



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

“El Paradigma Biomédico y la Formación de Pre-grado de los Estudiantes de Medicina de las Universidades Chilenas”

CAROL NATHALIE MUENA CIERO

Tesis para optar al título de Sociólogo

Profesor guía: Silvia Lamadrid Álvarez.

Santiago, Chile
2007

A mi familia por su apoyo
y comprensión, a Cristián por su compañía y a
Dios por ayudarme a concluir esta etapa.

INDICE

Dedicatoria	Pág. 2
Índice	Pág. 3
Resumen	Pág. 5
I.- Introducción	Pág. 6
II.- Antecedentes del Tema	
Revisión Histórica de los Conceptos de Salud y Enfermedad	Pág. 12
Una mirada Histórica al Concepto de Salud	Pág. 12
Definiciones del Concepto de Salud	Pág. 20
El Concepto de Salud de la O.M.S.	Pág. 22
La Normalidad y la Anormalidad	Pág. 24
El concepto de Enfermedad	Pág. 26
III.- Desarrollo Histórico de la Medicina Occidental	Pág. 42
Medicina en Grecia	Pág. 47
Medicina en la Edad Media	Pág. 52
Medicina en el Renacimiento	Pág. 56
Descartes y el Racionalismo Moderno	Pág. 61
Medicina en la Época Moderna: Ilustración y Positivismo	Pág. 65
IV.- El Paradigma Biomédico	Pág. 71
V.- Breve Aproximación a la Bioética	Pág. 82
A.- El Origen de la Bioética	Pág. 82

B.- ¿Qué es la Bioética?	Pág. 84
C.- Bioética y Medicina	Pág. 86
VI.- Panorama de la Educación Superior	Pág. 90
A.- Educación Superior Latinoamericana	Pág. 90
B.- El Caso Chileno	Pág. 94
C.- Listado de Universidades que imparten la carrera de Medicina en Chile	Pág. 111
D.- La Formación Médica en Chile a partir del Análisis de las Mallas Curriculares de Pregrado	Pág. 131
VII.- Conclusiones	Pág. 139
VIII.- Bibliografía	Pág. 146

Resumen

La incorporación de las Ciencias Sociales al estudio del proceso salud- enfermedad y de la medicina es una tarea frecuentemente realizada. Sin embargo, siempre desde una perspectiva unilateral y sin que se haya logrado producir un intercambio real y enriquecedor de conocimientos entre la medicina y las distintas Ciencias Sociales.

La especialización de la Sociología en el área de la salud, ha jugado un papel crítico al verificar la importancia de los factores sociales en el surgimiento de la salud- enfermedad, el sistema de salud, modelos o patrones de comportamiento asociados a la enfermedad, etc. No obstante, la ciencia médica bajo la influencia del paradigma biomédico por más de dos siglos, ha sido definida, casi completamente, en términos biológicos. Esto ha conducido a la exclusión de los aspectos psicológicos, culturales y sociales, a la periferia del conocimiento médico.

La presente investigación se centra en determinar el tipo de formación formal que reciben los alumnos de pregrado de la carrera de medicina de las diferentes universidades de nuestro país en el área de Ciencias Sociales y si ésta da cuenta y reconoce la importancia que tienen los distintos factores psico-socio-culturales que intervienen en el proceso salud- enfermedad.

Además, buscamos conocer como se ha configurado históricamente el paradigma biomédico que ha dominado a la medicina por más de dos siglos y qué tipo de consecuencias ha tenido en la formación de los médicos, especialmente en nuestro país.

I.-INTRODUCCIÓN

Desde que el hombre apareció en escena hace miles de años, ha realizado múltiples esfuerzos por comprender e interpretar el fenómeno de la enfermedad y la muerte.

Las interpretaciones de los acontecimientos o hechos relacionados con la salud y la enfermedad, siempre han formado parte de las cosmovisiones que han ordenado y dado sentido a la vida de los grupos humanos.

En las llamadas civilizaciones antiguas (con la excepción de los griegos) y, aproximadamente, hasta el medioevo, el fenómeno salud-enfermedad fue explicado a partir de concepciones mágico-religiosas. En estos periodos históricos encontramos diferentes figuras que son los encargados de tratar de solucionar (y dar una explicación) los problemas de salud de los individuos de su comunidad. Personajes tales como el brujo, curandero, sacerdote y los médicos, surgen y comienzan a tener un papel de gran importancia dentro de su comunidad, en tanto logran ser reconocidos como la voz autorizada para solucionar los problemas de salud de los individuos.

La figura del médico científico, que actualmente es predominante y a la cual estamos acostumbrados, fue moldeándose a partir de los avances científicos del siglo XVIII y XIX, los que fueron llevados a cabo por ciencias como tales como la biología, química, física, etc. Es como consecuencia de la apropiación de dichos avances que la medicina sufre una serie de transformaciones que le permiten cumplir de manera más eficaz el rol que la sociedad moderna le ha designado: luchar contra el caos de la enfermedad.

Las transformaciones que sufre la medicina, a lo largo de la historia, finalmente darán como resultado una medicina positiva, que busca distanciarse de cualquier explicación mágico- religiosa. Esta medicina científica, en una primera etapa, disocia al hombre y decide abocarse a la parte corporal, dejando de lado la subjetividad en pro de la funcionalidad.

No obstante lo anterior, una vez que pasó el primer impulso dado por el positivismo y, específicamente, por la Teoría Microbiana en el siglo XIX, la cual, propició la idea de que todas las enfermedades eran causadas por un agente mórbido específico, se dio inicio a una reevaluación de lo social en el fenómeno de la enfermedad.

Con respecto a esto, en primer lugar, parece innegable la afirmación de Daino de que “ninguna enfermedad es pura biología, sino que esta mediatizada y modificada por la estructura social en la cual está inserto el individuo y por la cultura que lo socializa” (Daino, 2000; 67). En este contexto, la interpretación de los hechos relacionados con la salud y enfermedad, su conceptualización o definición, las conductas que los individuos adoptarán frente a estos fenómenos e incluso la decisión de recurrir a un médico estarán, por lo menos en parte, determinadas por factores sociales y culturales.

En segundo lugar, consideremos el concepto etiológico multicausal o plurifactorial de la enfermedad, el cual nos propone que ésta es una consecuencia de varios factores, algunos de orden biológico, otros psicológicos y otros sociales. En este planteamiento, la enfermedad sería el resultado de la convergencia de dichos factores en un momento determinado de la vida de un individuo.

Si aceptamos como un hecho que, el proceso salud- enfermedad es un fenómeno social que requiere de una mirada que integre una gama

de disciplinas con el fin de lograr una cabal comprensión del fenómeno (lo que constituye, desde mi perspectiva, una tarea aún inconclusa), y agregamos la posible existencia de una incapacidad del conocimiento médico actual de articular una comprensión científica de este fenómeno y de las actuales necesidades de salud que posee la población, tema en el que profundizaremos más adelante. Entonces, debemos cuestionarnos cuál es la génesis de esto y tratar de dilucidar el porqué los médicos han sido incapaces de realizar una discusión básica sobre los conceptos fundamentales y fundantes de la medicina y de su práctica.

Actualmente, la naturaleza esencialmente social de la atención de salud y las estrechas relaciones entre el proceso salud-enfermedad y el entorno donde se desarrolla son temas frecuentemente estudiados y aceptados como ciertos por disciplinas tales como la psicología, antropología y sociología; lo cual también es posible de encontrar, en algunas instituciones médicas y de salud.

La incorporación de las Ciencias Sociales al estudio de la enfermedad y de la medicina es una tarea frecuentemente realizada. Sin embargo, esta tarea siempre se realiza desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, unilateralmente y sin que se haya logrado producir un intercambio real y enriquecedor de conocimientos entre la medicina y las distintas disciplinas sociales. Es por esto, que consideramos que dicha incorporación aún representa una innovación científica, ya que, constituye un aporte de conocimientos que permite explicar de mejor forma, y de manera más amplia, el proceso salud- enfermedad, contribuyendo a un análisis más completo e integral.

El reconocimiento del significado de la compleja relación existente entre los factores sociales y el proceso salud- enfermedad, ha impulsado el desarrollo de la Sociología en un campo tan amplio como la medicina. La especialización de la Sociología, ha jugado un papel crítico

al verificar la importancia de los factores sociales en: el surgimiento de la salud y la enfermedad, el sistema de atención de salud, modelos o patrones de comportamiento relacionado con la enfermedad, organización de recursos para abordar el tema de la salud, etc.

A pesar de la pertinencia de las Ciencias Sociales y, específicamente, de la Sociología en el ámbito de la salud y la Medicina, encontramos que la ciencia médica, bajo la influencia del paradigma biomédico por más de dos siglos, ha sido definida, casi completamente, en términos biológicos. Esto ha traído como consecuencia la exclusión de los aspectos psicológicos, culturales y sociales, a la periferia del conocimiento médico.

A pesar lo anteriormente señalado, es posible encontrar algún grado de reconocimiento de la medicina sobre la importancia de los aspectos psicológicos (psiquiatría), sociales (epidemiología) y culturales. Sin embargo, creemos que esto no se ha traducido en un cambio sustancial de la formación de los nuevos médicos, especialmente en nuestro país.

Es por todo lo anteriormente detallado, que nuestra investigación se focalizará en determinar que tipo de formación formal reciben los alumnos de pregrado de la carrera de medicina de la Universidad de Chile en el área de las Ciencias Sociales y si ésta da cuenta y reconoce la importancia que tienen los diferentes factores psico-socio-culturales que intervienen en el proceso salud- enfermedad.

Es decir, nos interesa verificar a cuántos cursos y de qué tipo acceden los futuros médicos de nuestra universidad como parte de de su malla curricular de pregrado en el ámbito de las Ciencias Sociales. Además, se analizarán las mallas curriculares de todas las universidades chilenas que actualmente imparten la carrera de medicina

con el fin de realizar un análisis comparativo entre ellas y verificar si existe alguna similitud.

Desde nuestra perspectiva, la formación en temas sociales de los médicos dista muchísimo de ser la más adecuada, sobre todo si consideramos que, actualmente, la naturaleza esencialmente social de la atención de salud y la existencia de estrechas relaciones entre el proceso salud-enfermedad y el entorno donde se desarrolla son temas, como se señaló anteriormente, frecuentemente aceptados. Esto hace sumamente urgente y necesaria una revisión y análisis crítico de los programas de estudios a los que acceden los estudiantes de medicina de nuestro país, con el fin de adecuarlos a las necesidades actuales de salud de los individuos.

Una de las repercusiones más importantes de esta pobre formación en las Ciencias Sociales de los médicos es que impiden a estos profesionales un acercamiento integral al fenómeno lo que, sin lugar a dudas, contribuye a impedir la entrega de una atención de salud integral que satisfaga las necesidades totales de la población a la que están dirigidas.

Además, esta escasa formación en el área social, sería un elemento recurrente en las distintas escuelas de medicina de nuestro país, lo que ha contribuido a la exclusión o marginación de cualquier tipo de vestigio de subjetividad a favor de la objetividad de los síntomas lo cual, cercena y empobrece la perspectiva médica.

Por otra parte, planteamos que también tendrá como consecuencia la conformación de una medicina que se plantea como disciplina ambigua en tanto la definición de su objeto de estudio, el método que utiliza y su fin último. Este planteamiento poco reflexivo y crítico de sus fundamentos es lo que han tomado algunas corrientes de pensamiento,

(por ejemplo, la tan popular bioética que analizaremos más adelante) que han planteado que la medicina actual se encuentra en una profunda crisis.

Finalmente, nos gustaría señalar que debido a que nos interesa conocer la formación formal en Ciencias Sociales que reciben los estudiantes de pregrado de la carrera de medicina de nuestra Universidad y las repercusiones que ésta tiene sobre el conocimiento y práctica médica actual, es que nos parece relevante para esta tesis una revisión, desde una perspectiva histórica, de los conceptos salud y enfermedad, así como de la conformación del actual paradigma biomédico que es el que, en el fondo, entrega las directrices en la formación de los futuros médicos, así como las de la atención de salud que hoy en día se practica en nuestro país.

II.- Antecedentes del Tema:

Revisión histórica de los conceptos Salud y Enfermedad

Una mirada histórica al concepto de salud

Existen infinitas definiciones del término salud. Son tan numerosas como sistemas de valores, políticos, sociales, culturales y económicos podemos identificar. Además, tienen una correspondencia histórica determinada. Es decir, podemos afirmar que no existe ni existirá definición del concepto salud que sea neutral, ya que, este término se encuentra estrechamente ligado a las ideologías que las sociedades sustentan en determinados momentos históricos.

Es de esta forma que, encontramos que las definiciones de Salud serán concebidas de manera diferente en distintas sociedades y épocas, “según el nivel sanitario predominante entre la población, la longevidad, la efectividad y disponibilidad de atención y los tratamientos médicos vigentes, así como la estructura social y las teorías epistemológicas o cosmológicas dominantes” (Ortiz Quezada, F. 2001; 79).

Entre las llamadas culturas arcaicas, en las que es posible encontrar algún tipo de documento escrito, encontramos algunos elementos que nos dan luces sobre las concepciones que dichas civilizaciones tenían sobre la medicina y los conceptos de salud y enfermedad. Dentro de estas culturas arcaicas encontramos a Mesopotamia, Egipto y la cultura china.

Mesopotamia se ubicaba en el área geográfica que actualmente ocupa Irak. Debido a su importancia y al nivel de desarrollo que alcanzó,

la cultura mesopotámica ha sido llamada la “cuna de la civilización”. Esto se debe, a que hace aproximadamente alrededor de cinco mil años atrás, allí fue donde el hombre desarrolló la primera escritura y construyó las primeras ciudades estados.

Una de las ciudades estados desarrolladas en Mesopotamia más importante fue Babilonia, cuyo gobernante más celebre fue Hammurabi (1728-1686 a.C aprox.). La importancia de este gobernante se debe a que desarrolló un completísimo código legal, el cual fue tallado en basalto (roca volcánica negra) y del cual aún se conservan miles de tablillas. Gracias a estas tablillas es que hemos podido conocer mejor a esta civilización y el concepto de salud que poseían.

Los mesopotámicos consideraban que la vida, la salud y la enfermedad dependían de la gran influencia que ejercían los dioses (o espíritus benignos) y los demonios (o espíritus malignos) sobre ellos. La enfermedad era considerada un castigo y podía afectar al “pecador” de manera individual o afectar a toda su familia y descendencia. Por lo que, recuperar la salud era fundamental y la forma de hacerlo era consiguiendo la armonía, entre los ofendidos, el ofensor, el mundo y los dioses.

Los mesopotámicos poseían una cantidad impresionante de dioses y demonios, cada uno de los cuales se abocaba a un área específica de la realidad. Por ejemplo, encontramos a Ninib que era el Dios de la salud; Marduk, fue el Dios de todos los deberes incluido el deber médico y al cual se le dedicó un templo en el que se creó una escuela de medicina. Niengishzida, era el Dios sanador y se le representaba con una serpiente de doble cabeza, ya que, la serpiente representaba para los mesopotámicos la regeneración y la curación.

Si bien en la cultura mesopotámica el componente más importante, en relación al tema de la salud, provenía de lo sobrenatural, podemos decir que existen ciertos elementos que nos hacen pensar que esta cultura poseía una idea, aunque de forma imprecisa, de una causa no sobrenatural de la enfermedad lo cual los llevaba a realizar ciertas prácticas preventivas (higiene pública, drenaje de las aguas negras, etc.) y terapéuticas (utilización de remedios derivados de plantas).

A diferencia de la cultura mesopotámica, en la cultura egipcia podemos apreciar de una manera más clara y, por decirlo de alguna forma, más consciente como conviven elementos mágico-religiosos y empíricos.

El Egipto antiguo, surge a orillas del río Nilo hace aproximadamente 5000 años a.C. Este era un punto geográficamente estratégico en las rutas comerciales que unían a Europa, Asia y África, lo que agregado a haber logrado una temprana y sólida organización estatal, convirtió a Egipto en una de las mayores potencias del mundo hasta que fue conquistada por Alejandro Magno en el año 332 a.C.

Los egipcios consideraban que “el cuerpo nace sano”, por lo cual, existían factores externos que eran los causantes de las enfermedades. Básicamente, los egipcios clasificaron en tres las causas de la pérdida de la salud:

- 1.- Aquellas atribuidas a espíritus malignos
- 2.-Aquellas de causa desconocida, atribuidas a los Dioses
- 3.-Aquellas de causa manifiesta, como los traumatismos.

Uno de los elementos fundamentales y que destacan a los egipcios es que, si bien, su base se encuentra muy ligada a los típicos elementos mágicos-religiosos que encontramos en todas las culturas

primitivas, son los primeros que dan un paso más allá y convierten a la observación en uno de los pilares de su práctica médica.

Una parte importante de los conocimientos médicos que poseían los egipcios eran producto de la observación. Existían diversas fuentes de observación: por ejemplo, la matanza de animales (la cual era realizada en presencia de médicos y sacerdotes), la inspección de heridas ante y post mortem y, evidentemente la más importante, el embalsamamiento.

No obstante, lo avanzada que se encontraba la práctica de la medicina egipcia en comparación de sus pares históricos, sus contribuciones no han tenido la importancia que se merecen en el desarrollo de la medicina, a diferencia de lo ocurrido con la cultura griega, la cual analizaremos más adelante.

En la China tradicional el hombre es estudiado y comprendido de manera global, es decir, se le considera como un sistema abierto que debe mantenerse en un equilibrio dinámico con el medio que le rodea y del cual depende. De esto deriva la creciente importancia que atribuyeron los médicos chinos a fenómenos meteorológicos y cosmológicos, en los problemas de salud.

Una de las diferencias fundamentales que presenta la medicina tradicional china con la medicina de occidente es la forma en que en ambas culturas se concibe el fenómeno salud- enfermedad. Mientras que en la primera, encontramos que el énfasis se encuentra en la salud y, consecuentemente, en la prevención; en la segunda, el interés se centra en el agente patógeno, en la enfermedad en sí y, por lo tanto, se encuentra centrada en la curación.

Finalmente, nos referiremos a la cultura griega y a su concepto de salud, de manera de verificar su importancia posterior en el desarrollo de la medicina de occidente.

Históricamente, se considera que el concepto de salud fue tratado por primera vez de forma sistemática en la Grecia Antigua. Es allí, donde encontramos los primeros esfuerzos de teorizar sobre el tema y donde se originó la llamada Medicina Hipocrática.

El surgimiento de la llamada Medicina Hipocrática es, tal vez, el acontecimiento más importante de la historia de la medicina. Se trata de la primera elaboración “científica”, o más bien, del primer esfuerzo de eliminar cualquier vestigio de elementos mágicos– religiosos, de las explicaciones y concepciones que se tienen sobre la salud y la enfermedad. Este proceso comenzó en el Siglo VI a.C. y se extendió por más de 300 años.

Hay que comprender que, si bien en la Grecia antigua se mantuvo la idea de que la enfermedad tenía un origen divino, es decir, que era causada por la intervención de los dioses, hubo un avance trascendental cuando, a partir de los postulados de Alcmeón de Crotona e Hipócrates, se comienza a entender que la impureza causada por la enfermedad no tiene un carácter moral sino más bien físico, o sea, es curable.

A partir de entonces, el tratamiento deja de ser cosa de dioses. La enfermedad es tratable, es decir, puede ser curada por otros hombres: Los médicos. La palabra médico proviene del griego *Medein*, que significa cuidar al otro, hacer medicina (Marietan, 1991; 3).

Tal como lo dice su nombre, la Medicina Hipocrática tiene como base las concepciones de Hipócrates (460 a.C. Aprox.). Éste fue un destacado médico griego y, como era usual en aquellos tiempos, ejerció

su profesión (técnica, en aquel entonces) de manera itinerante. En el mundo occidental se le considera como el padre fundador de la medicina.

La salud era un bien muy apreciado en la Antigua Grecia, ya que, se consideraba que la salud era la base para conseguir la belleza. Recordemos que, en esta sociedad, el ser humano ideal era aquél que se encontraba desarrollado armónicamente, es decir, tanto su cuerpo como su mente (Apuntes de Medicina, Pontificia Universidad Católica, 2000; 14).

Dado que la belleza y, por ende, la salud eran consideradas como fines ideales, estados deseados, el saber técnico de los médicos adquirió rápidamente prestigio y valoración social, por lo que los médicos griegos lograron una buena posición social. El médico era el encargado de devolver a los enfermos el bien arrebatado, lo que era considerado como la más elevada de las artes.

Para Hipócrates, la salud consistía en el equilibrio (eucrasis) de las cuatro sustancias que componían el organismo que él denominó humores. Los cuatro humores son: Sangre, pituita, bilis y atrabilis.

El desequilibrio de los humores era lo que daba origen a las enfermedades. Esta concepción de la salud y la enfermedad, en cuanto al equilibrio o desequilibrio de los humores que preconizó Hipócrates, se mantuvo inmutable por más de 16 siglos. La teoría de los cuatro humores tuvo su mayor influencia en la Edad Media.

El periodo que comprende la Edad Media es de aproximadamente mil años y estuvo fuertemente influenciado por el cristianismo, y las ideas médicas de Galeno. En este contexto, el pensamiento cristiano, predominante de esta época, se abocó a la creencia en la existencia de

otro mundo y en el inminente termino de éste, lo cual tendría como consecuencia el desinterés por conocer las dolencias físicas de esta vida, centrando toda su atención en la salvación del alma.

Debido al énfasis cristiano, en el medioevo se volvió a una concepción de salud- enfermedad ligada a la religión, es decir, la enfermedad era atribuida a un castigo divino. Según Lama (2004), esto significó un retroceso importante respecto a los avances realizados en la antigua Grecia, sin embargo, aunque perdió ciertos elementos racionales no volvió a ser completamente pretécnica o mágica- religiosa.

Existen dos elementos fundamentales de rescatar del periodo histórico de la Edad Media y que tienen relación con la influencia del cristianismo: Primero, el surgimiento de una forma totalmente diferente de ver y tratar a los enfermos; segundo, el concebir la enfermedad como una forma de purificación, sacrificio y pago por los pecados. Ambos elementos traen consigo una serie de consecuencias que analizaremos cuando hablemos de la medicina medieval.

A fines del medioevo, la sociedad cambió radicalmente su forma de percibirse. Este nuevo hombre se concibe a imagen y semejanza de Dios, poseedor de libre albedrío que le permite plantearse de manera distinta frente al mundo que lo rodea. Según Ortiz Quesada (2001), con esta nueva visión de sí mismo y del mundo se inicia la aprehensión, ya no especulativa sino concreta de la realidad.

Si bien las ideas de Hipócrates aún ejercían gran influencia entre los médicos de la época, el hombre del renacimiento comenzó a pensar racionalmente; lo cual, sentaba las bases para el futuro nacimiento del método científico.

En los umbrales del renacimiento, Paracelso (siglo XVI), señaló que la enfermedad tenía un origen local y que podía ser causada por la acción de agentes externos al propio organismo (Ortiz Quesada, 2001; 16). Es decir, la enfermedad en sí tenía existencia propia y podía ser clasificada. Esto produjo un cambio tan radical que modificó las concepciones médicas que habían prevalecido por más de 16 siglos. En esta perspectiva, la salud dependía de la eliminación y control de los agentes patógenos.

