

Discurso médico: fijación de realidades II parte

Abstract: *The field of Medical Discourse is sustained on the distribution and concentration of power and knowledge in different ways as scientific truth, patient's mind set, different lifestyles to be shaped. The concentrations of knowledge as well of power may arise the asymmetries experienced as patients' prejudice.*

Resumen: *El discurso médico distribuye y concentra el poder de diversos modos junto con el saber: conocimientos científicos e información del paciente, el criterio de verdad, la modelación de los estilos de vida y la penetración en ellos. A través de estas concentraciones de saber/poder se filtran las asimetrías que afectan a pacientes y otros profesionales de la salud.*

Entender las concentraciones y flujos de poder dentro del discurso médico

Leer el discurso médico consiste en reconocer los mecanismos por los cuales se articulan las situaciones de abuso y descuido dadas en la relación médico/paciente. Esas situaciones son la vía de acceso a las concentraciones, flujos y reflujos de poder del discurso médico. Así, las piezas que lo integran son acomodadas o dispuestas para fortalecer y perpetuar dichas asimetrías. Y como resultado de ello, son aceptadas socialmente como legítimas y únicas posibles¹. Esta lectura y elaboración de una crítica al discurso médico corre a través de constantes que se articu-

lan y operan en el trasfondo de los documentos. Desde esta perspectiva igualmente pueden observarse las direcciones de la colectividad marcadas por el discurso médico.

1. *Regulación de la información:* La regulación que introduce el Código de Moral Médica hace énfasis en la información que llega al médico, particularmente por la disposición que puede hacer de ella. *"Todo documento médico debe estar estrictamente apegado a la verdad."* (Art. 9) *"El pronóstico grave puede, legítimamente, ser mantenido en reserva al enfermo... pero la familia sí debe ser informada."* (Art. 29) *"...deberán informar de su misión y de su calidad a los enfermos que examinan."* (Art. 71) La moral médica reglamenta la relación del médico con pacientes, familiares de estos, colegas y profesionales afines. Para ello destaca dos acciones, una la disposición a acudir al auxilio de los pacientes y la ejecución de los procedimientos. *"Las necesidades integrales del paciente deben ocupar lugar prominente en la conducta profesional del médico."* (Art. 2) La otra acción, correlativa de la primera, es el manejo de la información, no de los conocimientos científicos que ha adquirido, sino los padecimientos que sufren los pacientes y sus proyectos de vida. Esta información se extiende o multiplica a varios sujetos: médico, paciente, familiares, colegas y profesionales afines.

En el Código la normativa dirigida a regular las relaciones de los médicos con los demás manifiesta una conformación social, una demarcación de direcciones, la asignación de su propio puesto social y se ocupa de la construcción de la

realidad sanitaria (la del paciente y familiares en primera instancia, social por medio de los índices de salud).

El secreto profesional incumbe al médico² en tanto es la fragilidad del paciente la que es apropiada en la información que le transmite el paciente: él comprende lo que pasa con el paciente y sabe qué hacer con su estado, su destino no le pertenece enteramente al paciente, lo ha depositado en manos del médico y le concede que disponga de la información que le ha legado. El solo saber reviste al médico de una autoridad que se mueve en varios frentes: posee la palabra que cura y es el oído que escucha y asimila los desequilibrios del paciente. Él puede leer los cuerpos, entrar y salir de ellos. Es este uno de los puntos de encuentro del conocimiento y la información: la conjunción se hace por lo que conoce el médico de las enfermedades³ y por lo que entiende el paciente de su cuerpo, que es un caso de enfermedades. El secreto profesional se convierte en prerrogativa sobre las vidas de los pacientes vistas desde dentro de ellas, desde el ingreso que practican.

La obligación del secreto recae sobre el habla del médico⁴: le es prohibido contar lo que conoce del paciente, esta es una limitación cuyo correlato es la apertura de espacios vitales que se le presentan con cada paciente. Este ingreso se consolida mediante el lenguaje científico: lo que entiende del cuerpo y del alma, su capacidad para interpretar y relacionar síntomas, las explicaciones que elabora de los estados mórbidos. Su capacidad de movimiento se acrecienta con cada cuerpo que explora y del cual averigua su intimidad.

