

LOS PROTOCOLOS Y LAS PRÁCTICAS EN EL COTIDIANO DE LA BIOMEDICINA

Octavio Bonet *

En todas las culturas existe un conjunto de representaciones que intentan explicar el proceso de salud-enfermedad; en éste se ponen en relación dos órdenes diferentes de "realidad": el orden biológico y el orden social.

Estos dos órdenes se encuentran imbricados en las llamadas "sociedades tradicionales", dado que la enfermedad de un miembro de la comunidad puede tener consecuencias que repercutan en el grupo como un todo; pero en la cultura occidental moderna al intentar explicar el proceso de salud-enfermedad se le dio preeminencia al orden biológico, dando lugar a lo que se conoce como *modelo biomédico o biomedicina*. Dicho modelo, que se impuso como un saber sobre la enfermedad y sobre el cuerpo, no es el único que encontramos al hablar de los procesos de salud-enfermedad ya que existen varios de ellos que son conocidos como medicinas alternativas, medicina popular, medicinas naturales o medicinas lentas. Pero es el saber biomédico el que cuenta con el mayor grado de legitimación de su conocimiento, por lo que tiene acceso a diferentes contextos sociales. Esto es, quizás, lo que llevó a que algunos autores hablaran de "*medicina cosmopolita*" para identificar al sistema de conocimiento, de organización y práctica profesional que emerge en occidente, pero que rápidamente deviene transcultural y preeminente en muchos contextos locales no occidentales.

Su legitimación y su postulada universalidad derivan del hecho de que sus bases están estrechamente relacionadas al conocimiento científico. Su necesidad de responder a las exigencias de lo "científico", enfatizando una visión objetiva y despersonalizada de los hechos, ocasionó que factores esenciales relacionados a su *práctica* fueran desplazados o directamente negados. Esto desplazado son las dimensiones sociales y psicológicas que tienen influencia en el proceso de salud-enfermedad, esta característica es conocida como el énfasis *biologista* de la *biomedicina*.

Este énfasis en lo biológico y lo "científico", en un "saber sin sujeto", ocasiona una tensión entre el *saber*, derivado del modelo, y el *sentir*, expresado en las *prácticas cotidianas* de los médicos que ponen en acción este modelo. Esta tensión la llamo *tensión estructurante* porque sus efectos se sienten desde los primeros momentos de formación de los *habitus* de trabajo médico y atraviesan todo el aprendizaje de la biomedicina.



El énfasis de la *biomedicina* en el orden biológico no puede ser comprendido a menos que hagamos referencia al proceso social que llevó a que la medicina se desarrolle como una disciplina científica-racional. Para esto tenemos que remontarnos a los cambios que se producían en la visión de hombre y del mundo en los siglos XVI y XVII.

Para comenzar la caracterización de este desarrollo es necesario diferenciar, siguiendo a Louis Dumont¹, dos tipos de configuraciones sociales: por un lado, la *configuración individualista-universalista* y, por otro, la *configuración holista*. La cultura occidental moderna se ajustaría al primer tipo de configuración, dando preeminencia al individuo como valor; de modo que en cada uno de ellos estaría representada la esencia de la sociedad. Por el contrario, en la *configuración holista* como se nos presenta en las culturas tradicionales, el acento recae sobre la sociedad en su conjunto y la noción de individuo es desconocida, priorizándose en última instancia “una idea colectiva del hombre”².

La cristalización de la *configuración individualista-universalista* ocasiona, de acuerdo con Duarte tres importantes consecuencias: “la racionalización y apartamiento de lo sensible, la fragmentación de los dominios y la universalización de los saberes, la interiorización y psicologización de los sujetos...”³. En relación a éstas consecuencias surge la nueva concepción de la persona que coloca al individuo como valor supremo, transformación fundamental para que la *biomedicina* se pueda cristalizar como un modelo sobre la enfermedad.

Este proceso social en el que se constituía la *configuración individualista*, que comenzó a tomar forma en los siglos XVI- XVII en Europa occidental, afectaba también a la ciencia. En este ámbito se manifestaba como una fractura epistemológica ocasionada por el advenimiento de la filosofía mecanicista que, de la mano de los avances que se producían en la física, plantea una nueva forma de entender el mundo. En este momento la explicación sobre la naturaleza basada en las concepciones religiosas dan paso a explicaciones escritas en fórmulas matemáticas y abstractas. El mundo va a ser explicado por analogía a la máquina, es decir, será explicado por movimientos y combinaciones de elementos materiales. Nos encontramos así con un pasaje de la ciencia contemplativa, con sus explicaciones religiosas a la ciencia activa y las explicaciones racionalistas; surge, consecuentemente, un mundo de “hechos” únicamente aprehensibles por un pensamiento metódico y racional.

En el mundo renacentista el hombre no era distinguido de la trama comunitaria y cósmica, pero con la epistemología mecanicista surge como sujeto individualizado, y la noción de *cuerpo* fue el factor de individualización. En palabras de Le Breton: “con el sentimiento nuevo de ser un individuo, de ser sí-mismo, antes de ser miembro de una comunidad, el cuerpo deviene la frontera precisa que marca la diferencia de un hombre a otro ... la individualización del hombre va a la par con la desacralización



de la naturaleza... La definición moderna del cuerpo implica que el hombre sea separado del cosmos, separado de los otros, separado de él mismo. El cuerpo es el residuo de estos tres cortes¹⁴.