A principios del siglo XIX, Claudio Bernard en sus reflexiones sobre la salud, señaló que ésta depende del funcionamiento armónico de los órganos y de los sistemas corporales. Dicho funcionamiento armónico dependerá de la capacidad de mantener relativa constancia del medio interno, a pesar de las variaciones del medio externo. Consideraba que la salud del hombre depende de una "relación necesaria de intercambio y equilibrio" con los medios externos, por ejemplo, las sustancias químicas, otros seres biológicos, etc. (Vega, 2002; 263).

Las concepciones de salud giraron, por casi un siglo, en torno a la idea de equilibrio. En el año 1938, Perkins inspirado en los conceptos de Bernard definió la salud como "un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo" (Vega, 2002; 263).

A mediados del siglo XX, las definiciones del concepto de salud incorporaron la dimensión social. Por ejemplo, para Milton Terris (1973) la "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad" y Alessandro Seppilli (1971) define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a

una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social". (Edgar Lopategui, 2000).

Definiciones del Concepto de Salud

El término "Salud" proviene de la raíz indoeuropea SAN, que significa "conservación de sí mismo". De dicha raíz, provienen los vocablos sanitas, salud y salvatus, que en latín significan respectivamente buen estado, salvación y conservación (Ortiz Quezada, F. 2001).

Hay que reconocer que existen diversas definiciones de lo que se entiende por el concepto de salud; cada cultura ha utilizado distintos términos para representar su significado. Es común que para definir la salud se utilicen vocablos como armonía, equilibrio, equidad, etc. (Vega, 2002; 258).

En el año 1947, la Organización Mundial de la salud (O.M.S.) definió Salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad" (O.M.S. Documentos básicos; 1974).

Mientras que la O.M.S. considera que la salud es algo más allá de la ausencia de enfermedad, agregándole el bienestar como elemento adicional; una parte importante de las personas considera que "La salud es un estado de buena condición física y plena capacidad de desarrollar las actividades habituales, y aplican esa definición a sus vidas cotidianas" (Cockerham, 2002; 2).

Autores como A. Goic (2002), han señalado que una persona puede ser considerada como sana cuando en ausencia de apoyo medicamentoso, goza de un grado suficiente de bienestar físico, psicológico y social, que le permite la realización de las actividades cotidianas sin grandes contratiempos. Estas personas, realizan las actividades o labores que son propias de su edad y de sus roles. Según esto, una persona sana puede ser entendida como una persona que es capaz de “funcionar” adecuadamente, de emprender todo tipo de actividades. Esto no significaría que las personas deban estar completamente libres de todo tipo de problemas de salud, sino más bien que esos estados no son un impedimento al desempeño de las actividades cotidianas.

Como es posible apreciar, la definición del término es relativa, y al parecer nunca será de carácter absoluto, esto es consecuencia del sello que cada grupo social le imprime a este “estado”. Sin embargo, existen ciertas regularidades que, desde nuestra perspectiva, son fundamentales para captar la esencia del concepto.

La definición del concepto salud dependerá del entorno sociocultural en el cual se desarrolle, sin embargo, prácticamente todos los grupos sociales consideran la salud como un bien, como un valor. Básicamente, se trata de un estado. Hablamos de estado para enfatizar la temporalidad de este fenómeno, ya que es ocasional, es decir, las personas no siempre estarán sanas, sino que fluctuarán entre ambos estados.

La idea de salud a diferencia de la de enfermedad, no tiene graduación. Es decir, un individuo está o no sano, no existe grado ni nivel intermedio.

Finalmente, podemos inferir que el concepto posee dos aspectos fundamentales: el primero, de carácter subjetivo, es el que se le asocia a la idea de bienestar, lo que puede ser cuestionado por que sería un estado ideal, no real; el segundo, de carácter objetivo, es que se le equipara a la capacidad que un individuo tiene para funcionar, esto también puede ser cuestionado, ya que, múltiples factores pueden intervenir para evitar el buen funcionamiento, incluso pueden ser elementos estructurales de una sociedad.

El Concepto de Salud de la O.M.S.

Tal como citamos previamente, la O.M.S. definió en 1947 el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente como la ausencia de enfermedad”

Si bien esta definición es frecuentemente citada por diferentes autores, hay que detenerse a examinar un poco más concienzudamente los alcances de ella.

Una de las principales críticas a esta definición es que la O.M.S. hace referencia a que la salud sería un estado ideal (utópico, si se quiere), ya que, para gozar de salud habría que tener un “completo bienestar tanto físico, psicológico y social” lo que, sin lugar a dudas, es objetivamente imposible. Por lo tanto, de acuerdo a esta definición, ningún ser humano tendría salud, ni los pobres ni los que sufren de trastornos esporádicos (sean éstos físicos o psicológicos), ya que, no estarían en un “estado completo de bienestar”. La salud se convierte entonces, en un estado utópico.

La inexistencia de la salud como un estado diagnóstico y cierto en la vida de los seres humanos, es una posición que ha sido aceptada por algunos autores, especialmente aquéllos que se han levantado como críticos de la labor médica.

Por otra parte, la definición del concepto de salud que hace la O.M.S. tiene dos elementos centrales: La integridad física y el bienestar. Sin embargo, llama la atención que no se hace referencia en ninguna parte al modo de vida de las personas, es decir, solamente se considera la ausencia de lesiones o enfermedad y el bienestar (o que la persona se sienta bien) como un indicador de salud.

De lo anterior podemos desprender que, siguiendo la definición de la OMS, la labor de la medicina y de los servicios de salud sería similar a la que tienen los veterinarios, es decir, debería abocarse de manera mecanicista a la reparación de las lesiones físicas y a la consecución de que el paciente se sienta bien. Respecto a este último objetivo, el concepto bienestar se vuelve peligrosamente equívoco, debido a una ausencia total de precisión conceptual, lo que es recurrente en la mayoría de los escritos que encontramos en torno a temas de salud.

Si tomamos estrictamente la definición de la O.M.S., y entendemos la salud básicamente como bienestar, entonces las peticiones del paciente tendrán una gran preponderancia en la atención médica. La atención médica girará en torno a lograr que el paciente se sienta bien a toda costa y si esto no es posible, la contemplación de la muerte como un medio válido para rescatar a los que sufren sería el camino obvio que la medicina debería adoptar, tal como lo ha hecho rutinariamente la ciencia veterinaria.

La Normalidad y la Anormalidad

Las categorías normal – anormal se han usado frecuentemente como sinónimo de los conceptos salud – enfermedad.

Según Cucurullo (1998), Comte fue uno de los primeros pensadores que insistieron en la necesidad de analizar los fenómenos patológicos a partir de lo que es el estado normal o fenómeno padrón. En este sentido, el conocimiento sobre el fenómeno de la enfermedad es posible sólo cuando se realiza la comparación con lo que es considerado normal, es por esto que resulta indispensable conocer las leyes de lo normal. No obstante, Comte nunca estableció ni se refirió a los criterios para poder determinar lo que es normal.

Actualmente, es posible encontrar dos criterios vigentes a través de los cuales es posible entender estos conceptos. Nos referimos al criterio estadístico y al criterio normativo.

El criterio estadístico es muy utilizado en Sociología como aproximación al concepto de normalidad. En este sentido, “en relación a los fenómenos sociales: la cuestión no difiere esencialmente de la pregunta que se hace el biólogo cuando trata de separar la esfera de la fisiología normal y la esfera de la fisiología patológica. En ambos casos, es el término medio, la frecuencia estadística lo que es utilizado como parámetro de la normalidad” (Cucurullo, 1998, 4).

Según autores como Goic (2002), el criterio estadístico considera como “normal” todo aquello que es más común o habitual para el observador. Se trataría de un criterio de clasificación, que se basa en la frecuencia y cuya medida fundamental es el promedio. Este último, sería

el que en definitiva determinaría nuestra apreciación de lo que es normal.

Según Marietan (1991), lo normal es simplemente un criterio cuantitativo que hace referencia a aquél, que por las características que presenta, se aproxima a la media estadística de las características de los otros de su grupo de pertenencia. Es decir, todos aquéllos que se alejan del promedio son considerados como anormales.

Por otro lado, el criterio estadístico nos indica que no se trata de polos excluyentes ni absolutos, ya que existe una especie de continuo (de proceso si se quiere) entre ambos, lo que permite hablar de grados de normalidad – anormalidad. Aunque, este criterio es frecuentemente usado y parece ser la aproximación más objetiva y confiable al tema de la normalidad, sin embargo, no parece ser suficiente como para que pueda ser utilizado como único criterio, ya que, no nos indica ni nos aclara como podemos conocer el punto exacto de la dispersión en que lo normal pasa a ser anormal y viceversa. Es por ello que, tal como lo señala Goic (2002), no contribuye a identificar a los individuos que necesitan ayuda.

El segundo criterio es el normativo. Se trata de un criterio que considera lo normal en términos de ideal, de perfección, lo que estaría supeditado al sistema de valores imperantes en un grupo social determinado. Según este criterio, el hombre “normal” sería aquel que más se asemeja a un modelo de perfección, el cual debe incorporar todas aquellas características que son consideradas como deseables por un grupo social determinado, en concordancia con el sistema de valores que detentan.

El término normal adquiere, desde esta postura, el carácter de valor, de un objetivo que requiere ser procurado y que es buscado como meta.

El Concepto de Enfermedad

El interés por la enfermedad es tan antiguo como el hombre mismo. Se trata de un fenómeno de carácter universal, de un acontecimiento ligado a la vida y, por lo tanto, no exclusivo de la especie humana. Su importancia reside en el hecho de que prácticamente todo ser vivo la experimenta alguna vez durante su existencia, es decir, casi nadie escapa a la experiencia de la enfermedad (Ruiz, 1999; 1). Sin embargo, a pesar de la importancia y universabilidad de este fenómeno, no es posible encontrar una definición absoluta y única del término.

Lo primero que podemos señalar sobre el fenómeno de la Enfermedad es que posee dos características básicas irrefutables: en primer lugar, el fenómeno de la enfermedad existe desde antes de la aparición del ser humano sobre la tierra, ya que, como señalamos antes se trata de un fenómeno ligado a la vida y no a nuestra especie, por lo menos, así lo sugieren los hallazgos de la paleopatología (Ortiz Quezada, 2001; 40); en segundo lugar, las formas principales de la enfermedad se han mantenido inmutables, en cuanto a su esencia, a lo largo de millones de años, es decir, en su forma esencial no en sus presentaciones individuales.

La definición de enfermedad, tal como ocurre con el concepto de salud, varía en cada sociedad de acuerdo al contexto de sus modelos culturales y sociales. En efecto, en la mayoría de las sociedades

primitivas la enfermedad era definida como un “ser”, como un ente independiente que, por ejemplo, podía ser representado por un espíritu maligno. En este tipo de sociedades, donde la colectividad y el individuo se encuentran rígidamente unidos en una sola estructura, la enfermedad era un acontecimiento crucial que afectaba a toda la comunidad (Bustos, 1998; 168).

El significado social que se le otorga a la experiencia de la enfermedad es variable, por ejemplo, en el pueblo de los Galeats, la enfermedad poseía un valor de rito iniciático; es decir, no se era parte de la comunidad ni se podía tener ningún tipo de posición social, si no se había estado enfermo antes. Sólo una vez que se experimentaba una enfermedad, se era parte del grupo, el fenómeno se vivía en forma grupal como parte del intercambio social (Galimberti, 1996; 11).

Debido a esto es que “lo que en algunas culturas cae dentro de la categoría de salud, en otras pertenece a la esfera de la enfermedad. Cada grupo humano posee, además, su propia percepción de lo que es enfermedad y las definiciones que de ellas se dan, no son necesariamente coincidentes. Podría decirse que la enfermedad es fundamentalmente, un modo de clasificar un conjunto de hechos significativos en una cultura y que no dependen de las condiciones objetivas desde la perspectiva médico científica” (De Miguel, 1980; 46).

No obstante lo anterior, en la gran mayoría de las sociedades tradicionales, encontramos que la enfermedad era un acontecimiento importantísimo que afectaba a toda la comunidad. Como señalamos anteriormente, esto es consecuencia de que en el mundo primitivo la colectividad y los individuos se encontraban rígidamente unidos en una estructura, la cual era reforzada y consolidada a través de ciertas prácticas mágicas (Babini, 2000; 16). Quizás esto, unido al hecho de que la enfermedad constituía un fenómeno incomprensible para los

individuos y para el grupo, conducía a que se buscaran explicaciones causales que se enmarcaban dentro de lo que definimos como mágico-religiosas, explicaciones que sobrepasaran los límites del cuerpo individual y se enraizaran en las amenazas que conlleva el medio ambiente, el más allá y lo desconocido.

A partir de lo anterior, podemos decir que en los pueblos primitivos, aquellos que se ubican temporalmente entre los siglos XXI – V a.C., el concepto de enfermedad poseía componentes mágico-religiosos importantes.

Tomando como base la perspectiva teórica de Ruy Pérez Tamayo, según Ruiz (1999), podemos señalar que existen cuatro aspectos fundamentales que pueden resumir el concepto primitivo de enfermedad:

1.- Aceptación de un concepto mágico de la enfermedad. Básicamente, se trata de la aceptación de la hechicería y de que los padecimientos son atribuibles a la manipulación de brujos, hechiceros, magos o cualquier otro individuo que posea poderes sobrehumanos. Aquí, se actúa directamente contra el individuo al que se quiere dañar.

2.- El concepto religioso de enfermedad supone que el origen de ésta se debe a la violación de algún tabú o regla divina. Cuando un individuo ha violado una prohibición, la enfermedad será el castigo correspondiente que enviarán los dioses. El tratamiento más efectivo para esta clase de enfermedad es, generalmente, la confesión de la falta y la penitencia.

3.- La enfermedad como resultado de la introducción de un espíritu en el cuerpo. El espíritu, en cuestión, puede ser o no maligno pero su presencia es la causa de la enfermedad. Esta es tal vez la concepción más universalmente distribuida, al parecer no existe sociedad, grupo social o comunidad que no la haya adoptado a lo largo de la historia.

4.- La pérdida del alma trae como consecuencia la enfermedad del sujeto que la perdió. En este caso, el tratamiento indicado es devolver el alma perdida o robada al cuerpo del individuo enfermo. Hay que comprender que el concepto primitivo de alma (como sombra) difiere del que tenemos nosotros actualmente.

Un ejemplo de la conceptualización antes citada es el caso de una civilización que se desarrolló hace más de cinco mil años atrás y es considerada como una de las más fructíferas e innovadoras: Mesopotamia.

Para los mesopotámicos, la enfermedad era considerada como un castigo de los dioses, una verdadera maldición que podía afectar a un individuo, a su familia e incluso a su descendencia. Se trata de un concepto de enfermedad de carácter religioso, no obstante, la cultura mesopotámica consideraba que la causa de la enfermedad no sería de carácter sobrenatural y esto se refleja en el hecho de que creían que era necesario realizar ciertos tratamientos para conseguir la sanación (Lama, 2004; 18).

Los mesopotámicos eran politeístas. Ninib, era el Dios de la salud; Marduk, era el Dios de todos los deberes (incluido el médico) y Niengishzida, el Dios sanador que se representaba con una serpiente de dos cabezas. La serpiente representa la regeneración y la curación, por lo que este símbolo se conservará en el famoso Caduceo (la vara de olivo, rodeada por dos serpientes), el cual aún simboliza a la medicina.

Así como existían numerosos dioses, también existían múltiples demonios dañinos. Cada uno de estos demonios era el causante de una enfermedad determinada y el más peligroso de ellos era el Séptimo Espíritu, ya que, por su causa los médicos no trataban a los enfermos los días divisibles por siete.

En la tradición egipcia, se relacionó las crecidas del río Nilo con la salud y la enfermedad, ya que, las subidas del río significaban el comienzo de un periodo de abundancia en las cosechas y, por lo tanto, beneficios para todo el pueblo; en cambio, los bajos niveles de las aguas del Nilo, traían, consecuentemente, el comienzo de épocas de hambruna y de epidemias.

La salud era considerada por los egipcios como un estado natural del hombre, por lo que, la enfermedad era considerada como un mal. Estos males, podían ser clasificados en dos grupos: Aquéllos cuyos síntomas eran evidentemente consecuencia de algún tipo de traumatismo o eran resultado de algún evento claramente identificable (por lo cual la explicación que se le daba era de carácter no mágico) y, aquéllos que no tenían causa evidente. Estas últimas recibían explicaciones mágico – religiosas (Bizcarra, 2004).

Los antiguos egipcios tenían una divinidad específica de la medicina, Imhotep. Este es un personaje que vivió alrededor del año 2600 a.C, fue visir y arquitecto del faraón Zoser y pasó a la historia como una especie de genio multifacético que debe haber gozado de una gran fama en su tiempo, ya que, su recuerdo fue divinizado y se le honró con la construcción de gigantescos templos. Los enfermos acudían a sus templos para realizar rituales y dormir en ellos, ya que, se creía que el Dios Imhotep aparecería en sus sueños y les indicaría cuál era el tratamiento a seguir (Lama, 2004; 30).

En la antigua Grecia, la enfermedad es el desequilibrio, la desviación a la norma, por lo que la sanación pasa por el retorno a la normalidad, a la naturaleza. El ser humano era intrínsecamente un ser sano y no un animal enfermo (Entralgo, 1941). Es tal la importancia de la salud, en esta época, que era habitual, tanto en Esparta como en toda Grecia, que se les diera muerte a todos los recién nacidos débiles o a

los que presentaran algún tipo de deficiencia física (Apuntes de clase, Pontificia Universidad Católica, 2000; 16).

La enfermedad, en la concepción griega, era considerada como un castigo divino, como el gran mal. La enfermedad se concibe como la lucha entre la naturaleza del hombre y el mal, en la que el síntoma no es más que la expresión palpable de dicha lucha.

Dado que la belleza era un bien muypreciado para los antiguos griegos y que sin salud no había belleza posible, la enfermedad era un castigo que hacía al hombre de menor valía.

La concepción del fenómeno de la enfermedad donde el componente mágico - religioso es fundamental, es recurrente en casi todas las sociedades premodernas, ya que se trata del recurso más accesible para explicar acontecimientos que sobrepasaban el entendimiento de los individuos.

En este contexto, era habitual, que el rito de curación (o salvación) implicara la utilización de un medio que servía como petición de perdón, el que habitualmente era un chivo expiatorio, que era ofrecido a los dioses como sacrificio para limpiar las culpas pasadas o prevenir futuras faltas (Bustos, 1998: 22-23). En este periodo histórico, resulta muy difícil separar lo que es considerado como enfermedad o pecado.

A través de la literatura de la época, conocemos la leyenda del Dios curador Asclepios o Esculapio para los romanos, quien era hijo de Apolo y padre de las Diosas Panacea e Higea, las cuales personificaban a la salud.

El centro de la medicina griega estuvo focalizado en los grandes templos dedicados a Asclepios (costumbre adoptada de los romanos). Estos templos eran, habitualmente, edificados en lugares de una belleza natural considerable. Los sacerdotes atendían a los enfermos, los que debían participar en ceremonias de culto, realizar sacrificios y ofrendas.

Como se señaló anteriormente, la medicina griega pre-hipocrática dependía de la magia y de los encantamientos, las enfermedades eran consideradas como fenómenos sobrenaturales. Considerando este contexto, es que habitualmente se dice que se produjo un gran avance en cuanto a la concepción de enfermedad con los postulados de Hipócrates y Alcmeón de Crotona.

Si bien la enfermedad no dejó de ser considerada como de origen divino, la impureza causada por ella ya no era moral sino física y, por lo tanto, era tratable. Este cambio de estrategia en la lucha contra las enfermedades marcó el inicio de una nueva etapa, donde las explicaciones ya no se buscarían en lo sobrenatural, sino que serían lógicas y razonables. La enfermedad deja de ser cosa exclusiva de los dioses, por fin es el hombre el llamado a buscar una cura a los males (Marietan, 1991).

Ambos filósofos griegos, Hipócrates y Alcmeón de Crotona, contribuyeron a la erradicación paulatina de cualquier tipo de explicación religiosa y sobrenatural en el origen de las enfermedades.

Lo fundamental de la Teoría Humoral, preconizada por Hipócrates, es que toma como base la naturaleza para explicar el fenómeno de la enfermedad. En su perspectiva, el hombre es considerado como un microcosmos donde la naturaleza era conducida por la armonía entre fuerzas. El cuerpo humano estaba formado por humores, los cuales eran

cuatros y se correspondían con los elementos de la naturaleza: sangre (aire), bilis negra (tierra), flema (agua) y bilis amarilla (fuego).

Una buena armonía entre los humores daba como resultado la salud y un desequilibrio de ellos, llevaba a la enfermedad. Siempre había una causa (un algo) que producía exceso o déficit de uno o más de los humores, estos desequilibrios generalmente eran atribuidos al clima, el lugar, los alimentos, las estaciones, etc. (Lama, 2004, 85-86).

A partir de entonces, todas las concepciones de la enfermedad derivan de tres ideas básicas (Marietan, 1991):

1.- Intrínseca: Las enfermedades son causadas por un desequilibrio interno del individuo. Según Alcmeón de Crotona, la salud era el equilibrio de las potencias: Lo húmedo- seco, lo frío- cálido y lo amargo- dulce. En la perspectiva de este pensador, el predominio de una de estas potencias (lo que denomina, monarkia) es lo que causa la enfermedad, es decir, se trata de una desarmonía de estos elementos.

2.- Extrínseco: Se trata de fuerzas mágico- religiosas externas, que inciden en el hombre y lo enferman. Los dioses castigan a los transgresores con las enfermedades. Es decir, que es factible que todos podamos enfermar si somos sometidos a ciertas influencias o circunstancias.

3.- Mixtas: Claudio Galeno señala que algunos individuos presentan cierta predisposición frente a la enfermedad. Es decir, no todos los sujetos enfermaran al verse sometidos a ciertas circunstancias, “No enferma el que quiere sino el que puede”.

Es importante señalar, que el concepto de enfermedad como desequilibrio en las cualidades de los humores, preconizado por

Hipócrates, fue la explicación del origen de las enfermedades durante prácticamente dieciséis siglos. La importancia de esta teoría hipocrática, reside en que satisfacía el deseo de los médicos de un contenido más racional que permitiese abandonar las explicaciones mágico- religiosas que se utilizaban desde tiempos primitivos.

Entre los postulados de Hipócrates y el advenimiento de la Era Cristiana encontramos siglos llenos de logros médicos, los que se desarrollaron lentamente a través del estricto seguimiento del ejemplo de los médicos hipocráticos, los que apoyaban su práctica médica en la observación. Sin embargo, hay que reconocer que las contribuciones más importantes de aquellos tiempos fueron llevados a cabo por Aristóteles, quien es considerado como uno de los máximos exponentes de la filosofía griega y uno de sus más grandes científicos.

Las principales contribuciones de Aristóteles (384- 322 a.C) a la medicina están contenidas en sus escritos sobre anatomía comparada y embriología, sin embargo, con frecuencia se equivocó en sus descripciones de los procesos fisiológicos (Coe, 1973; 200-201). No obstante, gracias a sus especulaciones y postulados filosóficos, básicamente a la lógica basada en silogismos y al análisis deductivo, es que se logró el reconocimiento de que la enfermedad no era un producto sobrenatural y su estudio se distanció de la religión.

