, y la médica en particular tiene que jugar su papel fundamental y ser punta de lanza, en su acción emancipatoria, en la confrontación y acercamiento del individuo con su realidad, y no en el sentido de una falsa conciencia, producto de distorsiones ideológicas contenidas en

discursos dominantes que se reproducen desde el seno de la universidad, sin responder a los intereses y necesidades del mismo individuo en formación ni a la sociedad de la cual es parte.

En las facultades de medicina requerimos entonces evaluar -con fines de autorregulación- hasta que punto se desarrolla una educación crítica cuyo propósito fundamental es la emancipación y el cambio cultural, que promueva la integración de la teoría y la práctica que legitime su acción. Una educación que justifique su razón de ser, su propósito como nivel de socialización; la formación de individuos capaces de tomar conciencia sobre su realidad histórico social y responsabilizarse por inducir los cambios necesarios, convirtiéndose en cierta forma en un educador y comunicador social, en pro de mejores niveles de salud y vida. Una noble función que el médico no está cumpliendo, quizás por que no la visualiza, o no se la enseñaron como parte importantísima del perfil sociológico de la profesión; o lo que es peor, no lo ha internalizado como elemento clave para darle significación, sentido y gratificación a su vida laboral.

En un proceso de deconstrucción, necesitamos repensar, nuestra manera de concebir la práctica médica, la imagen de ella y como la construimos. La percepción cotidiana que tenemos y reproducimos, la representación social; esto significa repensar la experiencia social de las acciones, de las instituciones educativas y de desarrollo de las prácticas socio sanitarias, sus supuestos y propósitos genuinos, a la luz de sus resultados. La comprensión de si han funcionado o no, es lo que finalmente hace que la gente cambie, más allá de las argumentaciones. Pasando en la dimensión de la construcción social, de la crítica epistemológica a la reelaboración de nuevos códigos de la práctica profesional.

Por ejemplo, podríamos pensar en una actividad educativa médica, que más allá del logocentrismo científico, de la trasmisión del conocimiento específico para actuar frente a situaciones concretas del hombre enfermo, requiere ser revalorada y redimensionada como proceso de transición cultural, hacia una forma de existir, de pensar y de ser. Un complejo proceso donde se construyen las bases de un proyecto de vida personal y profesional. Transformación donde el docente puede ayudar, ofreciendo saberes e involucrando al estudiante en un proceso de aprendizaje que contribuya a hacerlo un sujeto sabio.

Desde nuestra comprensión, estamos hablando también de un pensamiento -como conjunto de

conocimientos- construido en relación con una visión del mundo, y que pretende adecuarse a ciertos propósitos capaces de orientar las acciones y la intencionalidad de la práctica médica en función de la salud, más allá de la tradición enfocada en el control de la enfermedad. Vislumbrando lineamientos que posibiliten la construcción contextualizada procesos y estructuras de aprendizaje, orientados sobre un principio de organización y unas bases de racionalidad social, que abran verdaderos espacios a la salud colectiva, como componente fundamental de la meta lógica y justa de todo ser humano; alcanzar el máximo de felicidad para su vida y su familia.

Por supuesto el médico de hoy dispone de toda la técnica que le permite superar al menos en expectativas al medico de ayer, sin embargo el médico de ayer entendió la misión apostólica, por lo que su razón social era su bisturí para salvar vidas y traer vidas hoy la razón social está determinada por las fuerzas del mercado... la carrera de medicina ha pasado a ser un valor de cambio; y lo triste es tratar a un paciente visto desde el valor que tiene su enfermedad. Bajo ese contexto no hay emancipación ni aun en el dolor y mucho menos mas allá de la muerte, ya que esta queda impregnada por los valores de cambio que ella misma genera.