"...les está prohibido hacer revelaciones o interpretaciones, a no ser a la autoridad competente." (Art. 71) El secreto profesional bien puede ser un freno para el quehacer del médico, mas por el contrario asegura su extensión y le consigue el permiso de ingreso a los cuerpos. Escuchar e interpretar dolencias, vertirlas a otro lenguaje que no entiende cualquiera. El paciente cuenta cómo se siente, el médico lo observa, sabe qué preguntar, qué puede escuchar y lo más importante, pasar todo lo percibido a su lenguaje "medicalizador". El paciente cuenta o relata qué siente, el médico autoriza sus síntomas por la explicación que da.

Una conexión lejana del secreto profesional es el amplio espectro de acción de los médicos: en nuestra historia más inmediata se han destacado en puestos políticos, en la francmasonería⁵. Se ha establecido una relación entre la comprensión que elabora el médico del cuerpo individual y su capacidad extrapolada del cuerpo social, y por ende, su capacidad de curarlo de los males que padece. Es este un parangón entre el ejercicio del poder a un nivel micro y a nivel macro, a través de mecanismos similares: penetrar las vidas individuales, clasificar los cuerpos por sus deficiencias y ofrecerles cura, regulación de los estilos vida⁶. En esta valoración del quehacer médico median que ambos cuerpos requieren de una facultad de gobierno y es el médico el facultado para ello.

En el perfil profesional encuentro otra vez la relación conocimientos/información. El primer término del binomio se refiere al bagaje conceptual, pero también de orden práctico (saber hacer) que el estudiante asimila y organiza para un adecuado o esperado desempeño. Entre los conocimientos enumerados de manera general se mencionan formación básica, conocimientos y habilidades clínicas, permanente autocrítica, técnicas epidemiológicas. Todos estos conocimientos se dirigen a la realización de diagnósticos, *"pronósticos y tratamientos de los individuos, familias y grupos afectados por enfermedad"*. También para *"diagnosticar y promover la salud en el nivel individual, familiar y comunitario"*. Una misión consecuente de estos conocimientos es la responsabilidad de transmitirlos⁷. El segundo término del binomio consiste en todo lo que averigua el médico acerca de sus pacientes, son conocimientos logrados por la atención a los pacientes, se caracterizan porque resultan de la aplicación de sus conocimientos (lo que saben de anatomía, fisiología y enfermedades) a los casos concretos. Pero también resultan de las historias personales en las cuales están inmersas las enfermedades. Por este camino se abre paso el poder, las asimetrías se establecen como realidad y la dominación se ejerce a través de lo que sabe y lo que entiende de la enfermedad del paciente.

2. *Apego a la verdad.* El médico está obligado con la verdad, y ésta tiene como garantía la

aplicación del método. La verdad es *apropiación* y *penetración*: la realidad afirmada como externa y siempre lejana (ontológicamente) es conquistada por la asignación de significados y es comprendida porque se le ha señalado una interioridad esencial de mayor importancia que lo manifiesto y epidérmico. La realidad queda definida como objeto de conocimiento, y fuera del esquema *sujeto fi objeto* la verdad pierde su utilidad. El papel del lenguaje es mostrar la realidad concebida según ese esquema, una objetivización como relato de lo real⁸. La relevancia de la verdad reside en la relación que establece el médico con la realidad (del paciente, social) por medio de todos los procedimientos y protocolos.