Otro importante personaje es Galeno de Pérgamo (aproximadamente, 130- 200 d.C.), un anatomista y experimentador griego cuya fama se debe principalmente a su obra escrita (más de 80 libros), la cual se basa en la tradición hipocrática. Prácticamente, no hay tema que no haya sido tocado por Galeno y debido a su genio, hasta el año 1543, su palabra escrita será ley en la práctica médica (Lama, 2004; 101).

Galeno toma la teoría de los humores de Hipócrates y la complementa con las antiguas ideas pitagóricas de los cuatro elementos, a lo que agregó sus propios conceptos. Según Galeno, el estado fisiológico normal del ser humano es el de equilibrio entre siete cosas naturales que él denominó res naturales: Elementos, humores, cualidades, espíritus, facultades, operaciones y miembros. Es decir, la enfermedad es producida por el desequilibrio de estas siete cosas naturales, las que también pueden ser alteradas por la influencia de otras cosas, que no pertenecen a la naturaleza individual y que regulan la naturaleza, que llamó res non naturales y contranaturales (por ejemplo: alimentos, desórdenes sexuales, viento y sol, etc.).

Es decir, la teoría patológica de Galeno se basa en el equilibrio adecuado de los elementos naturales, no naturales y contranaturales. A partir de estas ideas, Galeno explicó prácticamente todo y se convirtió, en la síntesis del conocimiento médico antiguo y en la última palabra en las discusiones sobre conocimientos médicos hasta la época de Vesalio (mediados del Siglo XVI).

Según Coe (1973), durante el periodo de la Edad Media, la medicina perdió mucho del carácter científico que había alcanzado con los griegos. El retroceso de la medicina en este periodo histórico se debió principalmente a la influencia del dogmatismo religioso, que logró detener los avances científicos en el área médica a través de la prohibición de la disección de cadáveres, de la intolerancia a la libertad de investigación, a la experimentación y la observación; limitando el conocimiento científico sólo a textos antiguos que hubiesen sido previamente aprobados por la iglesia.

La concepción de la enfermedad en el medioevo estaba estrechamente ligada a la esfera religiosa. La enfermedad era vista como la consecuencia de la voluntad divina que buscaba castigar a los

individuos que hubiesen cometido alguna falta o pecado. También, se consideraba que la aparición de una enfermedad podía ser la forma en que Dios nos enviaba un mensaje que se debía interpretar. En este contexto, la iglesia era la llamada a guiar a los enfermos a la salud-salvación, que no era otra cosa que la manifestación de la gracia divina (Ortiz Quezada, 2001; 22).

Debido a que las enseñanzas religiosas consideraban que las enfermedades y los males eran producto del castigo por los pecados cometidos, muchos de los cristianos medievales asimilaron la enfermedad ya no como un simple fenómeno natural, sino como algo que debía ser interpretado en términos sobrenaturales (Coe, 1973; 204).

En la Europa medieval, y a pesar de la utilización de la intermediación religiosa y de la magia, comenzó a desarrollarse la idea de contagio, como consecuencia de la difusión de una serie de epidemias que asolaron Europa.

Probablemente, la peor de las epidemias fue la de la Peste Bubónica, llamada también la Peste Negra, que entre los años 1340 y 1360 redujo a casi un tercio la población europea. La consecuencia de esta epidemia no sólo fue el incremento de los fallecimientos, sino también la depresión económica, la escasez de trabajos y la desorganización social (Coe, 1973; 205).

No obstante, la catástrofe que significó la muerte de miles de individuos, terminó siendo una contribución al desarrollo de la medicina y al concepto de enfermedad, ya que, se comenzaron a indagar las historias clínicas de los afectados y se advirtió que algunas enfermedades podían ser contagiosas, por lo que se hacía imprescindible tomar medidas preventivas.

A partir de entonces, una vez que la idea de contagio se afianzó en la sociedad, comenzaron a idearse todas las formas de exclusión, algunas de las cuales aún persisten hasta nuestros días (Bustos, 1998; 138).

En el periodo del Renacimiento, que abarcó entre los años 1400 y 1600 aproximadamente, se desarrollaron dos acontecimientos que repercutirían en el devenir del conocimiento médico: se produjo un cambio radical de los valores imperantes en el mundo occidental y se propició la recuperación del saber antiguo que hasta entonces había permanecido prohibido por la iglesia.

En el siglo XVI, con los postulados de Paracelso (1493- 1541) se supera definitivamente la teoría de los humores. De acuerdo a este pensador, los padecimientos tenían un origen local y podían ser causados por agentes externos (Ortiz Quezada, 2001; 16). Esto significó, desechar la idea de que la enfermedad no existía como una entidad externa e identificable, el dicho popular “no hay enfermedad sino personas enfermas” es descartado.

Otro de los grandes aportes de Paracelso fue la defensa que hizo de la limpieza de la práctica quirúrgica y el estudio que comenzó sobre la sífilis. La sífilis fue la enfermedad más devastadora del Renacimiento y fue atribuida, correctamente, a la intervención de microorganismos, lo que sería corroborado más de cien años después cuando se inventó el microscopio (Coe, 1973; 207).

De acuerdo con Coe (1973), en este periodo se reanudan las disecciones a cadáveres humanos lo que condujo a importantes avances en anatomía. Este avance fue resultado, en gran medida, al impulso propiciado por los dibujos del cuerpo humano que realizó Leonardo Da Vinci.

Casi al culminar el Renacimiento y gracias al impulso de los Humanistas, se comenzó a estudiar y tratar de entender los factores psicológicos que intervienen en la enfermedad. Por primera vez, se intenta hacer una clasificación de las enfermedades mentales, ya que se acepta la idea de que los individuos que eran denominados como “brujas(os) o endemoniados(as)”, en realidad no son aliados del demonio sino más bien personas enfermas de la psiquis.

El siglo XVII estará caracterizado por la existencia de dos corrientes de pensamiento contrarias que orientarán el desarrollo filosófico y de las ciencias: el racionalismo y el método experimental. El primero tiene como su principal exponente a Renato Descartes, a quien analizaremos en profundidad más adelante; el segundo, tiene como representante y fundador a Francis Bacón, cuya importancia reside en el hecho de haber introducido la observación como un elemento clave del método inductivo.

Otro personaje importante de la época fue Thomas Sydenham (1624- 1689). Este médico inglés centró su interés en qué eran las enfermedades y para ello considero fundamental la observación clínica de los síntomas desde su desarrollo hasta su desaparición. Según Lamas (2004), al aceptar la existencia de entidades morbosas, había que conocer y reconocer cuáles síntomas correspondían a éstas y cuáles eran atribuibles a las particularidades del paciente. Así nació el concepto ontológico de la enfermedad como una entidad morbosa abstracta pero abstraída de una observación real. Esta concepción permite el estudio de las enfermedades a través de la descripción de los cuadros clínicos y, a la vez, se la considera un avance que conduce a una mejoría de los tratamientos, ya que, contribuye a una identificación más temprana de la enfermedad que se pretende combatir.

El Siglo XVIII fue llamado el Siglo de la Ilustración o de Las Luces. Se le denominó de esta forma, debido al surgimiento del deseo de reexaminar y cuestionar las ideas y valores preestablecidos, buscando y explorando nuevas ideas.

Durante este siglo, se produjo un aumento explosivo del número de hospitales en Europa, debido a la alta mortalidad que se producía como consecuencia del hacinamiento en que vivía la población. La mortalidad infantil alcanzó más del 80%.

A fines del Siglo XVIII, el famoso patólogo alemán Rudolph Virchow (1821- 1902) fundador de la patología celular, señaló la importancia de desarrollar una Teoría General de la Enfermedad cuya base fuese el principio de localización. “Este precepto establecía que no hay enfermedades generales: todo proceso morboso se halla anatómicamente localizado, y para conocer la enfermedad hay que recurrir al estudio de la célula” (Ortiz Quezada, 2001; 63).

A principios del Siglo XIX, comienza a generarse interés en la relación existente entre enfermedad- falta de higiene y pobreza. Este interés nace del reconocimiento del carácter económico y social de la enfermedad, que ya había sido sugerido en los escritos del “Capital” de Marx (1867), cuando analiza la aparición de la patología industrial.

El reconocimiento de que la pobreza era un elemento importantísimo en la etiología de la enfermedad, orientó la investigación médica y aparecieron una serie de estudios. Los resultados más claros y elocuentes de éste reconocimiento son: la prohibición del trabajo de niños menores de 8 años en Europa en 1841 y el nacimiento de una nueva perspectiva que se denominó Medicina Social.

Uno de los elementos más importantes tras el estudio de la relación enfermedad- pobreza e higiene, es la aparición de la idea de prevención de las enfermedades. A partir de esta idea, se generaron una serie de medidas para mejorar las condiciones de vida de la población. Se mejoraron las condiciones higiénicas de las cárceles y hospitales, la canalización de las aguas, etc.

Otro avance importantísimo, es el realizado por el doctor Edward Jenner (1749-1823), quien realizó los primeros pasos para erradicar una de las enfermedades más antigua y mortífera conocidas por la humanidad: la viruela. Gracias al descubrimiento de la vacuna contra esta enfermedad, se inaugura la era de la “vacunación” (nombre dado por Pasteur, años más tarde), lo cual constituyó un importante logro para la medicina, ya que, permitió la prevención de numerosas enfermedades reduciendo de manera significativa la tasa de mortalidad.

El Siglo XIX continuó con la saga de descubrimientos y avances médicos iniciados en los siglos anteriores. Por ejemplo, en el año 1842 en Estados Unidos, se experimenta por primera vez con sustancias químicas para adormecer; en el año 1847, estas sustancias serían denominadas como anestesia. Fue tan importante y rápida la expansión del uso de la anestesia a nivel mundial, que en el año 1848 se utilizó por primera vez en nuestro país.

Estos avances y descubrimientos, fomentaron y consolidaron una concepción mecanicista del cuerpo humano y una medicina de carácter científico, que decide abocarse estrictamente a la parte corporal.

A mediados del Siglo XIX, Claude Bernard (1813- 1878) introduce en medicina un concepto de enfermedad, que hace gala de esta tentativa de exclusión de toda consideración cualitativa o de valoración moral. Para este fisiólogo francés, el estado patológico debía ser

simplemente asimilado a una falla mecánica, cuya reparación era posible a través de los medios técnicos adecuados (Bustos, 1998; 76).

Según el doctor Alejandro Goic (2002), actualmente los médicos entienden la enfermedad como una entidad clínica estructurada, caracterizada por una combinación de síntomas y signos que la definen y la diferencian de otras.

Los síntomas son de naturaleza subjetiva, por lo que, solamente la persona enferma es capaz de percibirlos, la tarea de médico consiste en tratar de interpretarlos y evaluar su importancia. Por el contrario, los signos son de carácter objetivo y deben ser buscados por el médico.

En este contexto, la enfermedad es considerada como una entidad que posee ciertas “propiedades”, que la definen y caracterizan. Se trata de una construcción, un fruto del razonamiento que permite a los médicos estructurar los síntomas y signos en un conocimiento objetivo que permite que se le utilice como un instrumento operacional.

Según Goic (2002), en función de nuevos conocimientos y nuevas experiencias es factible reordenar los síntomas y los signos, de una manera distinta a la que conocemos actualmente.

III.- Desarrollo Histórico de la Medicina Occidental

Resulta habitual encontrar bibliografía, sobre todo aquella cuyos autores son médicos, que relata la historia de la medicina como un progreso lineal, en un sentido direccional único. En estas reconstrucciones históricas, tiende a situarse el punto de partida de la medicina en el momento en que se produce la liberación de las creencias mágico- religiosas y su punto culmine, cuando logra la objetividad.

Sin embargo, desde nuestra perspectiva, el énfasis debería estar puesto en cómo diferentes concepciones etiológicas de la enfermedad dan lugar a diferentes modelos o paradigmas médicos, cómo estos se han relacionado y convivido históricamente. A su vez, cómo es que estos modelos o paradigmas médicos se han traducido en ciertas prácticas terapéuticas y médicas.

Como señalé anteriormente, muchos autores al referirse a la historia de la medicina occidental se remontan a la época de los griegos clásicos, momento en el que comienzan los primeros esfuerzos por erradicar las explicaciones sobrenaturales del saber médico. Sin embargo, existen evidencias de que muchas de las prácticas terapéuticas que persisten aún hasta nuestros días, tales como la cauterización y la amputación, datan de mucho antes.

Un ejemplo es Mesopotamia, en esta cultura antigua, los médicos trataban las enfermedades básicamente a través de la adivinación y ritos, sin embargo, manejaban de forma imprecisa la idea de una causa no sobrenatural de la enfermedad, lo cual les permitía a los médicos realizar ciertos tratamientos. Es por esto, que existen amplios registros del uso de fármacos, especialmente aquellos derivados de yerbas, en el

tratamiento de distintas enfermedades. También, existió la práctica quirúrgica que curaba heridas, esguinces, abscesos, fracturas, etc. Además, se han encontrado cuchillos, esbozos de bisturís y un posible trépano (Lama, 2004; 19).

La práctica médica en Mesopotamia estaba en las manos de tres tipos de sacerdotes, de los cuales sólo uno trataba directamente a los enfermos. Según Lama (2004), éstos son:

- 1.-Barú: Es un adivino, que diagnostica y pronostica enfermedades y otros eventos. También podía determinar la causa de la enfermedad y de otras catástrofes.
- 2.-Ashipu: Es un exorcista que extrae los demonios de las personas enfermas, así como de las casas, tierras, etc.
- 3.- Asú: Actúa como médico y tiene contacto con los enfermos. Realiza cánticos y adivinaciones, también utilizaba fármacos (generalmente, yerbas) y realiza ciertas operaciones quirúrgicas.

Los sacerdotes sanadores obtenían sus conocimientos de las escuelas que había en los templos, de un gran número de tablillas de arcilla con textos referentes a la práctica médica y del aprendizaje práctico.

Otro elemento llamativo de la cultura mesopotámica, es la existencia de leyes que regulaban el funcionamiento de la práctica médica. Estas leyes fueron promulgadas en el famoso código de Hammurabi (1700 a.C). Se trata de 10 leyes especialmente referidas a la medicina y 282 reglas relativas a los honorarios de la práctica médica y a los severos castigos que los médicos tendrían si cometían determinadas faltas en su práctica.

En el caso egipcio, la base de la práctica médica, al igual que la mayoría de las culturas antiguas, es de carácter religioso y sacerdotal. Sin embargo, existían médicos que no eran sacerdotes.

La formación de los médicos se realizaba en escuelas especializadas, las más conocidas fueron las de Sais y Heliópolis. En dichas escuelas, se mantenían escondidos los textos que contenían el saber médico, el cual, los egipcios creían era revelado por los dioses. El carácter divino y secreto que los egipcios daban al saber médico, les daba a los médicos un status social elevado. La idea de que el médico posee un conocimiento o información que nadie más posee, es un elemento que se ha mantenido a lo largo de la historia de la humanidad y ha contribuido a que tengan una elevada posición social y económica, en casi todos los grupos sociales conocidos.

La terapéutica utilizada por los egipcios era similar a la de los mesopotámicos. Además de realizar algunas prácticas de encantamiento y exorcismo para eliminar demonios del cuerpo, administraban fármacos y realizaban tratamientos físicos que se basaban en frío, calor y vendajes.

Otro elemento importante de destacar de los egipcios, fue la práctica del embalsamamiento, que proporcionó a los médicos egipcios información anatómica muy útil y permitió la observación de los distintos estados de un mismo órgano: el enfermo y el sano. Esto es de gran importancia por dos motivos fundamentales: en primer lugar, los papiros médicos que se han encontrado están llenos de referencias anatómicas, descripciones de las enfermedades y de los posibles tratamientos, por lo cual, éstos constituyen los primeros escritos médicos propiamente tales. Segundo, debido a que gran parte de las culturas primitivas prohibían las autopsias, la evisceración realizada a partir de la práctica del embalsamamiento constituye el único método factible para obtener

información anatómica del cuerpo humano, lo cual sitúa a los egipcios como los mejores anatomistas de la historia antigua.

A modo de resumen, como señalamos anteriormente, podemos decir que se vislumbran ciertos elementos que nos permiten inferir la existencia de una concepción no sobrenatural de la enfermedad, tanto en la cultura mesopotámica como en la egipcia, que los lleva a realizar ciertas prácticas terapéuticas, sin embargo, esta concepción es de carácter inconsciente. En este sentido, el elemento esencial que caracterizaría a la medicina primitiva, es la idea que tienen de que la enfermedad es un fenómeno de carácter sobrenatural que se produce por la acción de los dioses o demonios, lo cual, generalmente se deriva de una falta o pecado cometido por el sujeto enfermo. En este tipo de sociedades la enfermedad tiene un valor moral.

Según Ortiz Quezada (2001), la medicina primitiva concebía a la enfermedad como un mal que provenía del exterior, que era ajeno al sujeto. Esta concepción dio origen a la teoría de los cuerpos extraños. Según esta teoría, la enfermedad era un mal que podía ser provocado por un Dios o un demonio, o bien ser enviado por algún enemigo o rival a través de un hechizo o maldición y, en este contexto, los brujos (sacerdotes o chamanes) son los llamados a ayudar a expiar las culpas de los enfermos. Debido al papel central que tienen estos personajes en la restitución de la salud, es que muchos llaman la medicina primitiva como la medicina de los brujos.

Aunque el concepto mágico- religioso de la medicina sea primitivo, no significa que sea algo del pasado ni que se limite a grupos sociales primitivos. Este concepto persiste aún hoy en diversos grupos sociales, en diferentes partes del mundo. Según Pérez Tamayo (1997), expresiones de este concepto mágico- religioso de la medicina son factibles de ser encontradas en México, en donde forman una parte

importante de lo que se denomina Medicina tradicional. Centenares de brujos o curanderos realizan “limpias” o “curas” como “tratamiento” a diversas enfermedades o como forma de mejorar la suerte en distintos ámbitos (amor, empleo, etc.).

El considerable éxito de la medicina primitiva, que la ha mantenido hasta nuestros días, se debería básicamente a tres razones. Estas razones, según Pérez Tamayo (1997), son independientes de las medidas terapéuticas utilizadas y son válidas no sólo para la medicina primitiva sino también para todas aquellas medicinas, a lo largo de la historia, cuyo fundamento contenga elementos empíricos e imaginarios.

1.- Relación médico- paciente: Efecto psicológico positivo de una relación bien llevada, en donde ambas partes comparten las mismas creencias y las mismas ideas sobre la enfermedad, tratamiento y curación. Cada parte desempeña un papel determinado, al cual se apega fielmente y ejecuta de manera adecuada. Cuando se cumplen las expectativas sobre la relación médico- paciente de las partes involucradas, una parte importante del problema se encuentra resuelto.

2.- Historia natural de la enfermedad: Toda enfermedad posee un inicio más o menos definido y una evolución aunque variable, frecuentemente predecible. Es decir, por su historia natural, muchas enfermedades tienden a curarse espontáneamente, como dice el dicho “un resfrío común se quita con tratamiento en una semana y sin tratamiento en siete días”. La medicina primitiva se enfrenta a enfermedades que de todas maneras, por su historia natural, se iban a curar. Anotándose un triunfo que no se merece.

3.- Efecto placebo: Describe el efecto fisiológico positivo de un agente totalmente inerte o inactivo (generalmente un fármaco), sobre un sujeto que cree y confía que tendrá el efecto deseado. Para causar este efecto

placebo, se requiere que el paciente conozca los objetivos terapéuticos que se buscan.

Medicina en Grecia

La medicina de la Grecia antigua no difería radicalmente de la primitiva. En ella encontramos una sólida base mágico- religiosa, que es posible apreciar en los escritos y relatos de la época, por ejemplo, en La Ilíada y La Odisea, en los que se relatan las hazañas de los Dioses caminando sobre la tierra.

Una parte importante de la medicina griega se encontraba ligada al culto a Asclepiades, el Dios griego de la Medicina. Los enfermos acudían a los templos que se erigían en su nombre, allí eran recibidos por médicos sacerdotes que recibían las ofrendas y obsequios que traían. En los orígenes del culto, se practicaban básicamente encantamientos, plegarias y rituales religiosos. Sin embargo, a medida que pasó el tiempo cada vez se hicieron más habituales los tratamientos terapéuticos apropiados a la dolencia, por ejemplo, baños termales para los reumatismos.

En este periodo, las funciones que tenía un médico sacerdote del culto de Asclepiades eran bastante restringidas. Su actividad profesional se limitaba a vigilar los santuarios, a recoger las ofrendas y donativos que hacían los pacientes y hacer que se cumplieran los rituales. Según los textos consultados, podemos apreciar que los médicos griegos tenían funciones bastante más específicas y limitadas, en comparación con sus pares mesopotámicos y egipcios, lo que puede ser consecuencia de que en la cultura griega antigua poseía una

estratificación social más desarrollada y rígida que las culturas mencionadas.

Hasta ahora, hemos dicho que no existen diferencias significativas entre la medicina primitiva y la griega. Esto cambio con la aparición de la figura de Hipócrates, a quien se le asocia uno de los más importantes descubrimientos de la historia de la medicina: que la enfermedad es un fenómeno natural.

Desde la perspectiva de Pérez Tamayo (1997), la postura de Hipócrates de renunciar a las explicaciones sobrenaturales sobre las enfermedades y de buscar sus causas en la naturaleza, es algo que venía de antes. Según este autor, desde un siglo antes los filósofos de la antigua Grecia habían realizado esfuerzos tendientes a explicar los fenómenos que observaban sin recurrir al recurso divino, lo cual, constituiría el antecedente histórico de este concepto natural de la enfermedad. Uno de estos primeros filósofos fue Tales de Mileto quien, en el año 585 a.C. aproximadamente, excluyendo los recursos sobrenaturales y de forma especulativa, ante la pregunta ¿de qué esta formado el universo?, respondió “de agua”.

En la sociedad cosmocéntrica de los antiguos griegos, se advirtió la presencia de cuatro elementos fundamentales de la naturaleza: agua, aire, tierra y fuego. Estos elementos básicos de la naturaleza, fueron asimilados a elementos activos en el cuerpo. Posteriormente, esta perspectiva daría como resultado la llamada Teoría de los Humores.

La idea fundamental o base de esta naciente medicina fue extraída de la filosofía presocrática: la naturaleza. La naturaleza (Phycis) tiene y produce armonía, es decir, posee ciertas fuerzas o principios elementales activos que son capaces de restablecer el orden. Estos principios o fuerzas, que son los cuatro elementos antes

mencionados, incorporan sus respectivas cualidades: húmedo, seco, caliente y frío.

Siguiendo los postulados de la Teoría humoral, el cuerpo humano constituiría un microcosmos en donde convivían estos cuatro elementos o fuerzas, tal como ocurre en la naturaleza. Es por esto, que en el siglo V a.C, la escuela hipocrática centró todo el interés médico en la persona, en el sujeto enfermo. Según Goic (2002), el aforismo “no hay enfermedades sino enfermos”, sintetiza de manera muy clara este enfoque.