Aquel conjunto de supuestos explicativos, la filosofía mecanicista, que explicó con éxito el mundo cosmológico, va a ser aplicada al microcosmos de lo orgánico. El mundo y el cuerpo deberán ser explicados por los mismos principios.

Con esta nueva concepción acerca del cuerpo se abre el camino para una biología y una medicina positivas. Pero el costo de este avance es la institución de un dualismo entre el cuerpo, lo material, y el hombre, lo espiritual. Con este dualismo material- espiritual, quedan establecidas las bases para lo que llamamos la *tensión estructurante* de la *práctica biomédica*.

Este dualismo asimilando lo material a lo corporal, mensurable y objetivable y lo espiritual a lo intangible, lo social, lo psicológico. Entre estos dos polos del dualismo existe una valoración y por lo tanto una jerarquía, pero desde el siglo XVII hasta nuestros días se produce una inversión en la valoración de éstos: el valor para Descartes estaba en el polo del espíritu, para la *biomedicina* el valor está en las profundidades mensurables del cuerpo anatomizado.

Este cuerpo anatomizado comienza a construirse en los comienzos del siglo XIV con las primeras disecciones oficiales en las universidades italianas, éstas eran aún controladas por la Iglesia. Pero luego, en los siglos XVI y XVII, su práctica se extiende dando lugar a espectáculos que se daban en los teatros anatómicos. En este proceso de construcción de un cuerpo separado del hombre tienen fundamental importancia Leonardo Da Vinci (1452-1519) y Vesalio (1514-1564). Este último con su tratado *De Corporis Humani Fabrica* (1543) abre la vía para el conocimiento anatómico y con él da lugar a la representación moderna del cuerpo.

La medicina moderna surge de esta separación esencial que entre el cuerpo y el hombre; tomando palabras de Le Breton: "La medicina moderna nace de esta fractura ontológica y la imagen que ella se hace del cuerpo humano saca su fuente de estas representaciones anatómicas tomadas de estos cuerpos sin vida, donde el hombre no está presente" (Op. Cit. nota 4, pg. : 60)⁵.

La racionalidad científico-mecanicista que, como vimos, es central en la constitución de la *biomedicina*, lleva (aparte de esa separación entre el cuerpo y el hombre) a una división entre el arte de curar y una disciplina de las enfermedades. Esto coincide con el momento en que a la anatomía y la fisiología se le suma un sistema clasificatorio de las enfermedades (la patología), las que podrán destruir a esa máquina que es el cuerpo humano. Con esto la *biomedicina* se transforma en un discurso sobre las enfermedades, desplazando la teorización sobre la salud y el hombre.

En este proceso de constitución de la *biomedicina* tuvo fundamental importancia el surgimiento del *hospital* como espacio de cura y de enseñanza.



Podemos encontrar numerosos autores⁶ que señalan la importancia del hospital en el proceso de constitución de la identidad profesional y en la práctica de la *biomedicina*, ya que a raíz del progreso del saber médico ésta pasó de ser una práctica independiente (la medicina liberal) a ser una práctica interdependiente (la medicina especializada) impidiendo que un sólo médico de cuenta de todos los dominios.

Pero estas funciones, de cura y de enseñanza, que hoy nos parecen naturales para los hospitales son el resultado, también de un proceso de construcción que va de la mano de la constitución de la *medicina clínica* como disciplina científica en la cual fue fundamental el aprendizaje y la práctica frente al lecho del enfermo.

El hospital, en los siglos XVII y XVIII, era una institución de asistencia a los pobres; es recién a finales del siglo XVIII que se va a producir la asociación entre clínica-cura-aprendizaje, pero para que esta conjunción se establezca es necesario que se produzca una reorganización de su estructura y una inversión de las estructuras de poder dentro de los hospitales, lo que llevará a la medicalización del espacio dentro de ellos. Hasta el siglo XVIII, el personal religioso era quien detentaba el poder en el hospital, pero cuando éste comienza a concebirse como un espacio para la cura, los médicos se tornan los principales responsables y así aparece la figura del *médico de hospital*; Foucault nos dice al respecto: "... el gran médico de hospital, aquel que será más sabio cuanto mayor sea su experiencia hospitalaria, es una invención del final del siglo XVIII" (Foucault 1979: 109; citado en nota 6). Esta inversión de las relaciones jerárquicas se ve expresada de manera poderosa en los "rituales" de la *"visita de sala"*, ya que anteriormente a la instauración del poder médico en los hospitales éstas no se realizaban. Así con la instauración del *hospital* como el *"templo"* del saber médico y de las visitas de sala como el momento en que se establece, en forma *"ritualizada"*, la transmisión y el aprendizaje este saber estará permanentemente puesto en riesgo en las vivencias cotidianas que se dan en el hospital.