La verdad es considerada válida por los procedimientos seguidos y no tanto por los contenidos mismos. "*Dominar la anamnesis y la exploración física.*" (Perfil Profesional)⁹ La enfermedad es un constructo que resulta de identificaciones y asociaciones de síntomas y signos de disfunciones y deficiencias. Es localizada en el cuerpo del paciente mediante los recorridos sensoriales y la interpretación que construye el médico, pero la realidad de la enfermedad escapa a la vista, no es nunca percibida como una entidad claramente identificable, aunque al entendimiento la realidad mórbida no permanece oscura. En este punto surge la verdad como construcción de los sujetos que obedece a las demandas del paciente (su necesidad de curación/salvación), *al deseo de saber* y al requerimiento de ingresar en las vidas de las personas mediante la comprensión de los cuerpos y de las disfunciones. Es la oportunidad para fijar direcciones en las vidas de los pacientes¹⁰.

La verdad consiste en la capacidad del médico para diagnosticar y explicar la situación de enfermedad y en la consideración del conocimiento médico como un saber que ofrece certidumbre a cualquiera que cumpla con los procedimientos o siga su protocolo.

3.- *Modelación de estilos de vida*: Los conocimientos médicos se difunden a través de cualquier medio de conocimiento, de manera cercana o lejana, pero su divulgación cuenta con dispositivos de regulación: la especialización restringi-

damente inteligible y la dosificación. El médico "no suelta prenda", la explicación y curación que persigue el paciente exige la exposición de su cuerpo, su recorrido por la mirada y demás sentidos (tacto, olfato y oído), ser penetrado para ser identificado por dentro (la localización de las enfermedades). El recorrido que hace el médico por el cuerpo lo convierte en terreno de apropiación y en destino, en regulación de los estilos de vida.

Cualquier individuo cree en la palabra médica. Sus conocimientos, concentrados en su credencial de médico conceden autoridad a sus palabras. Los médicos en diferentes grados entran a los cuidados del cuerpo (los hábitos de higiene), también a las prácticas como alimentación, ejercicio físico, orden de vida y vida sexual. "*La práctica de la medicina preventiva en el ejercicio médico cotidiano incluye la identificación de factores de riesgo individuales y familiares, cambios en el estilo de vida y de hábitos de salud.*" (*Interfase*, p. 6) Ni el saber ni el poder poseen límite, los recorridos de los cuerpos y normalización de la vida saltan de un individuo a otro a través de múltiples tácticas, y así historias personales y proyectos de vida quedan tejidos unos a otros por una misma intención. De esta manera se construyen los mapas sociales cruzados en muchas direcciones por las rutas marcadas por las enfermedades (la clasificación que produce la medicalización): gentes de diversa procedencia social y geográfica se emparentan en sus padecimientos, en sus síntomas, en lo que han mostrado a los médicos, y en lo que estos han juzgado de sus cuerpos. Si bien las enfermedades son desequilibrios que en mayor o menor medida alteran el desempeño del individuo, la mirada y la palabra médicas "zonifican" el cuerpo en razón de los síntomas, puerta de acceso al cuerpo y terreno para aplicar emiendas, para corregir o poner orden.

Las palabras del médico se convierten en acciones del paciente: hábitos que cambian, ordenamiento de la vida. Por ende las palabras del médico que reposan en conocimientos científicos al ser recibidas en los pacientes pasan por el tamiz de las diversas intelecciones que ellos aplican. Y en este terreno del discurso médico suceden dos cosas: primero que la atención al paciente involucra en el médico su bagaje simbólico,

creencias y prejuicios además de los conocimientos científicos. Segundo, por este recorrido las palabras marcan direcciones a los individuos, sean sus intenciones buenas o no, si los resultados son los esperados o no, igualmente el médico señala direcciones.

El discurso médico invisibiliza la individualidad¹¹: el doctor cura, enfrenta enfermedades o deficiencias que merecen explicaciones impersonales, que son aplicables a cualesquiera casos que repitan los mismos síntomas. Se busca la regularidad que explica fenómenos y que define patrones de conducta. Aun cuando las enfermedades y los medios para combatirlas son impersonales, el médico solo versa con las vidas personales e interviene en ellas. Y se hace presente el eterno conflicto entre lo universal expuesto por los conocimientos biológicos, válidos en cualquier caso que presente las características y condiciones; y lo particular, las diferencias individuales que quedan al margen de las explicaciones científicas. Las singularidades de los pacientes, como sus historias, sus aspiraciones y temores, sus creencias y valores, quedan por fuera, no entran en la comprensión (explicación, descripción y evaluación) médica.