Una buena armonía entre los humores tiene como consecuencia un estado de salud; en cambio, si existía un estado de dyscracia o desequilibrio, producto del exceso o deficiencia de uno o más de ellos, se producía la enfermedad. También, existían elementos externos que podían influir en el balance de los humores, por ejemplo, las estaciones del año y los temperamentos.

La importancia trascendental de la medicina hipocrática reside en el hecho de que, por primera vez, se explicaba la enfermedad prescindiendo de explicaciones religiosas o sobrenaturales (Ortiz Quezada, 2001; 47- 48). Este contenido racional significó un cambio de estrategia radical en la lucha en contra de las enfermedades, lo que marcó el inicio de una nueva etapa.

Según Lama (2004), la hazaña griega consistió en lograr sustituir de la explicación de la salud y de la enfermedad los elementos mágicos o sobrenaturales. Estableciendo una teoría que se enmarca en el ámbito del hombre y la naturaleza, es decir, una teoría que se basará solamente en hechos observados, los cuales serán interpretados de manera racional.

Es por esto, que se dice que los griegos y, especialmente, la concepción hipocrática de la salud y de la enfermedad, contribuyeron de manera fundamental en el desarrollo de la medicina occidental.

El periodo de mayor influencia de las concepciones griegas en el desarrollo y práctica de la medicina, tuvo lugar a partir del medioevo hasta aproximadamente el siglo XVII. Es, precisamente, en este periodo histórico donde se produce un resurgimiento de la cultura griega, de los escritos de Hipócrates (460-380 a.C) y, especialmente, los de Claudio Galeno (130- 200 d.C.).

Los escritos de Galeno abarcan prácticamente todos los ámbitos de la medicina. En ellos, retomó la teoría humoral de Hipócrates y la modificó, incorporándole elementos de las teorías pitagóricas sobre los cuatro elementos. La enfermedad era para Galeno una disposición preternatural del cuerpo, que produce alteraciones de las funciones vitales y cuya naturaleza se encuentra en lo físico, en lo objetivo.

Una de las más importantes y duraderas contribuciones que realizó Galeno al desarrollo de la medicina fueron sus observaciones sobre anatomía, aún cuando ahora sabemos que muchas de ellas eran incorrectas. Sus escritos médicos, traducidos por pensadores árabes durante el siglo IX, gozaron de una gran consideración entre los médicos humanistas de la Europa del renacimiento. Según Pérez Tamayo (1997), esto se debería a que los textos de Galeno representan una síntesis del pensamiento antiguo. A tal punto llegó su consideración, que sus postulados se transformaron en verdaderos dogmas dentro de la medicina y su palabra en el fin de todas las discusiones médicas hasta la época de Vesalio (1543).

Antes de exponer sobre la medicina de la Edad Media, nos gustaría hacer una mención sobre la medicina romana que, si bien, es

similar a la griega en sus elementos básicos, hizo tres contribuciones importantes al desarrollo de la medicina que queremos señalar:

1.- Los hospitales militares: Como consecuencia de la expansión territorial llevada a cabo por los romanos, cada vez era más frecuente que las batallas se desarrollaran lejos de las ciudades. Esto produjo un problema con la atención de los heridos, el cual se solucionó creando un espacio especial para ellos dentro del campo militar. Estos hospitales fueron las primeras instituciones creadas, especialmente, para la atención de los heridos y enfermos; fueron el antecedente de los hospitales civiles que se crearían en el siglo IV d.C., producto de la piedad cristiana.

2.- Saneamiento ambiental: Roma poseía condiciones de higiene ambiental excelentes. En el siglo VI a.C., Roma ya contaba con un sistema de drenaje. En el 450 a.C., la Ley de las Doce Tablas prohibía los entierros dentro del territorio de la ciudad, establecía la limpieza de las calles y la distribución de aguas limpias a toda la ciudad. Además, existían los baños públicos que eran muy populares y prácticamente gratuitos.

3.- Legislación sobre la práctica y enseñanza de la medicina: En el Imperio (aprox. 120 d.C.), Julio César estableció un servicio médico público contratado y pagado por la ciudad, que debía atender de forma gratuita a cualquier persona que lo solicitase. Con el tiempo, se legisló sobre las características que debían tener los médicos que postularán al servicio público, también sobre la forma de elegirlos y el pago que recibirían.

Medicina en la Edad Media

Tras la caída del imperio romano, se produjo un caos social y político que derivó en hambrunas y miseria para una parte importante de la población. Sobrevinieron una serie de epidemias que llenaron de miedos y temores a las personas, ya que, se vieron confrontados a la enfermedad y la posibilidad de la muerte.

Según Pérez Tamayo (1997), estas condiciones favorecieron el nacimiento de una creciente desconfianza a los médicos, lo que derivó en que la población se volcara con devoción a ritos mágicos y creencias sobrenaturales. Esto constituye un fenómeno habitual en periodos difíciles, sobretodo entre la población de menos recursos.

Frente a esta situación desastrosa, la religión cristiana se presentaba como la salvadora de los más desprotegidos. La figura de Jesús, reforzada por múltiples relatos bíblicos que hablan de sus milagrosas curaciones, se erige como la de un médico de cuerpo y alma.

La medicina religiosa cristiana, utilizó como sus principales recursos terapéuticos el rezo, la unción y la curación a través del culto a los santos. También, fomentó la caridad y el amor al prójimo, lo cual fue importantísimo considerando la cantidad de enfermos que había como resultado de las epidemias que azotaban a la población, los cuales requerían de cuidados y atenciones.

Durante este periodo, la medicina sufrió un estancamiento y perdió gran parte del carácter científico que había alcanzado con los griegos. Según Coe (1973), esto fue consecuencia del dogmatismo religioso imperante en la época, que detuvo el avance de los logros mediante, por ejemplo, la prohibición de las disecciones de cadáveres

humanos, de la libertad de investigación y de experimentación. Además, limitó el acceso a la literatura médica y autorizó el uso sólo de textos antiguos que hubiesen sido previamente aprobados por la iglesia. También, combatió activamente todas las otras formas de medicina que se practicaban hasta entonces, ya que, consideraba que se basaban en paganismos.

Otro elemento a considerar, en el estancamiento de la medicina, es la filosofía cristiana que dominó entre los siglos IV y VII. Para el cristianismo, el centro de interés era la existencia de otro mundo; el mundo terrenal era considerado sólo como una transición, por lo tanto, con un inminente e inevitable fin; en este contexto, poco importaba conocer más sobre las dolencias y enfermedades que aquejaban el cuerpo, interés que es fundamental para el desarrollo de la medicina. Es así, que “para el cristiano occidental sólo el alma y sus enfermedades interesan; si debe atenderse al cuerpo es por ser éste el depositario del alma, que es lo único que vale” (Babini, 2000; 45).

Según Peña y Paco (2002), los antecedentes de este concepto cristiano de “alma” los encontramos en Aristóteles. De acuerdo a este pensador griego, un cuerpo vivía sólo si estaba dotado de un principio vital, al cual llamó *psyqué* o alma. Sostenía que cada parte del cuerpo humano estaba hecha para una determinada finalidad y el cuerpo, en su conjunto, estaba hecho para contener el alma. El alma es la sustancia y causa del cuerpo; entendida como sustancia, es realidad en el sentido más pleno del término; y como causa, inmortal e incorruptible frente a las mutaciones corpóreas. Todo este planteamiento, sin lugar a dudas, contribuyó a desarrollar y reforzar el pensamiento cristiano, sobre el concepto de alma.

Por otra parte, con el pensamiento cristiano se volvió a la antigua idea de que la enfermedad era un castigo por una falta o pecado

cometido. También, se consideró que la enfermedad podía ser vista como una bendición cuando era tomada en nombre de Jesucristo, es decir, la enfermedad y el dolor se transformaron en una manera de conseguir méritos para lograr la salvación.

Anteriormente, señalamos que la filosofía cristiana fomentó la caridad y el amor al prójimo. Existen varios pasajes de la Biblia, que dan cuenta de esta perspectiva, por ejemplo:

“Estuve desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis, en la cárcel y fuisteis a verme... cada vez que lo hicisteis con uno de mis hermanos más humildes, conmigo lo hicisteis” (Mateo XXV, 35-40).

Producto de esta caridad cristiana, se originó el progreso más importante de la época: el hospital.

En el año 529, San Benito de Nursia funda el monasterio de Monte Cassino, lugar donde se inicia la llamada medicina monástica. Debido a que el pensamiento cristiano propiciaba la atención y cuidado del enfermo, y a las epidemias que asolaban a la población, los novicios y monjes comienzan a albergar en sus monasterios a los enfermos para poder atenderlos.

En un primer momento, la asistencia médica sólo se aboca a los cuidados básicos del enfermo y siempre se realiza dentro del monasterio, posteriormente el monje- médico, comienza a intentar aliviar el dolor, a medicar y curar las enfermedades, también empieza a visitar a los enfermos en sus hogares y en el campo. Este cambio, conduce a los monjes y novicios a buscar una mayor preparación y conocimientos en el área médica, para así poder tratar de dar una mejor atención a los enfermos. Se instituye la enseñanza médica en los monasterios.

Uno de los más importantes méritos de los monjes médicos cristianos, está el haber guardado, conservado, copiado y traducido antiguos códigos, textos y escritos de medicina. En todos los monasterios, los religiosos tradujeron al latín, todos los conocimientos greco- latinos, es por ello, que los monjes se convirtieron en una figura fundamental a la hora de conservar, transmitir e interpretar el saber clásico, especialmente la obra de Galeno.

En el periodo llamado Alta Edad Media (Siglos XI- XIII), ocurrió otro de los principales acontecimientos de la medicina en este periodo: La creación de la Escuela de Salerno.

Salerno, es una ciudad de Grecia que poseía cierto carácter cosmopolita. “La leyenda dice que la escuela de medicina fue fundada por Elinus, un judío, Pontos, un griego, Adala, un árabe, y Salernus, un latino, pero aunque tales personajes no existieron, lo que sí existió fue la convivencia pacífica de las cuatro culturas y su integración positiva” (Pérez Tamayo, 1997; 63).

En Salerno existía, desde el Siglo VII, un monasterio benedictino en el cual ejercía un grupo de monjes- médicos y algunos laicos. Paulatinamente, el control clerical fue perdiendo terreno y hacia el año 1000, la educación médica que allí se impartía era completamente secular.

La Escuela de Salerno centró su interés en el empirismo y en la observación; además, constituyó una excepción ya que en ella la práctica de la medicina se mantuvo ligada a la cirugía, esta última estaba, en gran parte de Europa menos en Francia, en manos de los barberos y se le consideraba despectivamente.

La Escuela de Salerno revivió la tradición hipocrática, publicaron más de 50 trabajos originales dando origen a nueva literatura médica, desarrollaron avances en cirugía y, en ella se vislumbran los primeros atisbos de una vida universitaria. Gracias a los aportes de la Escuela de Salerno, se logró el establecimiento de una medicina empírica y experimental, a la vez, que se alcanzara la emancipación del dominio monástico y un carácter profesional hasta entonces nunca visto.

Salerno tuvo una gran influencia en la práctica y enseñanza de la medicina de Occidente, especialmente entre los siglos X- XIII. Finalmente, su importancia comenzó a declinar tras la emergencia de otras escuelas de medicina.

Medicina en el Renacimiento

Hasta finales del siglo XV, escasos fueron los avances teóricos en el conocimiento médico desde Galeno y aún reinaba, en todo su esplendor, la Teoría de los humores para explicar el origen de la enfermedad.

El hombre asume una nueva actitud frente al mundo que lo rodea, ya no sólo le interesa conocer la naturaleza sino que se siente capaz de dominarla. Con esta nueva visión, se inicia la aprehensión concreta del mundo y de la realidad.

Se comienza a vivir un periodo de grandes logros y avances, tanto en la adquisición de nuevos conocimiento como en el desarrollo técnico. Tras la invención de la imprenta, la difusión del saber fue mucho más fácil y, por fin, se tuvo acceso a obras clásicas y provenientes de otras culturas.

No obstante, este fue un momento histórico lleno de contradicciones. Por ejemplo, a pesar de los grandes avances logrados, la mayoría de las ciudades europeas no contaban con sistemas de higiene público lo que sumado al hacinamiento en que se vivía la población, tenía como consecuencia ciudades llenas de inmundicias y desechos que contribuían a propagar enfermedades. También, fue el periodo en que las ideas sobre la posesión demoníaca y la cacería de brujas se hicieron extensivas para los enfermos mentales.

En el plano de la medicina, los médicos comienzan a cuestionar el conocimiento precedente, a desligarse de los dogmas que durante tantos años establecieron los límites de su práctica y empezaron a pensar cuantitativa y racionalmente.

Uno de los precursores de esta nueva mentalidad fue Paracelso (1493- 1541). Se le considera como una figura de la Edad Media, sin embargo, dado que vivió los momentos finales de ésta, se vislumbran en él elementos renacentistas. La importancia de Paracelso reside en lo que intentó hacer más que en lo que hizo.

Paracelso era un inconformista que buscaba liberar a la medicina de las cadenas que, desde su perspectiva, significaba el antiguo saber. Para él, la medicina galénica era incapaz de dar respuestas a los fenómenos, ya que, no estaba basada en la experiencia. Es por ello, que se rebeló agresivamente contra los postulados de Galeno y Avicena, cuyos libros incluso quemó en público.

La idea de Paracelso era sustituir el conocimiento antiguo por uno basado exclusivamente en la experiencia personal del médico, sin embargo, él mismo traicionó este planteamiento y su doctrina se volvió cada vez más oscura y dogmática. Finalmente, hizo justamente lo que criticó con tanta vehemencia.

Según Ortiz Quesada (2001), con el italiano Nicolás de Cusa que propuso contar el pulso, medir la fiebre y pesar la orina, se inició la cuantificación en medicina; esto llevó a una clasificación y cuantificación de lo patológico, modificando la forma en que se concebía la enfermedad.

A partir de los siglos XIII y XIV, se permitió la práctica ocasional de disecciones de cadáveres humanos con fines médico- legales y de estudio. Esto contribuyó a dar un impulso significativo al desarrollo de la anatomía y la cirugía.

Una de las figuras más importantes del periodo fue Andrés Vesalio (1514-1564), quien es considerado como uno de los grandes anatomistas de la historia.

En el año 1533, Vesalio inició sus estudios de medicina en la Universidad de París. En el año 1537, cuando recién había egresado fue nombrado profesor de cirugía por el senado de Venecia, a la temprana edad de 23 años. Una de sus obligaciones, como profesor de cirugía, era la enseñanza de anatomía humana. Estas lecciones tuvieron un éxito sin precedentes, debido a tres factores principales:

- 1.-Poseía conocimientos directos de la materia, que ya eran considerables;
- 2.-Su práctica de realizar personalmente y sin ayuda de prosectores (personas que se encargaban de las disecciones, en los cursos de anatomía) todas las disecciones;
- 3.-Utilización de diagramas o esquemas para ilustrar distintos detalles anatómicos.

La obra principal y más conocida de Vesalio es "De Humani Corporis Fabrica". Se trata de un libro organizado en la forma

típicamente galénica, es decir, esta conformado por siete partes cada una de las cuales está dedicada a un área específica del cuerpo. Además, consta de 73 láminas ilustradas de una gran riqueza, tanto por los detalles anatómicos como por la belleza de los paisajes en que posan las figuras.

Sin lugar a dudas, antes de la publicación de "De Humani Corporis Fabrica", no existe ningún libro que tenga la relevancia que éste tuvo. Se trata de un libro importantísimo para la historia de la medicina, ya que, además de ser una contribución al conocimiento anatómico y de poseer ilustraciones únicas; por primera vez, se critica la anatomía galénica y se identifican en ella más de 200 errores. No obstante, esto no significa que la obra de Vesalio fuese perfecta, posee muchos errores sobre todo en las ilustraciones.

Sin embargo, a pesar de las equivocaciones de Vesalio, lo más importante y que hay que destacar, es que éste libro fue el primero en el cual, efectivamente, la observación de la realidad asume un rol preponderante en el conocimiento, incluso por sobre los textos clásicos.

El impulso que recibió el estudio de la anatomía con "De Humani Corporis Fabrica" de Vesalio fue definitivo e irreversible, pero además rebasó los límites de esa ciencia e influyó poderosamente en el desarrollo de otras ramas de la medicina, como la cirugía, la fisiología y la medicina interna.

En los siglos XVI y XVII, se produjeron largas y feroces guerras religiosas, en las cuales las armas de fuego comienzan a tener un papel fundamental. La utilización de este nuevo tipo de arma, resultó en una diversificación de las lesiones que sufrían los combatientes. En este escenario, la cirugía se vio en la obligación de buscar los medios necesarios para controlar el dolor, las hemorragias y las infecciones.

Prácticamente, el conocimiento en el área de cirugía no había avanzado y aún era básico, por lo cual, los procedimientos que se podían llevar a cabo eran, esencialmente, los mismos que se realizaban en la antigüedad. Por eso mismo, los instrumentos con que contaban los cirujanos para trabajar entre los siglos XII y XV, eran muy semejantes a los que habían usado los médicos hipocráticos del siglo V a.C.

En el siglo XIII, se creó la Escuela de San Cosme. Esta escuela buscaba subir el status de la cirugía y realizar la acreditación correspondiente a quienes quisieran ejercer. Recordemos que, desde el principio, los médicos clínicos contaban con una mejor situación que los cirujanos, los que en ocasiones eran mirados despectivamente y vistos como simples “carniceros”. Sin embargo, esta situación fue cambiando paulatinamente y los cirujanos comenzaron a tener éxito y un mayor prestigio social.

Un cirujano relevante fue Ambroise Paré (1517-1590). Éste fue para la cirugía lo que Vesalio para la anatomía. Su primer descubrimiento fue percatarse que las heridas de bala evolucionaban mejor si no se les aplicaba aceite hirviendo, procedimiento que era costumbre y que, supuestamente, neutralizaba la toxicidad de la pólvora. En 1549, hizo otro gran descubrimiento al ligar los vasos arteriales y venosos para evitar hemorragias en individuos con amputaciones, en vez de cauterizar el muñón como era habitual.

A fines del siglo XV, se propagó una misteriosa enfermedad en Europa, que fue bautizada como sífilis. El nombre Sífilis proviene de un poema de Girolamo Fracastoro (1483- 1553) aparecido en el año 1530.

Fracastoro, en su tratado “Del contagio, las enfermedades contagiosas y su curación”, desarrolló una serie de conceptos sobre el contagio de algunas enfermedades. Según Pérez Tamayo (1997), la

importancia de Fracastoro como precursor de la teoría infecciosa de la enfermedad, surge cuando se recuerda el hecho de que éste sólo contaba con sus observaciones clínicas y epidemiológicas para realizar sus planteamientos. El uso científico de los microscopios se encontraba a más de 200 años de distancia en el futuro.

Más allá de los descubrimientos y contribuciones que realizaron de Paré, Vesalio y Fracastoro al desarrollo de la medicina, la importancia fundamental y el motivo por el cual nos referimos a ellos, es que son claros exponentes del surgimiento de una nueva visión del mundo, de un nuevo espíritu y de una nueva medicina.

Otro personaje importantísimo de este periodo histórico, cuyo pensamiento es considerado como la base teórica del paradigma biomédico, el cual, actualmente domina la medicina occidental es Renato Descartes. A continuación realizaremos una pequeña reseña de los aspectos más fundamentales de su obra.

Descartes y el Racionalismo Moderno

Una parte importante de la historia intelectual de la psicología, ya sea, como empresa científica o como clínica, ha comprendido el intento de abarcar el problema de la relación cuerpo – mente.

Renato Descartes (1596- 1650), llamado el padre de la filosofía y del racionalismo moderno, hizo innumerables contribuciones al desarrollo de la ciencia moderna. Sin embargo, una de las que más se recuerda es, precisamente, la referente al dualismo mente- cuerpo, no porque el tema fuese nuevo (es posible rastrear la distinción filosófica de cuerpo y mente hasta la Antigua Grecia) sino por el tratamiento

conceptual novedoso ofrecido por este pensador (Ortiz Quezada, 2001; 77).

A pesar, de que a lo largo de la historia ha existido una amplia discusión filosófica acerca de la ruptura metafísica entre la mente y el cuerpo, el tema no aparece en la obra de Descartes hasta su libro *Meditaciones* (1641). Sin embargo, no es hasta su libro *De Homine*, que Descartes esboza y amplía sus postulados sobre el tema y nos entrega la primera explicación sistemática del interaccionismo mente- cuerpo.

Descartes creía que el conocimiento sólo podría lograrse a través del ejercicio exclusivo de la razón. Es por ello, que la ciencia debía abocarse a aquellos aspectos físicos del universo, es decir, a lo susceptible de ser medido y cuantificado; todo lo que escapa a esto es ámbito de la iglesia. Esta separación da cierta libertad a los científicos en su trabajo.

Debido a los avances que aportó la revolución científica, Descartes adoptó una visión geométrica y matemática de la realidad, esto contribuyó a convencerlo de que el cosmos, los seres vivos e incluso el cuerpo humano funcionaban de acuerdo a una concepción mecanicista. Es por ello, que elimina la noción clásica del alma como principio de vida y movimiento, estableciendo una distinción radical entre el alma y el cuerpo (Ortiz Quezada, 2001; 78).

El alma es puro pensamiento pero carece de extensión. Los cuerpos son extensos y se rigen por causas puramente mecánicas pero son incapaces por completo de pensar. Alma y cuerpo son dos sustancias de naturaleza totalmente distinta y se encuentran separados. No hay ya un alma vegetativa o sensitiva que posibilite y regule las funciones de los seres vivos y los dirija hacia un determinado fin, sino que son puros mecanismos cuyo funcionamiento es posible explicar

mediante leyes mecánicas. El alma es algo totalmente diverso: una mente pensante que no se rige por leyes mecánicas sino por leyes lógicas que están impresas en la mente en el momento del nacimiento.

El problema de la relación entre la mente y el cuerpo sólo surge en los seres humanos, ya que, según Descartes, la única evidencia de que algo tiene mente es la posesión de lenguaje, por lo que, ni los animales ni las máquinas serían poseedores de una mente.

Según Descartes, la interacción mente cuerpo se da en la glándula pineal. La elección de esta glándula se debe a que es el único órgano que no está duplicado bilateralmente y porque cree, erróneamente, que era exclusivo de los seres humanos.

Aún cuando Descartes señaló la influencia del cuerpo sobre el alma y viceversa, su dualismo radical le trajo muchísimos cuestionamientos (Ortiz Quezada, 2001; 85).

El dualismo sustancial de Descartes tiene importantes consecuencias:

1) Hace posible y afianza una explicación mecanicista del Cosmos, independiente por completo de la religión. La existencia de una regularidad mecánica en los fenómenos naturales hace posible su conocimiento científico.

2) Afirma la total libertad del pensamiento humano, ya que al ser la mente una sustancia totalmente distinta del cuerpo, no está sometida a las leyes mecánicas sino que es gobernada por leyes lógicas.

3) Se hace posible el estudio autónomo de la mente humana, ya que los fenómenos mentales no podían ser explicados como los fenómenos

físicos y la introspección es el único acceso posible a los contenidos de la conciencia.