Aún hoy se siguen realizando, aunque con ciertas diferencias⁷, las *"visitas de sala"*, que son llamados, también, *"pasajes de sala"*. Cuando hablamos de los pasajes de sala como momentos ritualizados lo hacemos pensando en la definición que Turner realiza del ritual como "comportamientos estereotipados... que sirven para comunicar información acerca de los valores culturales más apreciados ... el ritual como una puesta en acto, y no primariamente como reglas o rúbricas"⁸. Serían momentos rituales ya que en ellos se transmite un saber y prácticas asociadas a él, pero la importancia está no sólo en lo que se transmite sino en el hecho de realizar el acto de transmitirlo. No obstante existan características generales que se cumplen en estos *"pasajes de sala"*, no todos las conductas están prescritas, sino que, como señala Turner, pocos rituales están completamente estereotipados, ya que es más frecuente que frases y episodios se intercalen con pasajes variables en los que la improvisación no sólo sea permitida sino también requerida.



Con estas ideas llegué al campo, mi interés en el aprendizaje del modelo y en la formación de los *habitus* profesionales me llevó a centrar mi interés mayormente en los residentes, no obstante que no podía desatender a los médicos mayores⁹. El trabajo de campo lo llevé a cabo en uno de los pabellones de *clínica médica* de un hospital interzonal público en la provincia de Bs. As.

Para los médicos jóvenes la “*residencia*” es tomada como el primer trabajo “en serio” en relación a la medicina, es el primer encuentro con la *medicina vivida*. Este adquiere las características de un aterrizaje forzoso, ya que en este momento se les plantea la falta de adecuación entre el aprendizaje realizado en la Facultad y los conocimientos necesarios para desempeñarse en el hospital. Esa falta de adecuación nos lleva a plantear la diferencia entre una *medicina de libro* y una *medicina vivida*. Esta diferencia se explicita cuando comienzan a vivir experiencias como la de L., uno de los residentes: “te empiezan a pasar cosas y te empezás a plantear cosas... a mi a los tres meses se me murió un flaco de 36 años que tenía una insuficiencia renal. El tipo hace un edema agudo de pulmón, la guardia no le da pelota y a la mañana cuando llego estaba agonizando en la sala, y encima mi R3 me dejó sólo,... lo llevo para dializarlo de urgencia y se me muere en el pasillo. Lo metí en nefrología y estuvimos reanimándolo una hora... *son los cadáveres que te cruzan la cabeza y ahí te cambia la situación, yo fui diferente después de ese flaco*. Y si empezás a hablar con cada chico todos van a tener una historia similar y si no la tuvo la va a tener, es cuestión de tiempo” (subrayado mío).

Esa diferencia entre la *medicina vivida* y la *medicina de libro*, se va a expresar claramente en el objetivo central de la práctica biomédica que es la construcción del *diagnóstico*.

Para que los jóvenes médicos puedan construir diagnósticos tienen que pasar por un proceso de aprendizaje en el que van a adquirir los *habitus* profesionales necesarios para construirlos. Lo que adquieren en este proceso es uno de los dos polos de la *tensión estructurante*: el del *saber*; para esto tienen que aprender a manejar directrices de los tratamientos como son los *protocolos* y *algoritmos*.

Bourdieu definió *habitus* como esos “sistemas abiertos de disposiciones, enfrentados de continuo a experiencias nuevas y, en consecuencia, afectado sin cesar por ellas”¹⁰. Así, hablar de *habitus* es hablar de esos principios generadores y estructuradores de las prácticas y representaciones, de lo social incorporado, de la subjetividad socializada¹¹. Esa subjetividad es la que, según Baszanger¹² se comenzaría a moldear en el debut profesional construyendo grillas de lecturas en la cual son incorporados los pacientes y a partir de las cuales son organizadas las intervenciones terapéuticas. Lo que se aprende en la residencia es expresado por ellos con la frase “*saber pararse delante del paciente*”. Pero este proceso de aprender a tratar un paciente implica modificaciones en las estructuras objetivas que orientaban las



conductas en la Facultad, de modo que al incorporarse al hospital nuevas estructuras objetivas entran en juego (el pasaje de la medicina de libro a la medicina vivida); el problema se establece, entonces, porque el *residente* aún no posee el *habitus* para resolver los planteos de esta nueva coyuntura, de ahí que este cambio de coyunturas sea vivido como una crisis tensionante.

Esta crisis alude a la nueva forma de "pensar al paciente" que adquieren al comenzar la residencia; por expresarlo en palabras de uno de ellos: "... adentro del hospital la cosa es totalmente distinta... cuando rendís un examen decís que le hacés esto y esto otro, pero después venís al hospital y se trabaja de otra manera, hay criterios, primero se pide una cosa, después otra... es como un protocolo...".

Vemos que el pase de la facultad al hospital se manifiesta en una forma diferente de razonamiento diagnóstico, que en el discurso de uno de los residentes se explicitaba como la existencia de: "una diferencia entre lo teórico que sabés y *estar parado delante del paciente*, porque te pueden decir que hablés de neumonía y vos das las causas, todo... pero encarar al paciente es algo totalmente distinto, vos a partir del paciente tenés que *hacer el diagnóstico*, con el paciente empezás al revés; desde lo que tiene tratás de ver cuál patología es. Es totalmente distinto, el paciente viene con que le duele acá, allá y *vos tenés que organizarlo*" (subrayado mío).