4. *La medicalización de la vida*: La mayor conquista que ha alcanzado el discurso médico no ha sido lograr por su práctica erradicar definitivamente enfermedades o deficiencias, allí siguen, hacen de las suyas y los médicos ante muchas de ellas no pueden hacer nada. Sin embargo, su mayor conquista ha sido poder llegar a todos los miembros de la colectividad, entrar en sus vidas y anclado en el interior, modificar cuerpos y vidas. La intimidad de la vida del paciente pasa por la interioridad del cuerpo, registro físico de la historia del paciente (cicatrices, deformaciones, manchas, lesiones, etc.), y su comprensión (el mal localizado en el cuerpo) obliga a los procedimientos de ingreso (exámenes clínicos, exámenes de alta tecnología, cirugía), y justifica el *ordenamiento de la realidad*¹² a través de los comportamientos epidemiológicos establecidos y la promoción de conductas consideradas higiénicas según patrones de normalidad y salud. *"Recomendar medidas de higiene personal, mental y*

ambiental en casos específicos." *"Realizar la vigilancia y control de los individuos y familias con padecimientos detectados en el consultorio o sus domicilios."* (Perfil Profesional) *"Atención primaria orientada hacia la comunidad: Comprende la evaluación de las necesidades sanitarias de una comunidad, la planificación de intervenciones comunitarias, y el involucramiento de las comunidades para lograr cambios positivos en su salud."* (Interfase, p. 7)

El ingreso al cuerpo incluye sus relaciones, dedicaciones, ocios, excesos, etc., y para asegurarse la extensión, el discurso médico puede prescindir de la presencia física de los médicos, se recurre a los diversos medios de comunicación como la televisión o la prensa escrita, o tan solo un panfleto repartido en cada casa de la comunidad. Corolario de esta multiplicación del discurso médico es que nadie escapa a su alcance, incluso aquellos que se mueven en los márgenes de la sociedad son vistos en términos de salud: su exposición mayor a enfermedades por higiene y alimentación deficientes, los peligros reales o potenciales de contagio. La medicalización¹³ se convierte en un mecanismo del discurso médico para conformar la realidad de acuerdo con un ideal de salud y enfermedad: cada individuo es un enfermo potencial y queda ubicado dentro del discurso médico y se hace destinatario de las acciones médicas.

5. *Penetración y pormenorización de la vida*: La preocupación o el interés por cómo ha de ser el profesional de medicina se evidencia no sólo al señalar los conocimientos y destrezas que de saber y de saber/hacer acumula, sino al enumerar las actitudes requeridas para el ejercicio profesional. De esta manera se aseguran las concentraciones de poder ligadas al saber médico y se consolidan los modos de ejercicio del poder. Cómo se conjugan diversas áreas de conocimiento para construir una disciplina no requiere únicamente de lo establecido curricularmente. Ello es de menor monta si se toma en cuenta que el sentido de ese saber se manifiesta una vez que ha llegado al estudiante, una vez que ese saber o conjunto de saberes se ha consolidado en los sujetos, los aplican, divulgan y aumentan. *"Se le inculcará la*

responsabilidad de transmitir conocimientos y contribuir a la educación de las nuevas generaciones médica, del paciente, su familia y la comunidad." (Perfil Profesional) El saber ha de recaer primeramente en los estudiantes y al igual que la Rastra del texto kafkiano, ha de grabarse no sólo en la piel, sino en toda su conducta, en su constitución moral y afectiva. La formación académica sería uno de los medios por los cuales se fija la realidad correspondiente al discurso médico.