Pero la separación radical entre mente y cuerpo que hacía posible la nueva ciencia introducía un problema de difícil solución: Si alma y cuerpo son dos sustancias enteramente distintas, ¿cómo las afecciones del cuerpo pueden producir las ideas de la mente y cómo las ideas de la mente pueden producir acciones del cuerpo? Esta problemática es lo que se conoce como el punto muerto cartesiano.

En el año 1649, época en la que Descartes parte a Estocolmo, envía a la imprenta el manuscrito de la última de sus grandes obras, *Les passions de l'ame*. Este texto representa la más importante contribución de este autor a la psicología. Además, de realizar un extenso análisis de las emociones primarias, contiene la explicación más profunda sobre el interaccionismo mente/cuerpo que se produciría específicamente en la glándula pineal. Como es bien sabido, Descartes elige la glándula pineal porque cree que este es el único órgano del cuerpo humano que no está duplicado bilateralmente y porque cree, erróneamente, que era exclusivo de los seres humanos.

A partir de los postulados de Descartes, el problema de la relación entre la mente y el cuerpo es cada vez más apremiante para los pensadores de esa época, por lo cual, es difícil encontrar textos que no se refieran al tema hasta aproximadamente el año 1860. Es por esto, que algunos autores plantean que la filosofía del siglo XVII no es más que una reacción a los postulados de Renato Descartes (Wozniak, 1992).

La trascendencia de Descartes y su teoría en el desarrollo de la medicina son innegables. El mecanicismo que proclamó, sirvió para desterrar las antiguas concepciones que dominaban la biología y la

medicina; por fin las explicaciones metafísicas, mágicas, religiosas, sobrenaturales y subjetivas de la salud – enfermedad eran dejadas de lado.

El concepto de salud – enfermedad en el modelo cartesiano, concibe el cuerpo como un ente totalmente separado de la mente y por ende estudia y trata de manera separada ambas dimensiones.

Tal como señalamos anteriormente, con Descartes el cuerpo es concebido como una maquina en movimiento. Por consecuencia, “la enfermedad se hace avería, desarreglo, obstrucción, siempre una negatividad con respecto a las exigencias del funcionamiento de la máquina humana, la visión mecanicista convirtiéndose en la piedra angular del nuevo conocimiento médico” (Kottow, Bustos, 2005; 162).

Medicina en la Época Moderna: Ilustración y Positivismo

A partir del Siglo XVII, o mejor dicho desde el Discurso del Método de Descartes (1637) y Los Principios de Newton (1687), se inaugura un nuevo periodo que será consagrado, siguiendo a Babini (2000), como el siglo de la revolución científica, ya que, surgen nuevas concepciones respecto al pensamiento y a la ciencia, se asienta el método experimental y se incorporan instrumentos a la investigación científica.

Con el triunfo e imposición de la mecánica newtoniana entre los siglos XVII y XIX, la física quedó establecida como el prototipo de lo que consideraba una ciencia modelo. Esto contribuyó a la creencia de que cuánto más cerca llegasen los científicos en la imitación de los métodos y los conceptos de la física, tanta más categoría tendrían ante la

comunidad científica. Esta creencia se mantiene, en buena medida, vigente hasta nuestros días.

A partir del 1800, se introducen nuevos criterios que llevan a desarrollar investigaciones que cuentan con programas claramente organizados y objetivos precisos, que utilizan recursos importados de la matemática, la física y la química; finalmente, se institucionalizan los centros de investigación (en la Universidad Reformada de Berlín, el Colegio de Francia, etc.).

La importancia del siglo llamado de la revolución científica es que en él, se produce el cambio de orientación quizás más importante en la historia de la ciencia: los estudiosos empiezan a preguntarse cómo ocurren las cosas. El "nuevo método" nace de una nueva actitud frente a la ciencia, que tiene como consecuencia el investigar la naturaleza con los propios sentidos y expresar lo observado de una manera científica, es decir, en un lenguaje matemático exacto. La importancia del razonamiento especulativo decaía cada vez más, perdiendo terreno frente a la experimentación y al método hipotético-deductivo, científico por excelencia. La interpretación y estudio de los fenómenos desde una óptica mecanicista, acompañada de una base matemática, se impuso.

Los siglos XVIII y XIX están llenos de cambios a nivel mundial. Es la época de la Industrialización, en cuyo seno se produjo la transición de la economía agrícola a la economía de producción que se basaría en los avances tecnológicos que paulatinamente irán sucediéndose como, por ejemplo, el barco a vapor.

Por otra parte, la razón se consolida como el motor fundamental del desarrollo y de una nueva concepción del mundo. Este periodo histórico se denomina Ilustración y en él, el énfasis estuvo puesto en el conocimiento y dominio de la naturaleza por parte del hombre. Se

elaboraron grandes modelos del mundo que buscaban transformarlo, estos modelos son lo que conocemos como ideologías (marxismo, liberalismo, positivismo y socialismo) y, a partir de ellas, se dio inicio a lo que se conoce como el ciclo de las grandes revoluciones que comenzó con la independencia de los Estados Unidos (1776) y culmina con la revolución bolchevique (1917).

En el mismo periodo se desarrolla una corriente de pensamiento denominada positivismo. El positivismo es una escuela filosófica que deriva del empirismo, cuyo principal exponente y precursor fue Augusto Comte (1789- 1857). Tomando como base la tesis del empirismo de que la fuente del conocimiento es la percepción sensorial, el positivismo amplía la validez de la percepción utilizando registros y medidas instrumentales que tienen como objetivo establecer relaciones causa-efecto que permitan desarrollar leyes científicas y eliminar del conocimiento la metafísica.

En la Figura de Claude Bernard se sintetiza la posición del positivismo triunfante, contemporáneo del resonante triunfo de la teoría evolucionista. Bernard, es una figura importantísima en el desarrollo de un nuevo pensamiento médico que sentará la base de la medicina propiamente moderna.

La medicina alcanzará la dimensión de una ciencia positiva, “separando la enfermedad de la metafísica a la cual estaba ligada por siglos” (Bustos, 1998; 74). La enfermedad es vista como un proceso natural corporal, en esta perspectiva, la vida y la muerte ya no dependen de las divinidades y la medicina se vuelca al laboratorio en busca de respuestas. Comienza la especialización.

A principios del Siglo XIX, por primera vez, la medicina localizaba la enfermedad en el espacio concreto del cuerpo, se dejaba atrás el

pensamiento abstracto y se daba paso al conocimiento a través de los sentidos.

La medicina científica moderna se basa en el modelo biomédico, que emplea un enfoque fragmentado de la cuestión salud-enfermedad: el cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño de la máquina y el médico el llamado a reparar el daño. Esta concepción deja fuera los aspectos relativos a la humanidad del paciente y la capacidad de tratar el fenómeno de la curación.

En el año 1765, se crea en Estados Unidos la primera escuela de medicina en el estado de Pensilvania. Dos años después, en 1767, se funda la que sería la segunda escuela de medicina norteamericana en la ciudad de Nueva York.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, se establece de manera definitiva lo que denominamos como “medicina científica”. Esta nueva corriente de pensamiento y práctica médica se convirtió paulatinamente en la principal, dejando cada vez más marginadas a muchas de las otras medicinas que hasta ese momento se ejercían en el mundo occidental.

Una de las figuras más importantes de la época fue Rudolf Virchow (1821- 1902), quien formuló la Teoría de general de la patología celular. Según Pérez Tamayo (1997), esta teoría constituyó una de las generalizaciones más importantes y fecundas de la medicina, ya que, ni el más fuerte opositor de la medicina científica pudo rechazar esta teoría tan fácilmente demostrable en el laboratorio.

La teoría de Virchow de la patología celular tiene una base muy simple: las células constituyen la unidad más básica del organismo y presentan las propiedades características de la vida misma, en este sentido, las células son las unidades más pequeñas capaces de

sobrevivir aisladas cuando las condiciones del medio ambiente son favorables. Por lo tanto, si la enfermedad es la vida en condiciones anormales, el sitio de la enfermedad debe ser la célula.

La importancia de esta teoría es fundamental para el desarrollo y consolidación del carácter científico que adopta la medicina occidental. Primero, estableció la unidad básica que conforma cualquier organismo biológico; segundo, a través del uso generalizado del microscopio, el cual mejoraba cada vez más su óptica y su mecánica, se logró un diagnóstico histológico irrefutable y comprobable, lo que satisface los criterios científicos que se pretendían imponer.

Desde la perspectiva de Foucault, “El conocimiento de las enfermedades es la brújula del médico; el éxito de la curación depende de un exacto conocimiento de la enfermedad” (Foucault, 1966; 24). Es por ello, que con el fin de hacer posible el aprendizaje y la recordación de cada una de las formas adoptadas por las enfermedades es que, antes de ser tomada en el espesor del cuerpo, deben recibir una organización jerarquizada que las agrupa en familias, géneros y especies. (Foucault, 1966; 18).

En este punto, la ciencia médica comenzó a definirse en términos, casi exclusivamente, biológicos. Esta tendencia se vio reforzada por el éxito obtenido en el tratamiento de las enfermedades, tras la aparición de la Teoría Bacteriológica.

En los albores del 1900, comienzan a percibirse los gigantescos efectos que tendría la llamada “era bacteriológica” sobre la medicina. A partir de los descubrimientos bacteriológicos se inaugura una nueva era en la comprensión de la causa etiológica de un gran número de enfermedades. Se reforzó la idea de que la enfermedad era una entidad

independiente y que las epidemias obedecen a infecciones, relegando a un plano secundario las condiciones de higiene y la pobreza.

La medicina en el Siglo XX, está llena de descubrimientos, que como ya decíamos comenzaron siglos atrás. La importancia y magnitud de éstos escapa de la finalidad de esta tesis, sin embargo, con fines ilustrativos a continuación mencionaremos algunos de ellos: Las antitoxinas (1891), los Rayos X (1895), la radiactividad (1896), los reflejos condicionados (1897), la teoría neuronal (1906), la penicilina (1928), el ADN (1962), etc.

A principios del siglo XX, el positivismo entra en crisis. La idea de progreso indefinido termina al iniciarse la primera guerra mundial.

A partir de la década del 30' aproximadamente y hasta nuestros días, la medicina se encuentra bajo la influencia de una concepción natural de la enfermedad. La enfermedad es vista como una entidad independiente del cuerpo, como un fenómeno natural, que puede ser estudiado de manera objetiva a través de mediciones y cuantificaciones. Esta idea produjo un desarrollo nunca antes visto de la investigación médica que buscaba generar medidas terapéuticas para las patologías. La progresiva y cada vez más numerosa aparición de drogas capaces de controlar la sintomatología e incluso prevenir la aparición de una enfermedad, fomentó y reforzó el concepto natural de la enfermedad y, por ende, el paradigma biomédico.

IV.- El Paradigma Biomédico

Habitualmente, escuchamos frases como “la cultura occidental se ha visto bajo la influencia de distintos paradigmas a lo largo de los siglos”, pero ¿Qué debemos entender por paradigma?.

Una forma simple de entender el concepto de paradigma es como un conjunto de ideas rectoras que modelan y guían a los individuos y a la sociedad. Estas ideas derivan de la cosmovisión dominante, por lo tanto, corresponden a un momento histórico, económico y social específico. En este contexto, “los paradigmas son representaciones de una visión social determinada” (Ortiz Quezada, 2001; 20).

Para Thomas Kuhn, un paradigma científico es un “conjunto de ideas que durante un tiempo proveen de problemas y soluciones a una determinada comunidad científica” (Kuhn, 1971; 19). En este sentido, el paradigma científico entrega la posibilidad de comprender una porción de la realidad que es parte del objeto de estudio de la ciencia, sin embargo, al mismo tiempo limita la percepción y la cognición, ya que impide la comprensión de todo aquello que se encuentra fuera de los límites que el mismo paradigma ha establecido.

El paradigma se cristaliza en un cuerpo organizado de conocimientos, el cual se trasmite dentro de la comunidad científica, a través de maestros o de textos de estudio. Esto permite que el paradigma se alimente, reafirme, consolide y se mantenga vigente dentro de dicha comunidad científica.

En cada época conviven una serie de paradigmas que luchan por convertirse en la forma de interpretar la realidad. Generalmente, uno de ellos logra imponerse y se convierte en el paradigma dominante, sin

embargo, los otros no desaparecen sino que se mantienen en lo que podríamos llamar la periferia.

Es así, que en cada cultura se privilegiará cierto número de representaciones en detrimento de otras, estas últimas tienen un carácter marginal respecto a las primeras. Cada sociedad, cada época, mantendrá una representación dominante que considera como la causa por excelencia de la enfermedad (Laplantine, 1999; 44). De esta manera, es que cada elaboración de una representación (docta o popular) de la enfermedad es el resultado de una elección, a la vez, cultural e individual, lógica y afectiva.

Las interpretaciones que entregan los paradigmas abarcan diferentes ámbitos de la realidad e incluyen modos o perspectivas particulares de entender la salud y la enfermedad. En este punto, es posible señalar que en cada momento de la historia, es posible encontrar una definición peculiar (y dominante) de las formas en que se debe ejercer la medicina. Es decir, “las creencias y los comportamientos médicos son, al igual que cualquier otra serie de creencias y comportamientos, una consecuencia de los valores culturales dominantes en una sociedad particular” (Coe, 1973; 190). Así pues, es posible afirmar que gran parte de la forma y contenido que encontramos en los sistemas de creencias y en las prácticas médicas, son producto de la cultura que posee cada grupo social.

A continuación, presentamos un cuadro que muestra los distintos periodos históricos, el paradigma dominante y sus correspondientes concepciones de la salud y enfermedad.

Periodo Histórico	Cosmovisión	Concepto Salud	Concepto Enfermedad	Paradigma Médico
Sociedades Primitivas	Cosmocéntrica	Salud como estado natural	Teoría del Cuerpo Extraño	Modelo Mágico- Religioso (Basado en fenómenos sobrenaturales)
Grecia	Cosmocéntrica	Salud como estado natural	Origen divino	Modelo Mágico- Religioso (Basado en fenómenos sobrenaturales)
		Salud como equilibrio de los humores	Desequilibrio de los Humores (Teoría de los Humores)	Modelo Mágico- Religioso (Basado en fenómenos naturales)
Edad Media	Teocéntrica	Como una manifestación de la gracia divina	Castigo por pecados o faltas cometidas	Modelo Mágico- Religioso (Basado en premios y castigos divinos)
Edad Moderna	Antropocentrismo	Cuerpo como una máquina en funcionamiento	Desperfectos en la máquina, mal funcionamiento	Modelo Mecanicista (separación cuerpo- mente)
Edad Contemporánea	Científica	Salud como normalidad	-Concepto natural de la enfermedad (causa agentes patógenos)	Modelo Biomédico (Basado en la Biología Molecular)
		Salud-enfermedad como proceso y fenómeno social		Modelo Medicina Social
		Salud enfermedad como proceso dinámico y multivariado		Modelo Biopsicosocial
		Determinada por una multiplicidad de factores, integra elementos cualitativos	Causada por múltiples factores de efectos patógenos, integra complejidad contextual	

Según Coe (1973), las creencias y prácticas médicas son, una consecuencia de los valores culturales dominantes en una sociedad particular y en un momento histórico determinado. Es decir, cada cultura dicta una parte importante de la forma y contenido que tendrá el sistema de creencias y prácticas médicas del grupo social.

La medicina científica moderna tiene como fundamento el paradigma biomédico. Según Stagnaro (2002), podemos atribuir a los teóricos de la Escuela de Heidelberg la denominación de “biomédico” o “científico- natural” al paradigma médico dominante actualmente. La idea era resaltar la tendencia de este paradigma al reduccionismo biológico del concepto de enfermedad y, por consecuencia, de la exclusión de la dimensión subjetiva, historicidad y el entorno sociocultural.

Como se señaló anteriormente, Descartes contribuyó de manera fundamental a la actual concepción médica moderna al separar el cuerpo y alma, postura que trajo como consecuencia coherente el reduccionismo de la salud y la enfermedad a los aspectos corporales de la experiencia humana (Junge, 2003). A partir de Descartes, “el cuerpo ya no puede pensarse como un lugar de fuerzas en equilibrio, sino que como una máquina en movimiento” (Kottow, Bustos, 2005; 162). Esta visión reduccionista y mecanicista del cuerpo humano, transforma a la enfermedad en una entidad neutral y objetiva, la cual es factible de ser analizada y tratada a través de un tratamiento médico de idénticas características, lo que excluye cualquier consideración de los aspectos subjetivos.

Sin embargo, es con el inicio de la llamada “era bacteriológica” que comienza un proceso de cambio radical que sienta las bases para la medicina moderna. Por ejemplo, gracias a los descubrimientos de Louis Pasteur, la teoría de la generación espontánea queda obsoleta y se

consolida la idea de que cada ser vivo proviene de otro; las investigaciones bacteriológicas señalan que las epidemias son causadas por infecciones y todos los demás factores que intervienen en su aparición no son más que meros condicionantes. En parte esto significó un gran retroceso, ya que se perdió una parte importante del terreno ganado por la salud pública y el estudio relacional de la enfermedad y determinados fenómenos sociales, tales como la pobreza.

A partir de este periodo, y como consecuencia de los grandes descubrimientos e investigaciones realizadas en las distintas ciencias, los que fueron importados a la medicina, se da lugar a una verdadera explosión de nuevos conocimientos en el área. Esto dio un extraordinario empuje y potencia al paradigma biomédico.

A principios de 1930, la medicina ya había adoptado el concepto natural de la enfermedad. Esto produjo un desarrollo nunca antes visto de investigaciones que buscaban encontrar remedios que trataran la sintomatología de una enfermedad e incluso que la previnieran. En este contexto, surgió una gran industria farmacéutica cuyo poder económico se centró en el desarrollo de investigación cuyo fin era la creación de una cantidad indeterminada de drogas.

La aparición de las drogas como tratamiento, más allá de su indudable efectividad en gran parte de las patologías, condujo a un éxito sin precedentes de la labor médica y una reafirmación de la perspectiva biomédica.

El desarrollo de la medicina durante los siglos XIX y XX, contribuyó a reforzar este concepto natural de la enfermedad y terminó por concebir el fenómeno como un problema que tiene una sola causa, es decir “una enfermedad-una causa”. Esto condujo a una medicina

centrada en el estudio de la enfermedad y una práctica focalizada en la atención secundaria o en el sujeto ya enfermo.

Si aceptamos el planteamiento del paradigma biomédico de que la enfermedad es producida por una entidad definida e independiente del sujeto que la padecerá, y que es monocausal, existen dos problemas sin resolver.

1.- Si es monocausal, entonces la sola presencia de este agente en un grupo determinado de personas haría que la enfermedad se expresara en todos los individuos, sin embargo, eso no es así.

2.- Al expresarse las entidades patógenas no siempre lo hacen en la misma forma, es decir, es difícil prever cuál será la sintomatología que presentará. Por ejemplo, el sarampión que hoy vemos difiere bastante del que se veía hace 50 años.

La biomedicina le asigna a la enfermedad una presencia ontológica per se, parece que se les olvida que muchas de ellas no son más que construcciones que se basan en un conjunto de situaciones (o si se quiere sintomatologías) que parecen ser más recurrentes que otras.

La incapacidad del paradigma biomédico de explicar esta variabilidad, tiene como consecuencia la necesidad de buscar otros elementos que puedan entregar luces sobre este hecho, surge el interés de indagar otros factores que intervienen en el fenómeno de la enfermedad, tales como los culturales, sociales e históricos que el paradigma biomédico se ha empeñado en excluir.

Según Junge (2003), el paradigma biomédico se expresa en su forma de mirar la realidad, la salud y la enfermedad, en su forma de

relacionarse con otros paradigmas distintos y en su forma de reducir la experiencia humana a aquellos aspectos físicos, objetivos y cuantificables.

Algunos de los efectos del modelo biomédico más importantes son:

1. Dado que paulatinamente se adquirió la capacidad de entender y actuar sobre la parte biológica de las enfermedades, se consolidó una perspectiva que privilegió la dimensión biológica en detrimento de toda otra aproximación.
2. Al definirse la enfermedad por sus causas y mecanismos bioorgánicos y al llevarse esta postura hasta el extremo de lo molecular, el dato cuantitativo excluyó al individuo hasta desaparecerlo.
3. La relación médico- paciente se transformó bajo la concepción de que lo importante era centrarse en corregir o arreglar la alteración biológica. Se pierde la relación médico- paciente como instrumento terapéutico por excelencia.
4. Deshumanización de la práctica médica.
5. La concepción natural de la enfermedad, es decir, la enfermedad explicada en sus causas y desarrollos sólo a partir de lo orgánico, despoja al fenómeno de su entorno socio- cultural e historicidad. La consecuencia de esto es que el acto médico pasa a ser un acto técnico y no un acto social.

Queremos detenernos un momento en los efectos del paradigma biomédico, principalmente, en lo referido a la relación médico- paciente y en la deshumanización de la práctica médica.

Habitualmente, escuchamos hablar en los medios de comunicación de la crisis que vive el sistema de salud en nuestro país. Uno de los argumentos que más se repite dice relación con el nivel de satisfacción

de los pacientes frente a la atención médica y al sistema de salud nacional. Sin embargo, hasta el año 2006 no se habían realizado estudios en nuestro país que profundizaran sobre este tema.

Al plantearnos esta tesis, partimos diciendo que existía un grado de insatisfacción en la población con el modelo de medicina predominante en nuestro país, así como con el sistema de salud que se ha implementado a partir de sus postulados. Parte de esta insatisfacción, sería consecuencia de que los médicos no entregan una atención de salud integral, ya que se focalizan sólo en lo físico; lo que produce una relación médico- paciente distante y fría. Todo esto, a su vez, creemos deriva del tipo de formación que reciben en las escuelas de medicina, formación basada en el paradigma biomédico.

El Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto de Salud realizado por el Ministerio de Salud en el año 2006, corresponde a la aplicación en nuestro país de la Encuesta Mundial de Salud de la OMS, cuyo objetivo era medir el grado de satisfacción con el sistema de salud y el gasto en salud de la población nacional urbana adulta (18 o más años de edad); además, se buscaba conocer qué aspectos de la atención de salud son más importantes para la población.

Una de las conclusiones más relevantes de este estudio es que se determinó que la valoración social de los sistemas de salud no depende sólo del cumplimiento de los objetivos en la protección y mejora del nivel de salud de las personas y de sus familias, sino que también depende de aspectos no médicos de la atención, como son la justicia financiera, el “buen trato”, el respeto de la dignidad de los usuarios, la entrega de un servicio de calidad, etc.

Otros resultados relevantes son:

- El 11% dice estar insatisfecho con la calidad del servicio en general, uno de cada 5 está descontento con la ubicación y acceso de las oficinas y un 16,2% con la Disponibilidad y Claridad de la información que se le entrega.
- No hay diferencias de género en la satisfacción con el sistema de salud, tampoco por edad, nivel educacional, ni por nivel socioeconómico.
- Los aspectos relacionados con el respeto a los derechos básicos y la dignidad de los usuarios (trato respetuoso, confidencialidad de la información, privacidad, participación en las decisiones de salud, comunicación con el personal de la salud) para alrededor de dos tercios de la población estos aspectos son muy importantes.
- Los conocimientos y la adecuación de las indicaciones del profesional de la salud son evaluadas positivamente por casi la totalidad de la población, por un 85% y un 88%, respectivamente.
- El trato otorgado es el aspecto más sensible de la evaluación.
- Las mujeres son algo más exigentes con la evaluación de la atención, ya que tienen una proporción levemente más baja de satisfechas o muy satisfechas. Lo mismo ocurre con las personas de edad intermedia, entre 25 y 44 años, en comparación con los adultos mayores.