De modo que la preocupación fundamental frente al paciente es "hacer el diagnóstico"; éste no se encuentra expuesto, no está ahí para que el médico lo "vea" sino que es el producto de una construcción en la que trabajan tanto el médico como el enfermo. Es por eso que encontramos en los relatos metáforas que se refieren al *diagnóstico* como a algo que se "llega" (el diagnóstico como resultado), por lo que el *proceso de diagnóstico* podría ser tomado como una "travesía".

Este proceso constructivo es frecuentemente asociado a un proceder "científico" y ese carácter de "científico" está otorgado por la capacidad que les otorgan los estudios secundarios de comprobar el *diagnóstico presuntivo*, lo que lo transforma en *diagnóstico final*. Es en este momento, cuando el *diagnóstico* se inscribe en un campo de saber más amplio, que se pierden todas las *referencias sociales e históricas* que rodearon su construcción. Con esto nos queremos referir a que en ese proceso de *diagnóstico* se dan negociaciones, tácitas o explícitas, evaluaciones de los enunciados producidos y del agente que los produce pero que en la formulación "científica" del *diagnóstico* quedan eliminadas, por lo que a ese diagnóstico construido se le otorga un criterio de "*objetividad*".

Latour y Woolgar¹³ sostienen que los hechos científicos son socialmente construidos. En este proceso de fabricación de un hecho se ponen en juego dos dispositivos con diferente función; el primer dispositivo, que llaman clivaje, hace que el enunciado se transforme en una entidad separada que designa ciertas propiedades del objeto y, a su vez, hace que el objeto construido pase a tener vuelo



propio. El segundo dispositivo, la inversión, ocasiona que el objeto pase a ser dotado de un mayor grado de realidad que el enunciado que le dio origen, de modo que el objeto deviene la razón del enunciado.

Así a partir de un conjunto de signos y síntomas que el paciente trae a la consulta o la internación y mediante un conjunto de aparatos (los inscriptores por medios de los cuales se hacen los estudios secundarios) se "llega" a un *diagnóstico*, se construye un diagnóstico, que cuando se afirma como verdadero ya no depende de las condiciones coyunturales de producción. Ese enunciado deviene un "hecho". La certeza de éste hecho se la va a buscar en la correspondencia con los signos y síntomas del paciente, olvidando que el enunciado devenido "hecho", el *diagnóstico*, proviene de éstos. La correspondencia está en el origen y la separación es una consecuencia de su construcción. Para Latour y Woolgar estas prácticas que ellos estudiaron en el laboratorio, se encuentran extendidas a otros sectores de la realidad social, uno de estos sectores es el hospital.

Este proceso de construcción del *diagnóstico* tiene una orientación demarcada, es de "abajo para arriba", de los signos y síntomas hacia el diagnóstico; una residente nos explicaba: "en la facultad nos enseñan a *pensar para abajo*, en la residencia para arriba. A partir del síntoma plantear los síndromes, eso no sé si lo tiene alguien, no conozco a nadie que cuando entró acá haya sabido *pensar un paciente*" (subrayado mío). Esta "travesía" está, a su vez, relacionada con metáforas de planificación, de clasificación, así se habla de organización, de pensar al paciente; metáforas con las que se alude al orden. Ese movimiento de abajo hacia arriba necesita de un pensamiento que tiene que ser metódico, racional, por medio del cual se pasa del *desorden* que el paciente "trae" a la consulta al *orden* del paciente diagnosticado.

Mary Douglas, en *Pureza y Peligro*, sostiene que: "las ideas sobre separar, purificar, demarcar y punir transgresiones, tienen como función principal imponer una sistematización en una experiencia inherentemente desordenada. Es solamente exagerando la diferencia entre dentro y fuera, arriba y abajo, mujer y hombre, con y contra que un semblante de orden es creado"¹⁴.

Esa demarcación entre "el arriba y el abajo" que separa dos dominios que presentan características completamente diferentes se establece por medio del *diagnóstico*; es éste el que incluirá al paciente en el discurso médico; para Clavreul es por medio del diagnóstico que "el médico muestra que lo que padece el enfermo tiene un lugar en el sistema de significantes que constituyen el discurso médico"¹⁵.

El dominio del "arriba" se relaciona con la razón, el orden, la sistemática, la limpieza y las restricciones; el dominio del "abajo" lo hace con lo empírico, el desorden, la asistematicidad, la suciedad y las posibilidades ilimitadas (ya que al no tener un padrón, es indefinido su potencial de padronización).

Estos dos dominios, del arriba y del abajo, no son definibles separadamente,



sino que para que sea posible el dominio del orden tiene que ser posible el dominio de desorden; ni uno ni otro son definibles en sí, sino en la relación que los une, en relación a un todo. Este todo es el discurso médico que a través del *diagnóstico* impone una distinción que es jerárquica. Es, justamente, por esa característica jerárquica de la relación que los dos dominios no se encuentran en una relación simétrica respecto del todo, sino que el dominio de arriba, del orden, tiene una valoración positiva.