Por esta razón se confirma la "normalización" que aplica el poder mediante los saberes, y su omnidireccionalidad. Las concentraciones de poder que comporta el discurso médico quedan distribuidas en todos los sujetos que en él intervienen, y obviamente difieren según el involucramiento de cada uno (el paciente no posee la misma cuota de poder que el médico que lo atiende o el laboratorista que examina muestras de sangre).

En la formación académica del profesional en medicina se busca un equilibrio en lo que ha de saber y cómo debe ser. Por esa razón hay un interés por incorporar, dar cabida a los conocimientos provenientes de las ciencias sociales y las humanidades. A esto agregamos el énfasis por la capacidad individual, por los hábitos y conductas que puede generar el médico (estudio independiente, análisis crítico, capacidad de investigar, escribir y expresarse). Esta potenciación de los saberes y acciones del médico consolida e incrementa la capacidad de respuesta que ha de ofrecer a los pacientes y a las demandas sanitarias definidas como dominantes.

¿Adónde llego con este análisis?

La crítica dirigida al quehacer médico puede quedarse en quejas, en discusiones de las políticas más pertinentes o en los modos para mejorar los servicios. De hecho, es de todos los días escuchar muchas personas hablando mal de los médicos o de la Caja Costarricense del Seguro Social (piénsese en el caso de los biombos y la determinación de los culpables). Sin embargo, esos intercambios lingüísticos bien pueden obviar las distribuciones asimétricas del poder materializa-

das en los abusos, atropellos e irrespeto para con los pacientes y demás profesionales de la salud. Los mecanismos de consolidación del poder permanecen ocultos, y todos los sujetos inscritos en estas distribuciones contribuyen a su funcionamiento y fortalecimiento. Por esta razón se hace necesario dirigir los esfuerzos no a la epidermis del discurso médico, aun cuando por allí se realiza el ingreso, sino a su *tramado subcutáneo*: cómo se forma el médico y por ende, cómo dispone la realidad, cómo se clasifica la realidad humana en términos de salud y enfermedad, la jerarquización de los saberes y del mundo sanitario.

El sentido del examen llevado a cabo del discurso médico para nada pretende su invalidación, sino hacer un reconocimiento de su *modus operandi* y las implicaciones que tiene en las vidas individuales y grupos sociales. Es claro que los médicos tienen una misión de servicio a la sociedad que se desglosa en tareas de penetración y control de las vidas; ello se traduce en cuotas de poder que pueden contribuir a la curación de las dolencias o enfermedades, pero igualmente se dirigen a formas de abuso y marginación practicadas contra los pacientes. Estas situaciones se reproducen constantemente en niveles no de alta jerarquía administrativa y política, sino en los niveles de interacción personal entre el médico y los pacientes.

Las situaciones de asimetría que dominan en la práctica médica se justifican en una lógica de discurso que articula esfuerzos científicos, las vidas de los pacientes, disposiciones de política sanitaria y las acciones de diagnóstico y terapéutica de los médicos. Estos elementos son vehículos por los cuales viaja el poder. Es inevitable, si no fuera por las cuotas de poder que carga un médico sus palabras no tendrían efecto alguno sobre las vidas de los pacientes; pero de la misma manera el poder concentrado en el médico ha provocado pérdida de privacidad, denigración, culpabilización, mutilaciones y hasta la muerte.

El examen aquí ensayado ha pretendido llegar a los componentes minúsculos de la relación médico-paciente para identificar los mecanismos de poder con los cuales funciona el discurso médico. Las diversas formas, por vía procedimental, por las que un médico ingresa y dispone de los

cuerpos en nombre de la restauración de la salud o de la prevención de enfermedades *se traduce en penetración y disposición de las existencias de los pacientes: de sus historias y proyectos*. Por la intervención médica la vida del paciente no le pertenece enteramente, el médico decide en nombre de su bienestar.

La crítica se transfiere, entonces, a lo inmediato (lo que está bajo las narices), lo inadvertido, minúsculo e íntimo. Se ocupa de las palabras dirigidas a los cuerpos; las palabras que reparten la realidad entre la salud/curación y la enfermedad/disminución: las palabras marginadas de los otros profesionales y pacientes.