Otro estudio realizado por Riveros (2004), llamado “Estudio de satisfacción en servicios públicos de salud: caso de un hospital del sur de Chile”, buscaba determinar los aspectos más relevantes de la atención de salud.

El análisis llevado a cabo, fue aplicado a distintos aspectos de la gestión y del servicio que presta un hospital del sur de Chile, obteniendo los aspectos más relevantes para explicar el grado de satisfacción de

los usuarios y pacientes de dicho hospital. En relación con los aspectos de gestión y orientación hacia la satisfacción de las necesidades de salud de los usuarios, se señala que el trato otorgado por el personal del establecimiento hospitalario es el que mayor incide en este aspecto. Un segundo factor que los usuarios consideran importante es la orientación del establecimiento – en cuanto a su funcionamiento, capacidades y habilidades del personal médico - y en tercer lugar, aspectos relativos al ofrecimiento de información al usuario y a la coordinación entre los servicios internos.

A partir de estos primeros estudios, podemos determinar la importancia que tiene para la población los elementos “no médicos” en la atención de salud. También, nos muestra que el grado de insatisfacción de los usuarios no tienen relación con el conocimiento técnico que tiene el médico ni con el tratamiento que se indica para una determinada patología (estos aspectos son bien evaluados), sino que con elementos tales como la comunicación médico- paciente, el trato respetuoso y la entrega de información.

Tomando como base los resultados obtenidos, podemos decir que se reafirma nuestra postura respecto a que el modelo biomédico no es capaz de entregar una atención en salud integral, ni permite que la interacción médico- paciente sea una experiencia satisfactoria, debido a que se focaliza en la patología y, por lo tanto, excluye al individuo y todo elemento psicosociocultural involucrado en el proceso salud-enfermedad.

No obstante, las numerosas críticas que han surgido respecto al paradigma biomédico, actualmente, aún tiene una influencia sin precedentes en la medicina. Esto, sin embargo, no ha impedido el surgimiento de sectores, incluso dentro de la misma medicina, que reconocen las limitaciones de este paradigma; que han comenzado a

cuestionarse el costo (a todo nivel) que ha tenido esta medicina de exacerbada "cientificidad".

Otro elemento que, desde nuestra perspectiva, ha jugado a favor del surgimiento de estas críticas ha sido el traspié que ha significado para la perspectiva biomédica siempre triunfante, el surgimiento de enfermedades que no han podido ser vencidas ni contenidas, como el SIDA y el cáncer.

Como se señaló, la perspectiva biomédica ha sido reforzada con los avances en anatomía, fisiología y bioquímica, lo que ha establecido el énfasis exclusivamente científico y biofísico en el análisis y estudio de la etiología y tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, la Antropología, y posteriormente la bioética, han planteado la necesidad de rescatar la subjetividad del individuo social- histórico y reconocer que los procesos de salud- enfermedad y las respuestas que los individuos tienen sobre dichos procesos, son construcciones sociales, culturales e históricas (Belloc, Dupuy, Pérez, Guibelalde y O.A Belloc, 2001).

Las críticas han conducido, básicamente en las últimas décadas del siglo XX, a la aparición de diversas corrientes críticas. Bajo el alero de la misma medicina, surgió una de las disciplinas que mayor vigor y aceptación ha tenido: la bioética.

V.- Breve Aproximación a la Bioética

A.-El Origen de la Bioética

El mayor desarrollo del movimiento bioético ha ocurrido en las últimas décadas del siglo pasado. Sin embargo, la tradición de la ética médica es una tradición muy antigua y es difícil no remontarse a la Grecia antigua y vislumbrar en el Juramento de Hipócrates un precedente de sus temas.

Hipócrates (S. V a.C.), considerado como el primer médico, desarrolló el Juramento Hipocrático. Se trata de un documento que forma parte del Corpus Hippocraticum, una colección de escritos médicos de diversas épocas y escuelas que se recopiló en el siglo III a.C. por la biblioteca de Alejandría y que fueron editados de manera íntegra (54 textos en total) en el siglo XIX por Littré (Mainetti, 2000; 27).

Hipócrates estableció en dicho juramento, una proclamación en la cual los médicos adherían a una serie de principios tales como: respetar y sólo hacer bien al paciente, evitar daños, tratar a todos los enfermos de la mejor manera posible, abstenerse de corrupción y mantener la confidencialidad, entre otros.

La ética hipocrática primitiva o clásica entrega reglas de conducta médica que se ajustan a una moral de la eficacia en el oficio, lo que acrecentaba y afianzaba la fama del médico (Mainetti, 2000; 24).

En el año 1947, fue proclamado el Código de Nuremberg. Se trata de un conjunto de criterios que establecen la forma en que serán juzgados médicos y científicos que hubiesen abusado de sujetos humanos en la experimentación biomédica. Este código fue desarrollado

una vez que se conocen, en el juicio de Nuremberg, las atrocidades cometidas en contra de los prisioneros de guerra en la Segunda Guerra Mundial.

La Declaración de Helsinki (1964), formulada por la Asociación Médica Mundial reconoce que no todo lo técnicamente posible es moralmente aceptable y que se ha de actuar siempre respetando la dignidad humana.

El 18 de Abril del año 1979, se dio a conocer en Estados Unidos de Norteamérica, el llamado Informe Belmont. Se trata de un escrito realizado por la Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. En dicho informe, se tratan temas relativos a los límites de la ciencia y la medicina, y al establecimiento de principios o códigos que sirven como guías en el trabajo de los investigadores. Los principios contenidos en él sentarán las bases de lo que serían las futuras deliberaciones bioéticas.

Al consultar libros de bioética es muy común encontrarnos que se ubica su nacimiento en los Estados Unidos de Norteamérica en la década de los setenta. Esto es consecuencia de que es en ese país donde comienzan a utilizarse nuevas técnicas que plantean un dilema ético de proporciones nunca antes vistas (Byk, 1997).

La introducción de nuevas tecnologías como, por ejemplo, los respiradores artificiales en los tratamientos de pacientes graves, condujo inevitablemente a tener que tomar la decisión, de separar a un paciente de este medio artificial de sobrevivencia, cuando su estado no mostraba ningún tipo de mejoría. Esta decisión es externa a la decisión de los familiares o a la relación del médico con el paciente, ya que, dependería netamente de factores relacionados con la práctica clínica. Por lo tanto, son los médicos los que van a tener que reflexionar para

dar un nuevo sentido a lo que son preceptos morales que no se ajustan fácilmente a los nuevos escenarios de la práctica médica.

B.-¿Qué es la Bioética?

Es la parte de la ética que estudia la corrección e incorrección de las acciones que se llevan a cabo en el campo de la Medicina. Su principal área de estudio, aunque no la única, es la ética médica.

Dado que la Medicina, normalmente implica la intervención técnica sobre el cuerpo humano, se postula que toda intervención debe ser enmarcada dentro de límites previamente establecidos, los cuales señalarán los fines y las acciones que deben perseguirse y realizarse al actuar sobre él.

Existen otras visiones sobre qué es la bioética. Algunos la conciben como el mecanismo para resolver los conflictos de intereses que surgen en la interacción médico – paciente, en un entorno determinado. Es así como, el objetivo del médico sería ganar dinero o prestigio a través de su práctica médica; el del paciente, es curarse u obtener algún tratamiento que sea considerado beneficioso para él; y el del hospital, maximizar el beneficio del negocio.

La bioética, mediante técnicas como las de la "teoría de la decisión"¹ (así denominan el compaginar deseos contrapuestos), intentaría satisfacer las pretensiones de todos los que se ven implicados en la atención biomédica.

Sin embargo, la pretensión de satisfacer a todos es prácticamente imposible cuando los deseos de las partes no coinciden. Por ejemplo, es

¹ La teoría de la Decisión es el estudio formal sobre la toma de decisiones. Se utilizan, generalmente, la lógica y la estadística en sus estudios. <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040924151253.html>

poco probable que se llegue a un acuerdo entre los individuos que apoyan y los que están en contra del aborto. Este entendimiento de la bioética como una forma de resolución política de conflictos entre distintos sujetos es inviable.

Otros, consideran que la bioética debe ser interpretada como el arte de lograr el consenso social sobre lo que se puede y no se puede hacer en la atención médica. Sin embargo, es frecuente que dicho acuerdo, que supuestamente sería el resultado de la discusión social, termina siendo la imposición de la ley del más fuerte, que en este caso, sería el médico.

Podríamos decir, que la bioética es un intento de definir los fundamentos sobre los cuales sea posible sustentar los juicios éticos. Se supone que no es posible realizar afirmaciones morales sin que éstas sean apoyadas o justificadas desde unas bases racionales mínimas. Es por ello, que el trabajo de documentación y la búsqueda bibliográfica así como la reflexión, son esenciales para ello.

La bioética como disciplina se ha basado históricamente en el modelo normativo de los principios. El principialismo es una corriente filosófica racional, deductiva que le da un lugar central a cuatro principios a la hora de deliberar y justificar moralmente una acción (Mainetti, 2000; 156).

Una de las aportaciones más importantes del principialismo ha sido el establecimiento de los cuatro grandes principios de la bioética, lo cuales han sido validados internacionalmente, estos son:

1.- No maleficencia: Es un deber de no infligir daño a otros y realizar bien el propio trabajo, según buenas prácticas.

2.- Justicia: Reconocimiento de la igualdad de los seres humanos e imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios, evitando la discriminación, segregación o marginación de los seres humanos.

3.- Autonomía: El derecho a decidir y respeto a las convicciones, opciones o elecciones de vida de cada individuo.

4.- Beneficencia: Obligación de promover el bien de los demás siguiendo su propio criterio de bien.

Estos principios, punto de partida y verdadero nexo común de toda formulación ética, se han convertido en el santo y seña de bioeticistas.

Si bien son ampliamente reconocidos los logros y alcances del principalismo en la bioética, desde hace varios años se le ha criticado fuertemente. Las críticas centrales son al racionalismo principialista, ya que, se le considera como una verdadera “ingeniería de la moral” que no da cuenta de las posiciones éticas inconmensurables que hay dentro de sociedades pluralistas y multiculturales como las que encontramos hoy en día.

C.- Bioética y Medicina

La Bioética no es sencillamente «Ética» y, definitivamente, sobrepasa la interpretación que a veces se le da, en términos que se le asocia con el simple hecho de llevar la ética al campo de la medicina. Fundamentalmente, porque hay que recalcar que hay muchas cuestiones que ocupan a la Bioética, que no pertenecen al campo de la Medicina.

Algunas veces la bioética, se ocupa de cuestiones que son estrictamente políticas (por ejemplo, las que tienen que ver con la

planificación y el control de la natalidad) o ecológicas (por ejemplo, las que tienen que ver con la destrucción masiva de las especies vivientes en la biosfera) o biológicas (por ejemplo, la cuestión de la clonación).

A pesar de esto, no se puede negar que la bioética sigue asentándose en nuestra sociedad de la mano sobre todo de la medicina. Sin embargo, es casi imposible no preguntarse ¿qué puede aportar esta disciplina a una ciencia que dispone de una tradición ética tan arraigada como es el legado de Hipócrates?.

Podemos señalar, que la bioética se afianzó tras la afirmación de la autonomía del individuo frente al tradicional paternalismo médico. La relación médico-paciente deja de ser autoritaria, ya que, es cada vez más frecuente que las decisiones se tomen de manera conjunta, sin imposiciones. Como consecuencia de esto, surgirán las cartas de derechos de los enfermos, los comités éticos asistenciales o las comisiones nacionales asesoras en temas de bioética.

Dado que, la bioética también busca métodos que ayuden a los profesionales a tomar decisiones éticas o resolver problemas causados por conflictos de valores, es que en muchos casos la fundamentación y metodología se centran y se aplican a cuestiones concretas, casos que son consecuencia, en muchas oportunidades, de los avances científicos- técnicos actuales. Es por esto, que puede decirse que la bioética estará allí, donde surja cualquier tipo de problema en torno a los avances científicos, que de forma directa o indirecta afecten, en cualquier ámbito al ser humano.

Es por esto, que para muchos, ante la pregunta ¿qué es la Bioética? deberíamos responder, basándonos en el quehacer empírico de esta disciplina: «Bioética es la disciplina que se ocupa de cuestiones similares a estas: eutanasia pasiva, eutanasia como suicidio asistido,

aborto por fetos malformados, clonaciones de individuos humanos, eugenesia, transplantes de cerebros o de órganos, bancos de gametos, siameses inseparables, aborto con embriones múltiples...». (García, 2000)

Sin embargo, la rápida y masiva recepción que ha tenido la bioética en las ciencias de la salud se debe, tal como lo señala Lolás (2002), a algunos procesos sociales sin precedentes en la historia de la humanidad.

Según Lolás (2002), el desarrollo del sistema tecnocientífico cada vez más profesionalizado y autónomo ha traído como consecuencia que las sociedades se vean obligadas a “tener confianza ciega” en la forma de resolver los conflictos y dilemas que adoptan los expertos. Estos individuos que, poseedores de un conocimiento formal, hablan en nombre de la sociedad y realizan funciones relevantes en ella. Los médicos se convierten en una élite, poseedora del conocimiento y prestigio que ninguna otra ciencia ha poseído.

A lo anterior, hay que agregar la compleja unión “técnica-médica-industrial”. La cual gracias a la explotación de los avances en el área de la salud, se ha convertido, paulatinamente, en una fuerza económica muy poderosa. El avance técnico y científico se ha convertido en una fuente de poder, que sutilmente maneja las expectativas de un sinnúmero de individuos que se encuentran cada vez más embelesados por la saga de triunfos que ha tenido la ciencia en su lucha en contra de las enfermedades.

En este contexto, deberíamos estar de acuerdo que hacer medicina es algo completamente distinto de lo que era en tiempos pasados. La medicina y sus profesionales se han visto invadidos de nuevas problemáticas, de nuevos desafíos y de nuevos contextos, que

los obligan a una reflexión ética sobre los límites de su accionar. Sin embargo, esta reflexión sobrepasa a la de la antigua ética, a aquellos postulados cuya base encontramos en la antigua Grecia, en Hipócrates y, es en este contexto donde renace, se renueva y se afianza, la bioética.

La pertinencia de la perspectiva Bioética, para el análisis del concepto de enfermedad, se encuentra en el hecho de que se trata de una postura crítica frente al actual paradigma dominante en la medicina (Biomédico), y sus enunciados nos llevan a cuestionar la legitimidad y las verdaderas razones de trasfondo en la definición que el paradigma biomédico hace de los conceptos salud y enfermedad. Es decir, la concepción de la enfermedad que sustenta dicho paradigma (fenómeno exclusivamente físico, que se sitúa en el cuerpo, que es objetivo y tratable), es una concepción que favorece y refuerza la labor médica, entregándole poder sobre los demás individuos (sólo ellos tienen el conocimiento necesario para mejorarlos) y dejando en sus manos los posibles tratamientos, los que coincidentemente son desarrollados por las poderosas industrias farmacéuticas.

Finalmente, nos gustaría señalar que el auge que ha tenido en nuestro país la bioética, desde nuestra perspectiva, se debe a que se ha aceptado a nivel mundial la necesidad de incluir en la formación de los futuros médicos el aporte de las Ciencias Sociales en el estudio del proceso salud- enfermedad. Sin embargo, por algún motivo que escapa a nuestra comprensión en Chile, la reincorporación de las Ciencias Sociales a las mallas curriculares de la carrera de medicina se ha traducido en el auge de la bioética y a un aumento significativo de cursos relativos a la ética. Si bien, este fenómeno es particularmente evidente en las universidades que detentan valores cristianos también se aprecia en aquellas que tienen un carácter laico.

VI.- Panorama de la Educación Superior

A.- Educación Superior Latinoamericana

Cada cierto tiempo escuchamos hablar sobre la crisis de la educación superior latinoamericana. Sin embargo, cuando se comienza a indagar sobre el tema es posible constatar que no existen muchos documentos o bases de datos que abarquen esta temática, de manera de realizar análisis comparativos que permitan establecer un panorama a nivel regional. Esto sería consecuencia, según Yarzabal (1999), de que la mayoría de los países e instituciones educacionales latinoamericanos no cuentan con un sistema estructurado y organizado de datos sobre la educación superior.

No obstante lo anterior, es posible señalar que a partir del año 1960, la región latinoamericana ha experimentado grandes cambios a nivel político, económico y social. Estos cambios han producido, a su vez, grandes modificaciones al sistema educacional de nuestra región.

Según el Yarzabal (1999), algunas de las transformaciones más importantes son:

a.- Crecimiento significativo de la matrícula estudiantil: Entre los años 1950 y 1994, el número de matriculados en América Latina y el Caribe, se multiplicó por 27.

b.- Aumento del número de profesores: El número total de docentes se multiplicó por 28, es decir, de 25 mil en el año 1950 se alcanzó más de 700 mil en 1994.

c.- Multiplicación y diferenciación de instituciones educacionales: El número de instituciones de educación superior aumentó de cerca de 100 en 1950 a alrededor de 6 mil en 1994. Las Universidades corresponden

sólo al 15% del total de las instituciones de educación superior y reúnen más del 70% de la matrícula estudiantil.

d.- Niveles de calidad y programas de las instituciones desconocidos: La multiplicación y diversificación de instituciones de educación superior se basó en el desarrollo sin precedentes de establecimientos privados (53,7% en 1995). Este desarrollo no fue a la par con mecanismo de acreditación y regulación, por lo cual se desconoce la calidad académica que entregan y su pertinencia.

e.- Disminución relativa del aporte fiscal en el área educacional superior: El incremento explosivo de instituciones de educación superior no se acompañó de un incremento del aporte fiscal en el área. Según estudios, los países contribuyeron sólo con un 4.5% del Producto Interno Bruto en el año 1995.

Tal como se señala anteriormente, la demanda tradicional de alumnos que han egresado de la enseñanza secundaria se ha incrementado sostenidamente a lo largo de las últimas décadas. Esta ampliación de la demanda ha operado, según Brunner (2002), como el principal factor de masificación y diversificación de la enseñanza superior en América Latina. Así, mientras que en el año 1950 la región sólo contaba con 75 universidades, y un número reducido de instituciones no universitarias; en la actualidad existen más de 5 mil instituciones no universitarias y aproximadamente 900 universidades.

De acuerdo con los datos entregados por Brunner (2002), en el año 1995, existían en Latinoamérica y el Caribe más de 5.000 instituciones de enseñanza superior, 15% de ellas, propiamente universidades. De éstas, un poco más de la mitad son universidades privadas que matriculan entre 40 y 65% del total de estudiantes de enseñanza superior.

Según datos de la Asociación Internacional de Universidades, en el año 1998 se registraban en Brasil 118 universidades, en México 108, en Argentina 83, en Chile 66, en Perú 47, en Venezuela 33 y en Bolivia 11. En la mayoría de estos países, predominan las instituciones privadas.

Como se puede apreciar, durante la década de los 80' se crearon, en Latinoamérica, más universidades de las que se crearon en los cien años anteriores. En el caso de nuestro país, el número de instituciones de educación superior ha crecido 7 veces desde 1981. Además, se ha producido un fenómeno de diversificación respecto a su tipo.

Este crecimiento sin precedentes y cuyas repercusiones aún son materia de estudio, han hecho que surjan voces críticas de la educación superior actual.

Uno de estos autores es Velasco (1999), quien considera que este crecimiento exponencial vivido por la educación superior latinoamericana la ha conducido padecer una enfermedad crónica, que tiene como consecuencia unidades docentes académicamente deficientes y pobres. En este sentido, según este autor, el desarrollo de las instituciones de educación superior ha sido incapaz de seguir el mismo ritmo que ha tenido el incremento de la matrícula de pregrado, lo que sumado a una disminución del aporte estatal, ha derivado en una baja en la calidad de los profesionales que allí se forman. La formación deficiente de los profesionales latinoamericanos se ve reflejada, según Velasco, por ejemplo en la escasa producción científica de relevancia que existe en Latinoamérica (menos del 1% de las publicaciones científicas a nivel mundial).

Según Velasco (1999), la deficiencia y poca calidad de la educación en Latinoamérica puede ser consecuencia de una serie de factores, entre los que se encuentran:

- 1.- Gestión y administración inadecuada e influida por instancias no académicas.
- 2.- Docentes de poca calidad. La docencia es mal remunerada, por lo tanto, poco atrayente.
- 3.- Sobre población de alumnos. Cursos con un número de alumnos inmanejable, en términos de entregarles una educación de calidad.
- 4.- No existe un “coladero” o algún mecanismo efectivo de selección dentro de las carreras que permita que egresen los mejores. En algunas universidades de Latinoamérica los reglamentos de expulsión, ante el fracaso académico, no se aplican.

Según Botero (2005), en los últimos 30 años la educación superior latinoamericana ha sufrido los siguientes cambios:

- 1.- Incremento de la matrícula
- 2.- Diversificación de las instituciones de educación superior y los programas académicos que ofrecen
- 3.- Restricciones financieras
- 4.- Educación y conocimiento vistos como factores de producción en la economía mundial

Algunos de los cambios más recientes son:

- 5.- Aseguramiento de la calidad (a través de la acreditación)
- 6.- Globalización
- 7.- Surgimiento de nuevos actores (instituciones transnacionales, con fines de lucro, vía Internet, etc.)

Aunque no encontramos ningún estudio que contara con datos confiables sobre la calidad de la educación superior, es un tema

recurrente entre los autores a los que tuvimos acceso. Llama la atención poderosamente, que el tema de la calidad sea un tema “problema” de la educación latinoamericana tan ampliamente aceptado, así como lo es la acreditación como solución.

Según autores como Brunner (2004), Meller y Rappoport (2003) y Botero (2005), la acreditación es el camino para asegurar que las instituciones de educación superior tengan un nivel estándar en cuanto a la calidad de la formación que entregan. Además, la acreditación se erige como la forma de permitir la movilidad de los profesionales en un mundo cada vez más globalizado, ya que, establece ciertos parámetros a nivel internacional y permite una legitimización de los títulos en todo el mundo.

Según Botero (2005), la aceptación de la acreditación como “el” modo de asegurar calidad en la educación superior, es algo asumido como algo cierto a nivel internacional. La acreditación, tanto de programas como de instituciones, es una herramienta universalmente reconocida y validada.

B.- El caso chileno

Según Bernasconi y Rojas (2003), la historia de la educación superior chilena podría ser dividida en cuatro periodos.

1.- Periodo previo a la reforma de 1967- 1968:

Caracterizado por el “Estado Docente”. El estado era el encargado de la educación, por lo que los privados involucrados en el área educacional actúan de manera funcional a los objetivos determinados

por el Estado. Sistema de educación superior pequeño y homogéneo, que hacia fines de los años sesenta contaba con dos universidades públicas con presencia a lo largo del país y sólo seis universidades privadas, tres de las cuales eran católicas y tres seculares. Todas recibían subsidios directos del Estado.

Las instituciones públicas concentraban más del 60% de la matrícula de pre-grado, siendo la Universidad de Chile la más grande. La matrícula se triplicó en la década comprendida entre 1957 y 1967.