Previamente a la construcción del diagnóstico las características del enfermo son ambiguas, este periodo podría ser caracterizado como *liminar*, ya que siguiendo a Turner "las personas liminares son aquellas que escapan a la red de clasificaciones que normalmente determinan la localización de estados y posiciones en un espacio cultural"¹⁶. En el contexto del hospital la situación de los individuos es clara: son enfermos; pero en relación al discurso médico son liminares. La importancia de "llegar" al diagnóstico, de alcanzar el dominio del orden, radica en que el enfermo, hasta ese momento *liminar* y por lo tanto fuera del discurso es incluido en éste. Mediante ese proceso se le instituye una identidad, se le asigna un nombre, que será para él un deber ser y por lo tanto se deberá conducir de acuerdo a esa identidad asignada. Por esa inclusión la medicina se legitima, se reafirma como saber autorizado sobre la enfermedad.

Este pensamiento "metódico" y "racional" que es necesario en el proceso de construcción del diagnóstico se manifiesta en la utilización de "*protocolos*" y "*algoritmos*"; éstas son pautas de trabajo delimitadas que organizan el tratamiento de los pacientes con el objetivo de obtener mayores logros y una mejor "*relación costo-beneficio*". Las dos líneas directrices son diferentes, un "*algoritmo*", que puede ser un diagrama, es una progresión de estudios que por medio de opciones divergentes indican conductas alternativas, que se van tomando de acuerdo a los resultados de los estudios. El "*protocolo*" se construye al juntar la información disponible que existe sobre un tema y establecer un consenso de cuáles son los pasos adecuados de tratamiento.

La importancia de los "*protocolos*" y "*algoritmos*" estaría dada, en el primer caso por homogeneizar formas de tratamientos con el objetivo de comparar pacientes con fines académicos y científicos. En el segundo caso sería discriminar entre todas las posibilidades de tratamiento cuál es la adecuada, ante la imposibilidad de pedir todos los estudios cuando se trata a un paciente; esto último por dos razones, porque el enfermo no puede soportar tantos estudios y por los gastos, por lo que se conoce como *costo-beneficio*. Esa "*relación costo-beneficio*" es observada a raíz de la escasez de recursos del hospital.

Al comienzo de esta exposición me refería a que la biomedicina se postulaba



como válida para diferentes contextos locales, ya que basándose en un reduccionismo biologicista puede prescindir de atender a las diferentes coyunturas locales. Por esta característica de saber universalizado, desde los fundamentos teóricos del modelo, los protocolos y algoritmos que guían la práctica de la biomedicina tendrían validez en múltiples contextos locales. Pero en la práctica cotidiana de la biomedicina en los hospitales se genera el problema de que estos protocolos y algoritmos son construidos en relación a contextos locales completamente diferentes a los que encontramos en el hospital en que hicimos el trabajo; de ahí que una doctora nos decía “no salen de acá, sino del Massachusetts...”. Por eso la aplicabilidad de ellos en el hospital está limitada y las limitaciones nos remiten directamente a las características del campo en que esos protocolos y algoritmos se quieren aplicar.

Lo que se plantea con la cuestión de la aplicabilidad de los protocolos y algoritmos son dos problemáticas diferentes, pero próximas. Una es la cuestión de la tensión entre el saber biomédico globalizado (la medicina cosmopolita) y las prácticas biomédicas localizadas; y la 2^a problemática se refiere a la tensión que se genera entre la aplicación de estos protocolos y algoritmos en forma acrítica o a su aplicación atendiendo a las posibles reinterpretaciones e improvisaciones parciales y regladas de éstos en la práctica cotidiana.

Las limitaciones derivadas de las características específicas de los contextos locales dan lugar a las “salidas” de las líneas directrices, a improvisaciones y reinterpretaciones, que se pueden dar porque no se tienen los medios materiales para realizar los pasos que les exige el “protocolo” o el “algoritmo”. Estas condiciones de la práctica los lleva a desarrollar vías alternativas de manejo de pacientes; un ejemplo de ello está dado por las varias alternativas de antibióticos para una enfermedad que tienen que saber los médicos del hospital porque el antibiótico que está recomendado en primer término no está disponible; otro ejemplo de esto lo observé en una clase dada por una especialista, cuando le responde a un residente: “...eso es lo que harías acá, bien. Pero *qué es lo que deberías hacer*, que acá no se hace porque no tenemos laboratorio que mida eso, por eso hacemos directamente la punción...” (subrayado mío).

Esto muestra cómo en determinados momentos las realidades cotidianas obligan a negociaciones y resoluciones que entrañan modificaciones en los patrones de conducta habituales; éstas negociaciones llevan a poner en práctica nuevas interpretaciones que modifican, en mayor o menor grado, los usos naturalizados por la enseñanza. Pero esas interpretaciones sólo van a ser aceptadas en la medida que sean hechas por individuos que tengan un capital simbólico lo suficientemente amplio y que sean lo suficientemente “sensatas” como para que no sean reprimidas de antemano. Esta características de “sensatas” sólo pueden ser establecidas de acuerdo a los *habitus*, que han interiorizado en el proceso de su aprendizaje y de



acuerdo a las características del *campo* que están en relación con esos hábitos.