Desde nuestra visión, imaginamos al médico como; un ser humano con una sensibilidad especial por los otros - una estética humanística - que mire en la persona su mundo de vida y no a la enfermedad. Un hombre o una mujer cultivado filosóficamente y como un asesor en salud. Con formación básica para actuar, como educador y comunicador, como administrador e investigador de los aspectos relacionados con la salud

y los problemas sociales a nivel comunitario. Emocionalmente preparado para asumir los cambios sociales y tecnológicos. Con el bagaje de conocimiento científico y humanístico necesario, para el reconocimiento, la investigación y el manejo conciente o la canalización de los problemas de enfermedad individual o colectiva en las redes de atención a nivel primaria, secundario o terciario, asumiendo responsabilidad por el destino final y el seguimiento de las personas o grupos atendidos personalmente o referidos a otras instancias; dentro del concepto de formación socialmente pertinente de un médico generalista, equipado y suficientemente remunerado para disfrutar de su trabajo.

Con una estructura de pensamiento cultivada en los planos del respeto mutuo, la prudencia y la nobleza, como capacidades fundamentales para establecer relaciones intersubjetivas; favorable además, en la integración y/o liderización de equipos multi o transdisciplinarios de trabajo para el análisis de políticas públicas, necesidades y problemas en el área de la salud y el desarrollo social, así como para la construcción de soluciones integrales, con sentido ecológico y socialmente pertinente. Características que conforman aspectos básicos de un profesional con una actitud transformadora. Un buen médico puede ser todo esto eficientemente, pero por sobre todo, en la medida que interactúa con las personas que requieren su presencia o sus servicios profesionales, necesita ser alguien que sabe ser y hacerse un amigo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1) Cely, G. La Bioética en la sociedad del conocimiento. Colombia. Colección Bioética. 3R Editores Ltda. 1999.
- 2) Parsons, T; Shils, E. Hacia una Teoría General de la Acción. Cambridge. USA. Serie Filosofía y Ciencias Sociales. Harvard University Press. 1962.
- 3) Parsons, T. El Sistema Social. Madrid España. Biblioteca de Política y sociología. Editorial Revista de Occidente, S.A. 1966.
- 4) Sosa, G. Un médico más cercano al Hombre y a la Salud. La Formación para la Praxis desde una perspectiva Sociocrítica. Valencia. Venezuela 2006.
- 5) Habermas, J. Teoría de la Acción Comunicativa. España. Tomo II. Editorial Taurus. 1988.
- 6) Pineda, M. El Discurso Político de la Educación Superior en Venezuela. Valencia. Venezuela. Ediciones Universidad de Carabobo. 1996.
- 7) Fried, D. Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Argentina. (comp.). Editorial Paidós. 1998.
- 8) Pearce, W. Nuevos Modelos y Metáforas comunicacionales: El Pasaje de la Teoría a la Praxis, del Objetivismo al Construccinismo social y de la Representación a la Reflexividad. Buenos aires. Argentina. En: D. Fried Schnitman. Nuevos Paradigmas, cultura y subjetividad. Paidós. 1998. pp 265-289.
- 9) Schön, D. La Formación de Profesionales Reflexivos. Hacia un Nuevo Diseño de la enseñanza y el Aprendizaje en las Profesiones. España. Temas de Educación Paidós. 1992.
- 10) Schreiber, K. Religión in the Pshysician-Patient Relationship. JAMA, 266(21): 3062, 3066. 1993.
- 11) Neelman, T.; King, M. Psychiatrist's Religious Attitudes in Relation to Their Clinical Practice: A Survey of 231 Psychiatrists. Acta Psychiatr Scand. 1993. 88(6): 420-4.
- 12) Ehman, J; Ott, B. Do Patients Want Physicians to Inquire About Their Spiritual or Religious Beliefs If They Become Gravely Ill? Arch. Intern. Med. 1999. (15) 159.
- 13) Gadamer, H-G. El Estado Oculto de la Salud. España. Editorial Gedisa. 1996.
- 14) Fried, D. Nuevos Paradigmas en la Resolución de Conflictos. Perspectivas y Prácticas. Argentina. (comp.). Editorial Granica. 2000.

Recibido: Julio, 2008 Aprobado: Diciembre, 2008
--