Las universidades contaban con una autonomía relativa, con la seguridad de los recursos estatales y autorregulación en términos académicos.

2.- Era de Reforma, culmina con el golpe militar de 1973:

Se inicia un proceso de profunda discusión sobre la naturaleza y función de la universidad en la sociedad chilena. Comienzan manifestaciones estudiantiles. La matrícula creció a más de 146 mil hacia 1973. Educación como derecho, universidad de carácter gratuito.

Se producen cambios en el gobierno universitario. Se comienzan a elegir las autoridades universitarias democráticamente, a través del voto de los académicos. Además, los estamentos estudiantiles y de funcionarios se integraron al gobierno universitario.

El financiamiento público prácticamente se duplicó entre 1969 y 1973, con el fin de adecuarlo al número de matrículas y a la necesidad de una mayor cantidad y calidad de docentes. Además, se buscaba entregar recursos que estimularan la investigación académica, sin embargo, esto nunca ocurrió y la cantidad de investigaciones se mantuvo estable.

3.- Intervención Militar antes de la reforma de 1980:

Tras el golpe militar del 11 de Septiembre de 1973, el gobierno intervino las ocho universidades de nuestro país y designó rectores militares que asumieron el control total del gobierno universitario.

Muchos académicos, alumnos y funcionarios fueron expulsados, detenidos, torturados, exiliados y hasta desaparecidos. La intervención fue mayor dentro de las facultades de Ciencias Sociales, donde desaparecieron disciplinas completas como la sociología, ciencias políticas, antropología, etc. Las reformas realizadas a fines de los sesenta fueron abolidas y las universidades se mantuvieron bajo estricta vigilancia.

El gasto público en educación cayó entre un 15 y 35%, esto hizo que las universidades se vieran forzadas a cobrar aranceles y a buscar otras fuentes de recursos.

La matrícula global bajó producto del cierre de carreras y de la disminución del número de vacantes ofrecidas. Como consecuencia de esto y de la pérdida de la educación universitaria gratuita, comenzaron a surgir una serie de instituciones que dictaban carreras cortas que no estaban debidamente formalizadas ni controladas.

De acuerdo al diagnóstico realizado por el Gobierno Militar, el sistema universitario chileno se había convertido “en un esquema cerrado y virtualmente monopólico de 8 universidades sustancialmente financiadas todas por el estado, las que escapaban a todo control de eficacia y eficiencia, convirtiéndose en las únicas entidades de la República que gozan de un financiamiento estatal alto, asegurado y carente de todo control” (Bernasconi y Rojas 2003; 20). En este punto y bajo esta perspectiva, para el gobierno militar resultaba indispensable

realizar una profunda y sustancial reforma al sistema educacional superior de nuestro país.

4.- Reforma de 1980 hasta hoy en día:

En el año 1981, el gobierno militar autorizó la creación de universidades privadas e instituciones de educación superior no universitarias, que se denominarían centros de formación técnica e institutos profesionales. La idea era aumentar la capacidad de matrícula que había decaído cerca de un 30% tras el golpe militar, aumentar la competencia entre las distintas instituciones educacionales y aumentar la diversidad de la oferta.

El financiamiento de la educación superior fue modificado, creándose dos fuentes: el aporte fiscal directo a las universidades tradicionales de acuerdo al patrón histórico y el aporte fiscal indirecto, que buscaba premiar la calidad. El aporte fiscal indirecto, buscaba premiar a las universidades que captarán el mayor número de matriculados con los mejores puntajes en el test estandarizado para el ingreso a las universidades chilenas, que se denominaba Prueba de Aptitud Académica (PAA).

Las nuevas universidades privadas debían autofinanciarse íntegramente a través de los aranceles que cobraban. Sin embargo, a partir del año 1989, las universidades privadas pudieron postular al aporte fiscal indirecto.

Tras la promulgación de la constitución de 1980, se abandona definitivamente la noción de “Estado Docente”. El Estado tendrá ahora un rol subsidiario, el que se orientará a definir mecanismos de resguardo que garanticen los marcos dentro de los cuales podrá desarrollarse el quehacer de la educación superior.

Tras la reforma de 1980, el antiguo régimen compuesto de ocho universidades paso a un sistema abierto y diversificado. El nuevo panorama de educación superior constaba con dos universidades públicas redimensionadas cuyas antiguas sedes regionales dieron vida a 17 universidades independientes (14 derivadas de la Universidad de Chile y 3 de la Pontificia Universidad Católica de Chile); y dos nuevos tipos de instituciones educacionales: los centros de formación técnica y los institutos profesionales.

Entre 1981 y 1987, el Ministerio del Interior autorizó el funcionamiento de sólo 5 universidades privadas y de 23 institutos profesionales. Entre 1988 y 1989, se autorizaron 17 universidades y 34 institutos profesionales. Al acercarse el fin del régimen militar, producto de la incertidumbre del tipo de educación superior que buscaría implantar el nuevo régimen democrático, esta tendencia se acrecentó aún más: entre enero y principios de marzo de 1990 se autorizaron 18 universidades y 23 institutos profesionales.

El gran incremento de las instituciones de educación superior impuso una carga excesiva a las entidades facultadas para su examinación, esto condujo a una relajación en los estándares exigidos y el sistema perdió credibilidad.

Es por esto que, autores como Velasco (1999), señalan que la educación superior anterior a la década de los 80' en Chile, estuvo caracterizada por una formación académica que se jactaba por su excelencia. En dicho periodo, la educación superior se encontraba bajo el control del Estado, el cual determinaba ciertos estándares; además, se contaba con instituciones que actuaban como entidades examinadoras (por ejemplo, la Universidad de Chile) cuya misión era regular y evaluar a las nuevas universidades, centros de formación técnica e institutos profesionales, lo que aseguraba ciertos estándares de calidad mínimos.

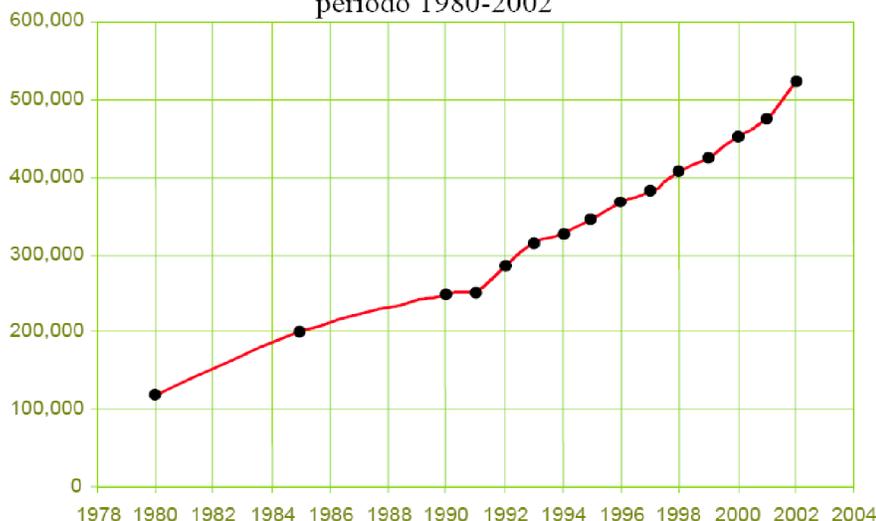
Hasta antes de 1980, se tenía la férrea convicción que los mecanismos de regulación establecidos eran suficientes para asegurar la mantención de los estándares de calidad necesarios para las instituciones de educación superior. Sin embargo, tras el aumento explosivo de nuevas instituciones fue obvio que los mecanismos existentes eran incapaces de regular y encauzar el desarrollo de este nuevo sistema educacional más diversificado y amplio.

Finalmente, el 10 de marzo de 1990 se publicó en el Diario Oficial un decreto que estableció un nuevo mecanismo de supervisión, basado en la acreditación a través de un Consejo de Educación Superior. Este consejo es de carácter autónomo y técnico.

A partir de lo descrito anteriormente, podemos decir que existen enormes diferencias entre la situación del sistema de educación superior antes y después de la década de los ochenta.

Con anterioridad al año 1981, la educación superior era un sistema pequeño y homogéneo. Las universidades chilenas, en dicho periodo, sólo podían satisfacer alrededor de un tercio de la demanda de jóvenes que deseaban seguir estudios universitarios. En ese escenario, parecía necesario realizar un proceso de cambio en la educación superior, con el fin de entregar mejores y mayores posibilidades a todo ese universo de jóvenes deseosos de continuar sus estudios más allá de la educación media.

Evolución matrícula educación superior,
período 1980-2002



Fuente: Informe sobre la Educación superior en Chile: 1980- 2003

La política educacional que se estableció en la década 1980-89, buscaba conducir a una diferenciación del sistema de educación post secundario y ampliar el número de jóvenes que accedieran a la educación superior. A partir de ese momento, se produce la creación diferenciada de los que serán las universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica.

A partir de la década del 80', al menos, se triplica el número de matriculas; lo mismo sucede con el número de universidades. Se entregan nuevas libertades, en lo que se refiere, a la gestión que cada institución tiene académicamente. Además, se produce un relajamiento en el tema de calidad, los controles de la calidad de la educación son cada vez más inexistentes. Según Velasco (1999), la autonomía con la que contaban estas nuevas instituciones de educación superior tuvo como consecuencia una sobreproducción de profesionales en diversas disciplinas que, finalmente, derivó en una nueva realidad: cesantía,

profesionales en trabajos poco calificados y remuneraciones cada vez más decrecientes.

Con respecto a la medicina, es un hecho reconocido que la demanda por los estudios médicos es alta y, en muchos países, el número de médicos es aún insuficiente. No obstante, en Latinoamérica se han multiplicado las escuelas de medicina en las últimas dos décadas.

En el año 2000, la OMS publicó el Directorio Mundial de Escuelas de Medicina. En dicho directorio, se registran en Brasil 82 escuelas, en México 55, en Perú 17, en Chile 16, en Argentina 14, en Bolivia 10 y en Venezuela 9. Un elemento a destacar, es que las escuelas de medicina han proliferado en menor medida que las universidades, lo que puede ser consecuencia de que ésta es considerada una carrera cuyo costo es elevado, tanto en infraestructura como en el área académica. En nuestro país, en la última década se ha más que duplicado el número de escuelas. Actualmente en Chile hay 19 escuelas de medicina, la mayoría privadas, y el número de estudiantes que ingresan a los estudios de medicina se ha duplicado en el último decenio: de 542 en 1990 a 1.122 en el año 2002.

La escasez de médicos en el sistema público nos hace inferir que, quizás con unas pocas excepciones, en la mayoría de los países de nuestra región existe aún un amplio campo laboral para los médicos y otros profesionales de la salud. Por lo cual, el aumento en el número de matriculados en la carrera de medicina no derivaría, como en el caso de otras disciplinas, en una sobrepoblación de médicos.

Escuelas de Medicina en Latinoamérica Año 2000	
País	Escuelas (nº)
Brasil	82
México	55
Perú	17
Chile	16
Argentina	14
Bolivia	10
Venezuela	9

Fuente: Directorio Mundial de Escuelas de Medicina (OMS), Año 2000.

Según Goic (2002), en Chile hay aproximadamente 19.896 médicos activos, lo que establece una relación de 1 médico por 783 habitantes como promedio nacional. En los países que, en la nomenclatura internacional, se designan "con economía de mercado consolidada", el rango va entre 1 médico por 714 habitantes y 1 por 213 habitantes.

En este contexto de un explosivo surgimiento de universidades privadas y de un crecimiento de la población estudiantil, han surgido serios problemas de coordinación, regulación y de financiamiento del sistema educacional. Finalmente, podemos decir que nos encontramos en una situación similar a la de otros países latinoamericanos, es decir, existe una creciente preocupación y una aguda crítica social por la calidad de la enseñanza que estas instituciones entregan.

Como señalamos anteriormente, en el periodo comprendido entre los años 1990-99, tal como sucedió en el resto de Latinoamérica, la autoridad educacional de nuestro país intentó reaccionar frente a los

cambios acontecidos en la esfera de la educación superior. En este sentido, las políticas gubernamentales buscaron:

- a) Regular el mercado de educación superior privada;
- b) Introducir nuevos requisitos de entrada al sistema de educación superior o hacer más exigentes los existentes;
- c) Hacer más transparente la información para los usuarios y,
- d) Resguardar de un modo más efectivo la calidad de los estudios impartidos y las certificaciones expedidas por las nuevas instituciones.

En otras palabras, se buscaba poner énfasis en el control de calidad que debía tener el sistema de educación superior, tanto en lo referido a la formación de pregrado como en lo referido a las certificaciones que dichas instituciones entregan. Este es una problemática fundamental a nivel regional, a la cual tampoco escapa nuestro país.

Conviene recordar que el concepto de calidad de la educación superior, es multidimensional. Se refiere tanto a la excelencia y distinción, como a la conformidad con determinados estándares, costo y eficiencia de las instituciones, aptitud para satisfacer las necesidades de los usuarios y capacidad de transformación y cambio. En varios países de nuestra región, se han creado Comisiones Nacionales de Educación Superior, que han puesto en marcha procesos formales de acreditación.

En nuestro país, desde la formación, en el año 1993, de la Asociación de Facultades de Medicina (ASOFAMECH), existe un proyecto piloto que busca establecer, en la carrera de medicina, ciertos criterios de evaluación que den las directrices en lo que se refiere a las mallas curriculares de pregrado y a los contenidos mínimos que éstas deberían tener. Además, esta asociación plantea la necesidad de

realizar un examen de acreditación para los egresados como un elemento para evaluar que los programas curriculares cumplen con los objetivos que los originaron. La idea de establecer esta acreditación es alcanzar ciertos niveles de calidad mínimos en la educación médica de pregrado a nivel nacional, es decir, asegurar calidad para todos.

Hasta el año 2000, sólo la Universidad Católica de Chile y su carrera de medicina contaba con la acreditación americana, en lo que se refiere al programa de pregrado.

Según el doctor Pedro Rosso, presidente de la asociación de facultades, existen ciertas universidades y, específicamente, facultades que se muestran reticentes a participar en este proyecto piloto de acreditación que se inició en el área médica, ya que, consideran que este tipo de proceso significara una homogenización de las mallas curriculares, restándoles independencia respecto a los contenidos y orientación que cada universidad le quiere dar a sus carreras. No obstante, la oposición que algunas universidades o facultades al proceso de acreditación, actualmente el gobierno y el Ministerio de Educación mantiene una Comisión de Acreditación que lidera José Joaquín Brunner al interior del MECESUP, la cual, busca establecer normativas comunes a las diferentes carreras universitarias que se imparten en nuestro país.

En el caso específico de la carrera de Medicina, el MECESUP aprobó el proyecto PUC0410 "Desarrollo y evaluación de un Perfil Común del Egresado de las Escuelas de Medicina de Chile". Este proyecto, tiene una duración de dos años y cuenta con un financiamiento de \$213.188.000 obtenidos del Ministerio de Educación. En el proyecto participan nueve escuelas de Medicina asociadas a la ASOFAMECH, y es coordinado por la Universidad Católica. Tal como se señaló anteriormente, el proyecto busca lograr dos grandes objetivos:

- 1.- Crear un perfil del alumno egresado de las escuelas de medicina de Chile
- 2.- Perfeccionar y consolidar un examen médico nacional

Desde nuestra perspectiva, este proyecto y, más específicamente, la creación del perfil constituye una oportunidad real de modificar las mallas curriculares de pregrado que, actualmente, tienen las distintas escuelas de medicina en nuestro país, de manera de adecuarlos a la actual realidad y a las necesidades reales de los usuarios.

A nuestro juicio, en el caso de la carrera de medicina, el problema fundamental no reside tanto en la multiplicación de escuelas o el aumento en el número de estudiantes, sino en la estrictez de los requisitos para que éstas surjan y en la calidad de los programas que ofrecen.

A partir de lo anterior, inferimos que el control de calidad en medicina es quizás, en la actualidad, uno de los asuntos socialmente más relevantes para la medicina: se busca asegurar a la sociedad la calidad, tanto de la formación profesional médica, como de los servicios sanitarios que dan asistencia médica a la población. De allí, el interés creciente de algunas escuelas de medicina por la acreditación.

El interés por el control de calidad en medicina y en la salud, abarca tres áreas de la mayor importancia: la acreditación de las escuelas de medicina, acreditación de los centros asistenciales y la acreditación de los especialistas.

Actualmente, los procesos de evaluación que se han impulsado en medicina se centran en examinar críticamente el programa de formación de pregrado conducente al título de médico-cirujano o doctor en medicina, estableciendo el grado de cumplimiento de estándares de

calidad previamente definidos en rubros tales como: gobierno y administración, programa académico (o currículum en su sentido amplio), académicos, estudiantes, servicios para los estudiantes, infraestructura, administración, financiamiento y recursos educacionales (ASOFAMECH, 1994).

En Chile, hasta ahora, la evaluación ha comprometido sólo a las escuelas de medicina pertenecientes a las llamadas universidades tradicionales, las cuales participan en forma voluntaria. Es de esperarse, que en un futuro no muy lejano, se integren a este proceso de acreditación las otras escuelas faltantes de manera voluntaria, o se imponga algún mecanismo legal que establezca la obligación de este proceso. La idea es que cada escuela de medicina que funcione en el país, lo haga bajo ciertos criterios de calidad mínimos.

Hasta el momento, las 6 escuelas de medicina tradicionales se han acreditado: 3 de ellas -las más antiguas- han obtenido acreditación completa (por 7 años) y, las otras 3, acreditación parcial (por 2 años). Las escuelas restantes no se han evaluado ni acreditado. También se ha planteado la necesidad, no sólo de acreditar las instituciones y sus programas, sino que, también, evaluar las competencias de los egresados de las escuelas a través de un examen nacional, el cual se ha realizado sólo de manera experimental.

No obstante, cada una de las áreas de acreditación antes mencionadas es importantísima, nos centraremos en el área referida a la acreditación de las escuelas de medicina, ya que, tiene una relevancia crítica para el tema de esta tesis.

La importancia que tiene la acreditación de la formación de pregrado de los médicos es tremenda, sobre todo si consideramos que están en juego la salud, el bienestar y la vida de las personas, como es el caso de las disciplinas médicas. En este sentido, la formación del

médico general debe ser un proceso educacional cuyos programas y resultados deben ser de excelencia.

Es habitual escuchar hablar sobre la crisis de la salud en Chile. Gran parte de esta crisis, según Jovell (2001), dice relación con la poca efectividad que han mostrado los médicos a la hora de adaptarse a los nuevos escenarios sanitarios y, consecuentemente, a las nuevas exigencias y necesidades de la población. En este sentido, el futuro de la profesión médica pasa por una redefinición de los roles y responsabilidades de los médicos ante estos nuevos escenarios sanitarios, lo cual, necesariamente implica una revisión crítica del modelo de formación que posee la profesión médica actualmente en nuestro país.

En el informe “El futuro de la profesión médica” (2001), Jovell nos habla de la necesidad de que los médicos adopten una serie de roles con el fin de adaptarse a los cambios producidos en el entorno social. Estos cambios crean nuevas necesidades y expectativas, es decir, los individuos y la sociedad en general han cambiado la percepción de la profesión médica y lo que se espera de ella.

Según Jovell (2001), la adopción de este modelo múltiple de roles permitiría una redefinición de responsabilidades, obligaciones y valores asociados a la profesión médica, lo que sería el primer paso que daría luces respecto a las directrices a seguir en lo referente a la educación y formación de las nuevas generaciones de médicos.

Desde nuestra perspectiva, la formación médica y, más específicamente, su malla curricular de pregrado debería incluir, en primer lugar, las contribuciones que han realizados las distintas disciplinas sociales al estudio del proceso salud- enfermedad. También, debería contener cierto número de cursos del área social como parte de

su formación básica, con el fin de entregar ciertas herramientas de análisis que capaciten al médico para comprender la influencia que tienen, y han tenido, ciertos fenómenos sociales en las transformaciones que ha tenido la profesión médica a través de la historia de la humanidad.

Talcott Parsons en su libro “El sistema social” (1951), nos señala que los sistemas sanitarios modernos no son ajenos a los cambios inherentes del sistema social en el cual se encuentran, tampoco lo es la profesión médica. Es por esto, que los médicos se han visto en la necesidad buscar la forma de responder a los cambios que se han ido produciendo en el entorno social, a ajustarse a nuevas realidades, a adecuarse a las nuevas necesidades, a las nuevas demandas y expectativas.

Siguiendo a Jovell (2001), podemos identificar varios fenómenos sociales que pueden ser asociados al cambio de escenario sanitario, por ejemplo: el fenómeno de la inmigración, el aumento de la longevidad, la baja tasa de natalidad, el desarrollo de los medios de comunicación y la evolución exponencial del conocimiento. Estos fenómenos han conducido numerosos cambios, para clarificar este punto a continuación enumeramos algunos de ellos:

1.- El paso de un patrón agudo de la enfermedad a uno crónico, esto es consecuencia fundamentalmente de una población que vive más tiempo.

2.- El surgimiento de nuevas enfermedades, producto del estilo de vida moderno y, posiblemente, del desplazamiento poblacional.

3.- Evolución exponencial del conocimiento, asociado al desarrollo tecnológico. Esto ha derivado en una división del trabajo, que en medicina ha dado lugar a la creación de especialidades y, posteriormente, subespecialidades. También, ha mostrado la necesidad

de que los profesionales médicos se eduquen continuamente, ya que, deben adaptarse a la celeridad de los cambios y evolución del conocimiento.

4.- El desarrollo de los medios de comunicación, especialmente Internet, ha dado lugar a individuos más informados y más cautos en lo referente al tema de la salud. La consulta de una “segunda opinión”, es cada vez más frecuente.

En este nuevo contexto, debemos cuestionarnos hasta que punto los currículums universitarios de pregrado responden a estas nuevas realidades y a las emergentes necesidades de la sociedad y de los individuos, en términos sanitarios.

La formación de los médicos debe estar orientada a desarrollar capacidades o habilidades, a la vez que debe contribuir a generar profesionales que sean capaces de integrar, de manera efectiva, el conocimiento y esto implica superar el paradigma biomédico que ha dominado la medicina por siglos.

Actualmente, existe un reconocimiento por parte de la comunidad médica de que los temas de salud- enfermedad necesitan de una mirada multidisciplinaria. Esta integración de conocimientos implicaría una mejoría en el ejercicio profesional que permitiría, por ejemplo: la toma de decisiones clínicas más apropiadas, el establecimiento de una mejor relación medico- paciente y un mayor nivel de satisfacción de las expectativas que tiene la comunidad sobre la labor médica.

A pesar del reconocimiento (plasmado en cientos de escritos médicos) de la importancia de adoptar una perspectiva multidisciplinaria que rescate los aportes que han hecho las Ciencias Sociales a la medicina, esto no se ha visto reflejado en un cambio significativo en el

modo en que se forman los médicos en nuestro país. Las mallas curriculares de las diferentes escuelas de medicina chilenas no muestran una integración real de las Ciencias Sociales ni de las nuevas disciplinas transversales que han surgido para responder las nuevas necesidades sociales emergentes, por ejemplo: la sociología médica, psicología de la salud o la antropología médica.