Un ejemplo ilustrativo de eso fue una interacción que se estableció entre un residente de 1º, su residente de 3º y la Dr. H.. En la sala habían pedido muchas tomografías computadas en las obtuvieron resultado negativo (esto quiere decir que no había anomalía, curiosamente en la biomedicina es positivo cuando hay patología), por lo que con otra paciente que necesitaban una tomografía pidieron, primeramente, una resonancia magnética para no pedir otra tomografía. Los dos estudios no tienen diferencias de resolución, pero los pasos a seguir de acuerdo al algoritmo eran pedir primero la tomografía y después la resonancia. Cuando el residente de 1º expone el caso de la paciente en el "*pasaje de sala de la mañana*", el jefe de residentes, le pregunta: "J. por qué primero la resonancia?". A lo que J. responde: "porque como tiene más resolución... para que no nos pase como con otra paciente, que después tuvimos que hacer la resonancia".

Posteriormente en un "*pasaje de sala de la tarde*" que trataron la misma paciente el otro jefe de residentes le pregunta: "¿por qué pediste derecho la resonancia?", a lo que J. responde: "porque si la tomografía viene normal, después tenemos que pedir la resonancia y si tenemos problemas vasculares es mejor". En ese momento una residente de 3º le dice: "el problema es que si te corre el tiempo, una resonancia te tarda 20 días y una tomografía dos". Entonces O. (el residente de 3º, que estuvo envuelto en esa resolución), le dice: "... está bien que una tomografía y una resonancia no tienen diferencia de definición, pero habíamos pedido 5 ó 6 tomografías que fueron normales y podíamos atorar el servicio".

Posteriormente le pregunté a O., sobre este problema y me dijo: "acá eso pasa mucho por la disponibilidad de estudios; por ejemplo, si un protocolo te dice esto primero y esto después, vos por ahí largas las dos cosas juntas, porque esto te sale hoy y el resultado está dentro de 15 días, la otra te dan el turno para dentro de una semana, entonces por una cuestión de tiempo se largan las dos cosas juntas... eso puede ser peligroso porque te podés olvidar cómo se hacen las cosas...".

Los residentes de 3º y de 1º planteaban el problema desde la práctica, pero para el jefe de residentes lo importante era "... que quedara claro que primero va la tomografía. Lo que uno quiere dejar son pautas de trabajo" (subrayado mío). El hablaba desde las exigencias del modelo, desde el polo del saber de la tensión estructurante.

Lo que esta interacción está mostrando es que la práctica cotidiana condiciona la aplicación de los protocolos y algoritmos, además de mostrarnos la actitud que toman los jefes que tienen que impartir las enseñanzas cuando uno de los residentes de 1º se escapa de lo establecido.

En parte son las limitaciones provenientes del campo hospitalario las que hacen que los médicos tengan que salirse de los protocolos y esto puede ser visto por



ellos como una cuestión más de la práctica, razón por la cual ello no causa ningún conflicto ya que las salidas del protocolo estarían previstas en el protocolo mismo; pero para otros no existe la libertad para interpretar los protocolos, por lo que el salirse de ellos les puede traer algún tipo de conflicto. En el primer grupo están los residentes de mayor antigüedad, como es el caso de L., uno de los jefes, para él los protocolos están "para que los médicos te atiendan más o menos todos igual y que no dependas de la mano de Dios delante de quién caíste, no está mal que se puedan manejar, pero *los hicieron gente que tiene más experiencia que nosotros*; entonces la forma de estudiarlo... uno la puede saltar, pero tenés que tener bien en claro por qué lo hacés... vos por ahí saltéas el método, pero si no lo tenés en claro más vale que no te salgas de lo preestablecido" (subrayado mío).

En igual dirección se expresa O.: "hay ciertas cosas que están al borde del protocolo, porque no todo es blanco o negro, entonces *alguien con experiencia*, no nosotros, puede tomar una decisión distinta, pero tiene que ser alguien que conozca el protocolo..." (subrayado mío).

Pero para otros residentes el salirse de los protocolos sí puede ser un motivo de problemas, de ese modo lo considera E, ya que para ella no existe la posibilidad, dice: "nosotros los de primero no tenemos libertad para hacer las cosas, entonces, si te llevás por los protocolos nadie nos va a decir nada... todo tiene su criterio... Otra residente que se encontraba en la mitad de su aprendizaje me dijo: "si bien te manejas con la intuición no podés ser muy loco y hacer cosas porque te parecen, ... yo me manejo con la intuición, pero si el paciente tiene fiebre, tiene fiebre. *Los protocolos los seguimos... pero no siempre al pie de la letra, aunque cuando no los seguimos somos muy criticados*" (subrayado mío).

También podemos encontrar posturas que difieren en el grado de libertad que se toman para actuar como la de Q. que dice: "el protocolo te va a ayudar, pero también tenés que analizarlo subjetivamente... porque sino se haría una base de datos, metés una paciente con síndrome febril, la computadora te da el diagnóstico y listo... es lógico que todavía lo consulto con mis jefes, cuando tenga más experiencia no lo consultaré con nadie...".