Cualquier documento que se tome, por más inofensivo o inocuo que pueda parecer, guarda en su interior cuotas de poder, depositadas por sus autores (tal vez ocultados), y ha de alcanzar a todos los destinatarios virtuales que a él accedan. Sus significados y sentidos (la respuesta a qué obedece el documento) se hacen inteligibles en virtud del contexto que le da origen y sustento.

Los documentos aquí revisados sólo pueden ser entendidos en cuanto ubicados en un amplio y complejo referente que remite a otros documentos no mencionados y a su inserción en una práctica construida por sujetos de diversa procedencia. Al hablar del contexto me he referido a los lenguajes que intervienen, los lugares que ocupan y los desplazamientos que efectúan por el discurso médico. En esta tesitura resuena la voz disonante de los pacientes, condición o papel social definida discursivamente y con ella se muestran las asimetrías: su condición de fragilidad que le subordina a la palabra curadora; la necesidad de exponer el cuerpo y permitir su escrutinio, vía de ingreso a la vida del paciente; controles determinados según los padecimientos de la vida corporal y el desempeño social; clasificación social en la cual los pacientes son encajados; exclusión de la historia personal y de formas alternativas de salud; silenciamiento del paciente en nombre de la palabra médica y negación de las acciones no médicas junto con la afirmación de las acciones prescritas como válidas para efectos de la curación y una vida saludable.

Por estos senderos se manifiesta la bipolaridad de la relación: el médico escucha, entiende y

resuelve, el paciente que únicamente se hace objeto de exposición y lectura, que espera el "favor" médico y anhela la curación. E igualmente se ponen de manifiesto las concentraciones de poder en términos de saber y de las acciones subsecuentes que confirman y consolidan ese poder y lo graban en el paciente: no en las cirugías que extraen malformaciones o trasplantan órganos, sino en las que descuidan las suturas que marcan de por vida la piel del paciente, en la negligencia de los procedimientos dando paso a que las infecciones se aniden en el interior de los cuerpos. No en las cirugías que rescatan las posibilidades de desempeño del paciente, sino en las mutilaciones practicadas por error en los cuerpos y en los proyectos personales. En los pacientes que no fueron escuchados, y por ende, excluidos de la evaluación y explicación de sus dolencias y de sus patrones de vida; en las dificultades burocráticas y económicas para solicitar la atención médica, sin distingo de capacidades o con distinciones que benefician a los ya favorecidos y perjudica, hunde y mortifica a los menos beneficiados.

La gravedad y complejidad de un padecimiento o disfunción no es evidente al paciente hasta que la explicación es escuchada de boca del médico, hasta que sus palabras se asientan en su cuerpo e interioridad y se esbozan las consecuencias, por la clasificación dentro de la sociedad en la que se ve introducido. De uno a otro, del médico al paciente, las palabras cobran significados diversos: de un lado explica y valora el cuerpo, decide qué conviene hacer; del otro lado, las palabras afectan las expectativas de vida a corto, mediano o largo plazo y la fragilidad se presenta más patentemente como *clausura* y *desesperanza*. La *distancia* dentro de una misma palabra subordina, si no niega, esas repercusiones a su efectividad en tanto que se reviste de verdad.

Dos ángulos de articulación del discurso médico resultan: de un lado los pacientes, que se ven obligados a una subordinación, cuando no anulación, que queda impresa en los cuerpos y en la vida interior. Ellos ven su padecimiento que no consiste únicamente en la enfermedad sino en la punición de la cual es sujeto (debido al estilo de vida que ha llevado) y objeto (las posibilidades de curación o alivio tienen un costo, un sacrificio

y reclaman memoria). El paciente no solo es un enfermo, un ser debilitado, sino que es *culpable* de su condición y ha de ser penalizado en nombre de su curación. Desde este ángulo la falta de acompañamiento, de solidaridad, de reconocimiento de las diferencias y de respeto a los proyectos de vida, se convierte en la denuncia dentro del discurso médico.