En el relato de la Dra. H., con años en el hospital podemos tomar la posición de los *médicos de planta* hacia los *algoritmos y protocolos*, ella se refiere a éstos diciendo: "nosotros no nos manejamos mucho con los protocolos, yo creo que hay determinadas enfermedades en los que se tienen que cumplir sí o sí, tanto es así que cuando entraron los nuevos le dije a O. "vamos a hacer un protocolo", porque después te encontrás que no le hicieron fondo de ojo a una diabética... para la hipertensión y el asma sí seguimos un algoritmo de estudio, que es también un protocolo... pero nos salimos con frecuencia...".

La intromisión del componente subjetivo y de la intuición nos remite



nuevamente a la tensión estructurante, ya que estos dos componentes integrarían el conjunto de actitudes no mensurables que se resisten a dejar el reino de la objetividad y de la racionalidad que fundamenta la práctica de la biomedicina; por esta característica de no mensurables es permitido (y hasta aconsejable) desconfiar de ellas.

Vemos que lo que guía, fundamentalmente, a los agentes en la toma de sus decisiones es, en apariencia, un criterio racional, que se explicita como un conjunto de "protocolos" y "algoritmos". Pero no obstante la importancia que éstos adquieren en la práctica cotidiana, no pueden impedir la intromisión de aspectos que por no encuadrarse en este esquema ideal de racionalidad son desplazados y no considerados. Me estoy refiriendo a aquellas características que están próximas a los sentimientos, a las pasiones, a "lo humano", que necesariamente se presentan en la práctica biomédica y que posibilitan la generación de lo que llamamos *tensión estructurante*. Esta tensión es estructurante, porque se plantea en el momento en que los "residentes" están incorporando los hábitos de trabajo médico, de modo que tienen que aceptar determinadas modalidades de trabajo que entran en conflicto con lo que viven en la práctica cotidiana, con lo que llamamos el *sentir*. En el polo del *sentir* encuentran expresión las dudas, los temores, las trayectorias personales de los médicos, los contextos de decisión, es decir todos aquellos elementos que en la formulación del diagnóstico, que en el manejo de los *protocolos* y *algoritmos* son desestimados.

El conflicto queda establecido porque no les es posible sustentar una visión desapasionada de su práctica como se lo exige el modelo biomédico, porque en determinadas situaciones estos aspectos relegados se presentan con toda su fuerza. Así le sucedió a un residente en un pasaje de sala: "cuando vos estás en el comienzo de la carrera te parece que es más importante cómo es el tratamiento para determinada patología, que cómo debería ser la relación médico-paciente o cuestiones éticas... *en la práctica cotidiana me olvido que es una persona, es un caso, hasta que suceden cosas como la de hoy* que le hacen mostrar la lesión delante de todos, hasta ese momento era un Hiv+, era cama 3, *en ese momento me di cuenta que era una persona*" (subrayado mío).

Para Bourdieu (1995) la práctica se desarrolla en el tiempo y con este se introduce necesariamente la estrategia y la improvisación; la lógica de la práctica es imprecisa y ambigua, porque lo que se expresa en la práctica son los hábitos que están permanentemente afectados por la situación en que se ponen en juego. Esta permanente actualización, esta inscripción en el tiempo es lo que el saber biomédico, expresado en *protocolos* y los *algoritmos*, pretende negar al renegar de las condiciones sociales y coyunturales del aprendizaje y de la práctica biomédica; así los protocolos y los algoritmos se nos presentan como un ordenamiento secuencial a posteriori de una práctica discontinua y ambigua ubicada en el tiempo.



Ese eterno retorno de los aspectos humanos de la práctica coloca a los residentes prisioneros de un doble vínculo, ya que se les plantea un conflicto tanto si en su práctica sólo prestan atención a los aspectos derivados del saber, porque se ven enfrentados con los aspectos del sentir que tienen que rechazar, como si elaboran una práctica que conjugue el saber y el sentir, porque esa opción está interdicta por el dualismo que fundamenta a la biomedicina.