El otro ángulo queda impuesto por el mundo sanitario que los médicos han creado según sus patrones biopsicosociales, según el modelo de individuo y sociedad ideales en los cuales se cope hasta el último recodo, se combata y aniquilen las deformidades, las disfunciones, las dolencias, las enfermedades. Sin embargo, pareciera que desde su posición de predominio se hace necesario que el paciente multiplique su sufrimiento para merecer alcanzar ese modelo ideal, estar lejos de él es motivo de castigo y reminiscencia: ¿cómo está enfermo si puede estar completamente sano?

Las situaciones de abuso y descuido que padecen los pacientes se convierten no solamente en un contenido o referente valorativo que antagoniza el discurso médico, sino también en una premisa metodológica que permite el acceso al subsuelo del discurso e identificar las vías por las cuales se constituye la práctica médica, cómo se hacen efectivas las palabras médicas y cómo adquieren un status ontológico. Es la guía utilizada para orientar el análisis por las constantes del discurso que posibilitan esas situaciones.

Como viene diciéndose de mucho tiempo atrás, no hay discurso que no reclame su condición híbrida, que se elabore a partir de otros discursos que confluyen en virtud de una intención primigenia de determinación de la realidad, en la cual priva la dimensión de los detentores del saber y el poder. El discurso médico ejerce su poder, se asienta socialmente por medio de los lenguajes que lo conforman. Por esta vía opera la colonización, la marginalidad de lenguajes subordinados y encierra asimismo las voces de resistencia y oposición. En un primer plano, la hibridez del discurso médico consiste en la mezcla de diversas disciplinas, junto con creencias y valoraciones acerca de la salud y la enfermedad. Reúne conocimientos científicos y toda la infor-

mación acerca de las situaciones de enfermedad, acerca de los individuos con su proyecto de vida quebrantado. En esta última conjunción se encuentran diversos lenguajes, con ellos visiones de mundo y por esa razón es siempre un lenguaje colectivo, que se crea y recrea por interacciones de decir, escuchar y responder. Así como llega a todos los estratos sociales, así su composición de elementos heterogéneos facilita las conquistas que realiza el discurso médico. Esta hibridación reúne la comprensión de los cuerpos y los estilos de vida. Condición de mezcla que reclama diversas procedencias, postula el criterio de verdad entendida como procedimientos, protocolos, efectividad en la curación o en la paliación, *pero excluye las palabras por las cuales el paciente afirma su fragilidad dentro de su contexto propio. Ante esta exclusión el paciente, aun cuando se ve fuera de la palabra médica, se ve obligado a creerla y aceptarla como condición de supervivencia.* La palabra híbrida del médico se convierte en un dispositivo por el cual el poder que da el saber se reparte en diferentes cuotas a lo largo de múltiples territorios: en los demás saberes y quehaceres de la salud, en las vidas de los pacientes y según lo mencionamos en algún momento, en la vida política. La hibridez es condición de fortaleza para consolidar el entramado por el cual se distribuye en la colectividad el poder.

Notas

1. "Tanto en sentido estricto como en términos generales, la medicina crea una realidad socialmente aceptada." (Engelhardt, p. 213).
2. "El secreto profesional se impone para todo médico..." (Art. 12).
3. "Es cada vez más importante que las intervenciones médicas diagnósticas y terapéuticas estén basadas en evidencia científica rigurosa." (*Intervenciones en la interfase de la práctica y la educación médicas*, p. 6)
4. "Cuando medie petición del paciente, el médico debe mantener el secreto..." (Art. 14).
5. El Dr. Alfredo Blanco, en su obra *Los médicos en Costa Rica*, tiene un gusto particular por ofrecer datos de los papeles que desempeñaron los médicos desde la Colonia costarricense. Y en esa

presentación de datos, se ocupa de apuntar los puestos políticos que ocuparon muchos médicos, particularmente en el siglo XIX y en la primera mitad del siglo XX.