NOTAS

* *Doutorando em Antropologia Social. MN.PPGAS.UFRJ.*

1. Dumont, L. 1987. *Ensayos sobre el Individualismo*. Madrid: Alianza.
2. Dumont, L. 1992. *Homo Hierarchicus: O sistema das castas e suas implicações*. Sao Paulo: EDUSP; pg. 56.
3. Duarte, L. F. D. 1996. "Pessoa e Dor no Ocidente (o 'holismo metodológico' na Antropologia da Saúde-Doença)". XX Reuniao Brasileira da Antropologia- ABA, Salvador, Brasil; Pg. 7.
4. Le Breton, D. 1995. *Anthropologie du Corps et Modernité*. París: PUF; Pg. 46.
5. Me parece sumamente interesante esta cita de Le Breton que explicita cómo la medicina moderna surge del estudio de cuerpos sin vida porque ese recorrido que la biomedicina realizó, en su constitución como disciplina científica moderna, se recrea en los estudiantes de medicina... éstos comienzan sus estudios aprendiendo anatomía con cadáveres para culminar su carrera con los cursos de las especializaciones, insertándose de esa forma en la hiperespecialización de la biomedicina actual. En una entrevista con un residente en la que estábamos hablando de la compartimentalización del saber médico y de la poca importancia del hombre para este saber, me dijo: "...y que querés, si nosotros lo primero que vemos es un cadáver".
6. Entre estos autores podemos nombrar a Baszanger, I., 1981, "*Socialisation professional et controle social*", *Revue Française de Sociologie*, XXII; Freidson, E., 1978, *La Profesión Médica*, Barcelona, Península; Foucault, M., 1979, *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal; Foucault, M., 1991, *El Nacimiento de la Clínica*, México, Siglo XXI.
7. En nuestra etnografía distinguimos dos modalidades diferentes de "pasajes de sala", el llamado "pasaje de sala de la mañana" y el "pasaje de sala de la tarde". El primero era realizado en las habitaciones de los pacientes y en él participaban los médicos de planta, residentes y alumnos; en el de la tarde sólo participaban los residentes, y se realizaba en el aula de estudio de la residencia, de modo que el paciente estaba presente sólo a través del relato del residente que lo trataba.
8. Turner, V. 1980. "Social Drama and Stories About Them". In: Mitchel, W. J.T. (ed.) *On Narrative*. The University of Chicago Press. pp. 155.
9. Los dos grupos fundamentales (siempre hablando de los profesionales médicos que era mi objeto) que se diferenciaban eran los "médicos residentes" y "los médicos de planta" (también llamados "médicos de carrera", por pertenecer a la Carrera Profesional Hospitalaria). Los



segundos son los que pertenecen al staff, o plantel profesional estable del hospital, los primeros son médicos jóvenes que ingresan en el sistema de capacitación intensiva en servicio para completar su formación profesional integral, que no es otra cosa que el sistema de residencias médicas. Dos categorías que también podemos encontrar en los hospitales son las de "concurrentes" y "visitantes", en la que entran aquellos médicos jóvenes que prestan servicios en el hospital pero que no ingresaron al sistema de residencias por lo que no son "residentes". Tanto en el discurso de los residentes como de los médicos de planta se encuentra marcada la diferenciación de las categorías, que tiene importantes consecuencias en las interacciones de los dos grupos.

10. Bourdieu, P.- Wacquant, L. 1995. Respuestas. Para una Antropología Reflexiva. México: Grijalbo.

11. Bourdieu, P. 1991. El Sentido Práctico. Madrid: Taurus.

12. Baszanger, I. 1983. "La Construction d'un monde professionnel: entrées des jeunes praticiens dans la médecine Générale". Sociologie du Travail, N° 3.

13. Latour, B.- Woolgar, S. 1988. La Vie de Laboratorio. La Production des faits Scientifiques. Paris: La Découverte.

14. Douglas, M. 1976. Pureza e Perigo. Sao Paulo: Perspectiva. Pg.: 15.

15. Clavreul, J. 1983. El Orden Médico. Barcelona: Argot. Pg.: 109.

16. Turner, V. 1974. O Processo Ritual. Petropolis: Vozes. Pg.: 117.



LA DIVERSIDAD CULTURAL EN LA MIRA

Un análisis desde la Antropología y la Educación¹

Sara Pallma²

María Paula Montesinos³

Liliana Sinisi⁴

RESUMEN

El contexto actual, tanto internacional como nacional, de creciente fragmentación y dualización social genera nuevas condiciones para una reactualización de procesos de diferenciación, especialmente para el caso del extranjero y del migrante interno. Así, la diversidad cultural adquiere complejos y contradictorios sentidos que son necesarios explorar ya que contribuyen a conformar particulares definiciones identitarias de los distintos grupos sociales. Por esto, nuestro interés es dar cuenta de los supuestos y representaciones subyacentes a este concepto presentes en las nuevas propuestas curriculares y en la vida cotidiana escolar ya que estos ámbitos también influyen en la construcción de determinadas subjetividades sociales.

NOTAS SOBRE NUESTRA CONTEMPORANEIDAD

Estamos ante la presencia de "Nuevos Tiempos" como llama Stuart Hall al "número indefinido de facetas diferentes del cambio social" (Stuart Hall 1993:92); un conjunto de profundas transformaciones en el escenario mundial, muchas de las cuales forman parte de la actual reconversión del capitalismo.

En este marco, nos interesa señalar la transnacionalización de la economía la cual, acompañada de una gran concentración financiera, comercial y tecnológica en manos de las multinacionales, el desarrollo de los medios de comunicación y la revolución científico-tecnológica, han conducido a una globalización; ésta implica, entre otras cosas, la interdependencia en el mercado y un desdibujamiento de los escenarios nacionales.

Los cambios tecnológicos y el surgimiento de nuevos patrones de organización de la producción traen también aparejadas modificaciones centrales en los modelos de división social del trabajo. Al respecto, Stuart Hall (ibid) advierte sobre los cambios que experimenta la clase trabajadora en los países centrales como consecuencia