6. "El simple hecho de clasificar un problema como problema médico, crea expectativas e influye en los destinos de las personas." (Engelhardt, p. 213).
7. En un documento de la Association of American Medical Colleges se afirma que uno de los propósitos de la formación del estudiante de medicina es: "*acquire concepts and principles derived from knowledge of the natural sciences, the social sciences and the humanities; and skills in the collection of information from and about patients, in the establishment of rapport with patients to facilitate both diagnosis and therapy, in the application of the scientific method to the analysis, synthesis, and management of problems, in the identification and critical appraisal of relevant literature and clinical evidence, and in the continuation of effective learning.*" (GPEP Report, p. 1).
8. "Más que de un valor o de un mundo propio, el lenguaje es visto en el realismo como portador de información sobre realidades no determinadas por el lenguaje, que en lo fundamental se limita a almacenar y transmitir información." (Herrera. En *Nietzsche y la modernidad*, obra colectiva. P. 38).
9. En este mismo documento el apartado dedicado a las actitudes y habilidades que ha de poseer el médico como investigador, se destacan el dominio de las fases del método científico, manejo de información científica, diseño de protocolos de investigación. A esto se suma que la gran mayoría de médicos en Costa Rica realiza sus investigaciones en los sitios de trabajo, con base en los datos de pacientes atendidos. Ello permite pensar la relación entre el método científico y el trabajo cotidiano. "*Comprender la investigación científica como el proceso que permite avanzar en el conocimiento.*" (Perfil Profesional).
10. "Environmental factors and life-style are increasingly targeted as more important determinants of health and illness than medical interventions." (GPEP Report, p. 3).
11. "Llevar a la práctica lo que garantiza la norma nos obliga primero a remontar el pesadísimo lastre que significan los <habitus> formados en el proceso de socialización de las profesiones de la salud, que legitimados desde una visión epidemiológica clásica promueven la <detección> y <aislamiento> no de la enfermedad sino del en-

fermo." Cristina Morgensen. "Deconstrucción simbólica del SIDA". En *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*. Vol. 3º, Fasc. 1, Dic. 1987- Jul. 1998, p. 72.

12. "La medicina medicaliza la realidad, crea un mundo peculiar y traduce conjuntos de problemas a su propia terminología. La medicina *moldea* las formas en que se materializa el mundo de la experiencia y *acomoda* la realidad a nosotros." (Engelhardt, p. 205). El subrayado es mío.
13. "La realidad médica es el resultado de una compleja interacción de esfuerzos descriptivos, de evaluación, explicativos y socialmente clasificativos, que conforman y orientan nuestra manera de hablar, experimentar y reaccionar ante la realidad médica." (Engelhardt, p. 214).

Bibliografía

Fuentes conceptuales y metodológicas

- Bakhtin, Mikhail. (1975) *Teoría y estética de la novela*. Madrid: Tecnos.
- Conill, Jesús. (1997) *El Poder de la mentira*. Madrid: Tecnos.
- Foucault, Michel. (1996a) *Historia de la sexualidad*. Tomo 1º: *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- _____. (1996b) *Nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- _____. (1992) *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Gadamer, Hans-Georg. (1996) *El estado oculto de la salud*. Barcelona: GEDISA.
- Jiménez, Alexander. (Comp.) (1998) *Nietzsche y la modernidad*. Heredia: EUNA.
- Nietzsche, Frederick. (1997) *La genealogía de la moral*. Madrid: Alianza.
- Rojas, Carlos. (1995) *Foucault y el pensamiento contemporáneo*. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Tristram Engelhardt, H. (1995) *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós.

Fuentes documentales

- Association of American Medical Colleges. (1984) *Physicians for the Twenty-First Century. The GPEP Report*. Washington, D.C. USA.
- Blanco, Alfredo. (1997) *Los médicos en Costa Rica y su influencia en el desarrollo económico y social*. San José: Imprenta y Litografía Mundo Gráfico.