A continuación, se presentan los datos obtenidos de cada universidad y la malla curricular que cada una de ellas ofrece en sus respectivas páginas Web. Los puntajes que se muestran corresponden a los del año 2006 y los aranceles a los del presente año.

C.- Listado Universidades que imparten la carrera de Medicina en Chile

1.- Universidad Católica de Chile

Duración: 14 semestres Matrícula: \$70.000

Arancel: \$3.650.000 Cupos: 90 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Católica de Chile

Primer Año	
Primer semestre: Introducción a los estudios médicos Anatomía y Embriología humana I Bioestadística Cálculo	Segundo semestre: Fundamentos filosóficos de la Biología y Medicina Anatomía y Embriología humana II Física para ciencias biomédicas Aplicaciones biomédicas de la Física Química
Segundo Año	
Primer semestre Histología Biología molecular de la célula Fisiología general y biofísica Sección 1 Sección 2	Segundo semestre Fisiología humana Neuroanatomía Neurofisiología Cuidados de la persona enferma
Tercer Año	
Primer semestre Patología morfológica y funcional Salud pública Microbiología y Parasitología clínicas Integrado de clínicas I	Segundo semestre Integrado clínicas II Historia de la Medicina Farmacología general
Cuarto Año	
Primer semestre Integrado III Ética médica	Segundo semestre Integrado IV Integrado clínicas IV
Quinto año Primer y segundo semestre	
Integrado clínicas quirúrgicas Integrado clínicas médicas Psiquiatría clínica Obstetricia y Ginecología	Especialidades Introducción al Internado Pediatria, Cirugía infantil y Ortopedia
Sexto Año Primer y segundo semestre	
Internado de Medicina Interna Internado de Cirugía Internado de Obstetricia y Ginecología Internado de Pediatría	
Séptimo año Primer y segundo semestre	
Internado de Medicina Ambulatoria Internado de Urgencias Medicina legal Administración y Medicina Social	

2.- Universidad Andrés Bello

Duración: 14 semestres Matrícula: \$581.000
Arancel: \$4.219.000 Cupos: 100 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Andrés Bello

Primer Año	
Primer semestre: Matemáticas Introducción a la Medicina Química General Biología Celular Laboratorio de Biología Celular Electivo de Formación General	Segundo semestre: Introducción a la Medicina II Anatomía Humana I Laboratorio de Anatomía Humana I Química Orgánica Física Electivo de Formación General II
Segundo Año	
Primer semestre Médico- Paciente I Anatomía Humana II Laboratorio Anatomía Humana II Fisiología Humana I Bioquímica Antropología	Segundo semestre Médico- Paciente II Fisiología Humana II Genética y Biología Molecular Humana Laboratorio Genética y Biología Molecular Humana Histología Laboratorio de Histología Psicología Electivo de Formación General III
Tercer Año	
Primer semestre Semiología Médica Inmunología y Nutrición Microbiología Laboratorio de Microbiología Ética Médica I Tópicos de Investigación en Salud I	Segundo semestre Medicina Orientada a Problemas Fisiopatología Humana Ética Médica II Farmacología Tópicos de la Investigación en salud II
Cuarto Año	
Primer semestre Cirugía I Medicina Interna I Salud Pública I Neurología Patología I	Segundo semestre Cirugía II Medicina Interna II Salud Pública II Psiquiatría Patología II
Quinto año	
Primer semestre Obstetricia y Ginecología Pediatría Dermatología Urología Oftalmología Otorrinolaringología Medicina Legal	Segundo semestre Obstetricia y Ginecología Pediatría Dermatología Urología Oftalmología Otorrinolaringología Medicina Legal
Sexto Año - Séptimo Año	
Primer semestre y Segundo semestre Internado Medicina Interna Internado de Pediatría Internado de Cirugía	Internado de Medicina Comunitaria Internado de Obstetricia y Ginecología

3.- Universidad Austral de Chile

Duración: 14 semestres Matrícula: \$95.000
Arancel: \$2.820.000 Cupos: 45 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Austral de Chile

Primer Año	
Primer semestre: Inglés para la Salud I Inglés para la Salud II Educación Física y Salud Introducción a los Estudios Médicos y Primeros Auxilios Biología Humana I	Segundo semestre: Biología Humana II
Segundo Año	
Primer semestre Biología Humana III Antropología Médica Investigación en Salud Salud Comunitaria	Segundo semestre Agresión y Respuesta Patología Molecular Bloque Sistemas Integrados I
Tercer Año	
Primer semestre Patología Molecular Bloque Sistemas Integrados II Respuesta Orgánica Multisistémica Introducción a la Ética Médica	Segundo semestre Clínica Médica I Salud Ambiental
Cuarto Año	
Primer semestre Ética Médica II Oftalmología Otorrinolaringología Clínica Médica II Psicopatología I Bioestadística	Segundo semestre Cirugía General Cirugía de Urgencia Neurología y Neurocirugía Psicopatología II Epidemiología General
Quinto año	
Primer semestre Patología del Aparato Locomotor Ética Médica y Bioética Medicina Legal Pediatría Cirugía Infantil Psiquiatría I	Segundo semestre Antropología Jurídico Legal Introducción al Internado Urología Obstetricia y Ginecología Psiquiatría II Administración en Salud
Sexto Año y Séptimo Año	
Primer semestre y Segundo semestre Internado de Ortopedia y Traumatología Internado de Cirugía Cirugía de Urgencias para Internos Electivo Internado en Pediatría Regional Internado de Cirugía Regional Internado de Medicina Regional Internado de Obstetricia y Ginecología Regional Internado de Atención Primaria y Administración	Segundo semestre Internado de Dermatología Internado Medicina Interna Internado de Neurología y Neurocirugía Internado de Obstetricia y Ginecología Internado de Pediatría Internado de Psiquiatría Internado de Urología Internado de Oncología Internado Electivo en Anestesia

4.- Universidad Católica de la Santísima Concepción

Duración: 14 semestres Matrícula: \$98.000
Arancel: \$3.200.000 Cupos: 50 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad de la Santísima Concepción

Primer Año	
Primer semestre y Segundo semestre: Biología Celular Embriología y Anatomía Expresión Oral y Escrita Inglés I Inglés II	Química Médica Biofísica Introducción al Pensamiento Filosófico Teología Fundamental
Segundo Año	
Primer semestre y Segundo semestre: Histología Inglés III Optativo de Formación General Fisiología y Fisiopatología Bioquímica	Integración II Antropología Filosófica Teología Dogmática Biología Molecular Inglés IV
Tercer Año	
Primer semestre y Segundo semestre: Patología Epidemiología Inglés V Farmacología Integración III	Medicina Integrada I Antropología Teológica Cirugía I Optativo de Profundización I Microbiología e Inmunización Inglés VI
Cuarto Año	
Primer semestre y Segundo semestre Cirugía II Medicina Integrada II Psicopatología y Psiquiatría	Integración IV Teología Moral Optativo de Profundización II
Quinto año	
Primer semestre y Segundo semestre Neurocirugía Obstetricia y Ginecología Pediatria y cirugía Infantil Especialidades Salud Pública	Integración V Bioética I Medicina Legal Formulación de Proyectos de Investigación
Sexto Año	
Primer semestre y Segundo semestre Internado I Ejecución Proyecto de Investigación Bioética II Optativo de Profundización III	
Séptimo año	
Primer semestre y Segundo semestre Internado II Ejecución Proyecto de Investigación II	Bioética III

5.- Universidad Católica del Maule

Duración: 14 semestres Matrícula: \$100.000

Arancel: \$3.089.000 Cupos: 61 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Católica del Maule

Primer Año	
Primer semestre: Introducción a las Ciencias de la Salud Bioestadística Química General Biomatemáticas Anatomía y embriología I	Segundo semestre: Salud en la Comunidad Habilidades informacionales en Cs. de la Salud Química orgánica Biofísica Anatomía y embriología II Inglés I
Segundo Año	
Primer semestre Histología Neurociencias I Biología Molecular de la Célula I Fisiología Médica I Cuidados de la persona enferma	Segundo semestre Psicología Médica Neurociencias II Biología Molecular de la Célula II Fisiología Médica II Metodología de la investigación Inglés II
Tercer Año	
Primer semestre Semiología Patología y Fisiopatología General Electivo de Formación General	Segundo semestre Clínicas Integradas I Farmacología General Microbiología y Parasitología Epidemiología
Cuarto Año	
Primer semestre Clínicas Integradas II Salud Pública y medicina Preventiva Introducción a la Fe Cristiana	Segundo semestre Clínicas Integradas III Salud Mental y Psiquiatría Ética Cristiana
Quinto año	
Primer semestre Obstetricia y Ginecología Clínicas Integradas IV Medicina Legal	Segundo semestre Pediatría y Cuidado Infantil Clínicas Integradas V Planificación y Gestión en Salud
Sexto Año y Séptimo Año	
Primer semestre y Segundo Semestre Medicina Pediatría Obstetricia Cirugía Salud Familiar Electivo de Formación General	Rotación de Internados Internado Optativo Ética Médica Electivo de Formación General

6.- Universidad Católica del Norte

Duración: 14 semestres Matrícula: \$97.000

Arancel: \$2.960.000 Cupos: 50 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Católica del Norte

Primer Año	
Primer semestre: Anatomía y Embriología I Histología I Inglés I Orientación a los Estudios Médicos Procesos Biológicos I	Segundo semestre: Anatomía y Embriología I Autocuidado en Salud Histología I Inglés II Metodología de la Investigación I Procesos Biológicos II
Segundo Año	
Primer semestre Metodología de la Investigación II Neurociencias Procesos Biológicos III Salud Pública I	Segundo semestre Fisiología Formación General Electiva Microbiología, inmunología y Parasitología Salud Pública II
Tercer Año	
Primer semestre Bases Científicas de la Medicina Formación General Teológica Integrado Médico Quirúrgico I	Segundo semestre Ética Médica I Integrado Médico Quirúrgico II Metodología de la Investigación III
Cuarto Año	
Primer semestre Ética Médica II Integrado Médico Quirúrgico III Psicopatología I Salud Pública III	Segundo semestre Integrado Médico Quirúrgico IV Psicopatología II Salud Pública IV
Quinto año	
Primer semestre Atención Avanzada del Trauma Pediatria y Cirugía Infantil Psiquiatría I	Segundo semestre Gestión y Administración Obstetricia y Ginecología Psiquiatría II
Sexto Año y Séptimo Año	
Ciclo de Internados Internado de Cirugía Internado de Medicina Internado de Pediatría Internado de Obstetricia y Ginecología	Internado Ambulatorio Internado Electivo Derecho y Práctica Médica

7.- Universidad de Antofagasta

Duración: 14 semestres Matrícula: \$110.000
Arancel: \$3.020.000 Cupos: 60 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado

Primer Año	
Primer semestre: Anatomía Inglés Instrumental Biofísica Introducción a la Medicina Psicología Química General Computación	Segundo semestre: Anatomía Biología Celular y Molecular Ética General Expresión Oral y Escrita Atención al enfermo Desarrollo Personal Química Orgánica
Segundo Año	
Primer semestre Bioquímica Embriología Neuroanatomía Fisiología I Formación General I Bioestadística	Segundo semestre Genética Histología Fisiología II Sociología Epidemiología Inmunología
Tercer Año	
Primer semestre Fisiopatología y Patología General Clínica Médico Quirúrgica I Microbiología I Parasitología Farmacología General	Segundo semestre Anatomía Patológica Microbiología II Clínica Médico Quirúrgica II Farmacología de Sistemas I
Cuarto Año	
Primer semestre Formación General II Antropología Clínica Médico Quirúrgica III Farmacología de Sistemas II	Segundo semestre Clínica Médico Quirúrgica IV Medicina Preventiva y Social Métodos Instrumentales de Diagnóstico
Quinto año	
Primer semestre Formación General III Electivo de Formación General Pediatria Obstetricia y Ginecología Clínica Médico Quirúrgica V Medicina Legal Administración en Salud	Segundo semestre Psiquiatria Ética Médica Pediatria Obstetricia y Ginecología Clínica Médico Quirúrgica V
Sexto Año y Séptimo Año	
Internados de: Medicina interna Pediatria Cirugía Obstetricia y Ginecología Especialidades	

8.- Universidad de Chile

Duración: 14 semestres Matrícula: \$78.700

Arancel: \$3.112.000 Cupos: 170 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad de Chile

Primer Año	
Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos I Fundamentos científicos de la Medicina I Morfología orientada a la Clínica Bases conceptuales y prácticas de medicina	
Segundo Año	
Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos II Fundamentos científicos de la Medicina II U. Investigación Psicología Médica Sociología Médica Introducción a la clínica Bioestadística	Genética Formación General I
Tercer Año	
Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos III Mecanismos de enfermedad y reacción del organismos Agentes vivos de enfermedad Farmacología general Anatomía Patológica Semiología Medicina I Salud Pública I Formación General II	
Cuarto Año	
Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos IV Reproducción humana Programas Integrados I Neurología Traumatología Cirugía Medicina II Salud Pública II Formación General III	
Quinto año	
Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos V Evolución Programas Integrados II Psiquiatría Medicina Legal Gineco-obstetricia Pediatria Especialidades Salud Pública III Formación General IV	
Sexto Año y Séptimo Año	
Internado Medicina y Bioética Internado de Pediatría y Bioética Internado de Cirugía	Internado de Gineco-Obstetricia Internado de Especialidades-Rural

9.- Universidad de Concepción

Duración: 14 semestres Matrícula: \$94.500
Arancel: \$3.351.000 Cupos: 108 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad de Concepción

Primer Año	
Primer semestre: Anatomía General y Topográfica Introducción a la Medicina Introducción a la Clínica Médica Química General y Orgánica Inglés Informática Básica Antropología Médica Bioética y Profesionalismo	Segundo semestre: Anatomía General y Topográfica Introducción a la Medicina Introducción a la Clínica Médica Introducción a las Ciencias Biomédicas I
Segundo Año	
Primer semestre Introducción a las Ciencias Biomédicas II Medicina Basada en Evidencia Estrategias de Comunicación en el área de Salud	Segundo semestre Ciencias Biomédicas- Neurociencias- Medicina Ciencias Biomédicas- Aparato Cardiovascular- Medicina Ciencias Biomédicas- Riñón y metabolismo Hidrosalino Ciencias Biomédicas- Endocrino y Aparato Reproductor
Tercer Año	
Primer semestre Ciencias Biomédicas- Aparato Respiratorio Ciencias Biomédicas- Aparato Digestivo Ciencias Biomédicas- Hematología Ciencias Biomédicas- Infecciones Semiología Patología General	Segundo semestre Semiología de Especialidades Psicología Médica Medicina Interna I Cirugía I Patología Quirúrgica
Cuarto Año	
Primer semestre Integrado Salud Pública Neurología Dermatología Medicina Interna II Cirugía II	Segundo semestre Integrado Salud Pública Neurología Dermatología
Quinto año	
Primer semestre Integrado Obstetricia y Ginecología Pediatría Integrado de Salud Mental I	Segundo semestre Integrado de Salud Mental II Asignatura Complementaria Asignatura Complementaria
Sexto Año y Séptimo Año	
Internados: Pediatría Obstetricia y Ginecología Traumatología y Ortopedia Cirugía Infantil Neurocirugía Anestesia Urología Otorrinolaringología Neurología	Oftalmología Medicina Legal Psiquiatría y Salud Mental Pregrado Pediatría Pregrado obstetricia y Ginecología Salud Pública Cirugía Medicina Interna Pregrado Medicina Interna Pregrado Cirugía

10.- Universidad de la Frontera

Duración: 14 semestres Matrícula: \$93.000

Arancel: \$2.545.000 Cupos: 56 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado

Primer Año	
Primer semestre: Anatomía General I Bioestructura I Química Gestión e Investigación I Desarrollo Personal e Interpersonal I	Segundo semestre: Anatomía II Bioestructura II Módulo Bioquímica y Genética Médica I Gestión e Investigación II Desarrollo Personal e Interpersonal II
Segundo Año	
Primer semestre Neuroanatomía A III Módulo Desarrollo y Bioestructura I Módulo Bioquímica y Genética Médica II Gestión e Investigación III Módulo Bases Biológicas de la Medicina I	Segundo semestre Desarrollo y Bioestructura III Psicología Médica Gestión e Investigación IV Bases Biológicas de la Medicina II
Tercer Año	
Primer semestre Módulo Bases Biológicas de la Medicina III Semiología Patología General (A) Bioética	Segundo semestre Medicina Interna I Anatomía Patológica Módulo Bases Biológicas de la Medicina IV Demografía y Salud
Cuarto Año	
Primer semestre Medicina Interna II Medicina Basada en la Evidencia (A) Módulo Bases Biológicas de la Medicina V Salud Ambiental	Segundo semestre Patología Quirúrgica Neurología Módulo Bases Biológicas de la Medicina VI Administración en Salud
Quinto año	
Primer semestre Módulo Integrado Obstetricia, Ginecología y Salud Pública Urología Oftalmología Psicopatología	Segundo semestre Módulo Integrado Pediatría-Cirugía Infantil- Salud Pública Otorrinolaringología Dermatología Psiquiatría Medicina Legal
Sexto Año y Séptimo Año	
Práctica Profesional Controlada Cirugía Práctica Profesional Controlada Pediatría Práctica Profesional Controlada M. Interna Práctica Profesional Controlada Obstetricia y Ginecología Práctica Profesional Controlada Traumatología Práctica Profesional Controlada Cirugía Infantil Práctica Profesional Controlada Salud Mental	Práctica Profesional Controlada Rural Práctica Profesional Controlada Electiva Práctica Profesional Controlada Otorrinolaringología Práctica Profesional Controlada Dermatología Práctica Profesional Controlada Oftalmología Práctica Profesional Controlada Urología

12.- Universidad de Santiago de Chile

Duración: 14 semestres Matrícula: \$120.000

Arancel: \$2.506.450 Cupos: 60 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad de Santiago de Chile

Primer Año	
Primer semestre: Anatomía Normal Biología Celular Química General y Orgánica Pensamiento Matemático Física Médica	Segundo semestre: Anatomía Normal Embriología Bioquímica Ética y Filosofía de la Medicina Inglés Especializado I Computación Aplicada
Segundo Año	
Primer semestre Histología Fisiología Medicina Molecular Metodología de la Investigación Inglés Especializado II	Segundo semestre Histología Fisiología Introducción a la Urgencia Parasitología Microbiología Farmacología
Tercer Año	
Primer semestre Clínicas Integradas Médico-Quirúrgica I: Semiología Medicina Cirugía Urgencia Infectología Fisiopatología Fisiopatología Clínica Anatomía Patológica I Nutrición y Dietoterapia	Segundo semestre Clínicas Integradas Médico-Quirúrgica I: Semiología Medicina Cirugía Urgencia Infectología Fisiopatología Fisiopatología Clínica Anatomía Patológica I Neurociencias
Cuarto Año	
Primer semestre Clínicas Integradas Médico-Quirúrgica II: Medicina Cirugía Infectología Neurología Traumatología Urología Fisiopatología Clínica Anatomía Patológica II Medicina Física y Rehabilitación Salud Pública	Segundo semestre Clínicas Integradas Médico-Quirúrgica II: Medicina Cirugía Infectología Neurología Traumatología Urología Fisiopatología Clínica Anatomía Patológica II Ética de la Decisión Médica Epidemiología

Quinto año	
Primer semestre Clínicas Integradas Médico-Quirúrgica III: Pediatría Obstetricia y Ginecología Cirugía Infantil Traumatología Infantil Clínicas de Especialidades: Otorrinolaringología Oftalmología- Dermatología Seminario de Bioética Psiquiatría Adulto Medicina Legal	Segundo semestre Clínicas Integradas Médico-Quirúrgica III: Pediatría Obstetricia y Ginecología Cirugía Infantil Traumatología Infantil Clínicas de Especialidades: Otorrinolaringología Oftalmología- Dermatología Seminario de Bioética Psiquiatría Adulto Psiquiatría Infantil Administración en Salud
Sexto Año y Séptimo Año	
Internados: Medicina Cirugía Pediatría Obstetricia	

13.- Universidad de Valparaíso

Duración: 14 semestres Matrícula: \$106.000
 Arancel: \$2.910.000 Cupos: 54 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad de Valparaíso

Primer Año	
Primer semestre: Introducción a la Clínica Médica I Profesionalismo y Práctica de la Medicina I Salud y Sociedad I Organismo Humano I Estructura y Función Celular Asignatura Electiva I	Segundo semestre: Introducción a la Clínica Médica I Profesionalismo y Práctica de la Medicina I Salud y Sociedad I Organismo Humano I Estructura y Función Celular Asignatura Electiva II
Segundo Año	
Primer semestre Introducción a la Clínica Médica II Profesionalismo y Práctica de la Medicina II Salud y Sociedad II Organismo Humano II Patógenos y Defensa Asignatura Electiva III	Segundo semestre Introducción a la Clínica Médica II Profesionalismo y Práctica de la Medicina II Salud y Sociedad II Organismo Humano II Patógenos y Defensa Asignatura Electiva IV
Tercer Año	
Primer semestre Integrado de Sistemas Metodología de la Investigación Clínica Asignatura Electiva V	Segundo semestre Integrado de Sistemas Metodología de la Investigación Clínica Asignatura Electiva VI
Cuarto Año	
Primer semestre Integrado de Sistemas Medicina Basada en Evidencias Asignatura Electiva VII	Segundo semestre Integrado de Sistemas Medicina Basada en Evidencias Asignatura Electiva VIII
Quinto año	
Primer semestre Clínicos Gestión en Salud Medicina Legal Asignatura Electiva IX	Segundo semestre Clínicos Gestión en Salud Medicina Legal Asignatura Electiva X
Sexto Año	
Primer semestre Internado	Segundo semestre Internado
Séptimo año	
Primer semestre Internado	Segundo semestre Internado

14.- Universidad del Desarrollo

Duración: 14 semestres Matrícula: \$595.000
 Arancel: \$4.295.000 Cupos: 90 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad del Desarrollo

Primer Año	
Primer semestre: Morfología: Anatomía- Embriología- Histología Bases Científicas de la Medicina Orient. a la Práctica de la Medicina Química General y Orgánica Emprendimiento y Liderazgo	Segundo semestre: Morfología: Anatomía – Embriología- Histología Bases Científicas de la Medicina Bioética Bioquímica Comunicación en Salud Inglés I
Segundo Año	
Primer semestre Neurociencias Fisiología Biología Molecular e Inmunología Inglés II	Segundo semestre Neurociencias Fisiología Seminario de Investigación Genética Cuidado de Pacientes Responsabilidad Pública Inglés III
Tercer Año	
Primer semestre Fundamentos de Diagnóstico y Terapéuticos Farmacología	Segundo semestre Integrado Médico Quirúrgico I
Cuarto Año	
Primer semestre Integrado Médico Quirúrgico II Ética Médica Inglés Técnico	Segundo semestre Integrado Médico Quirúrgico II Salud Pública Neuro Psicopatología Epidemiología e Investigación
Quinto año	
Primer semestre Integrado Médico Quirúrgico III Psiquiatría Clínica Pediatría, Cirugía Infantil y Ortopedia Dermatología	Segundo semestre Integrado Médico Quirúrgico III Obstetricia y Ginecología Medicina Legal Medicina Física y Rehabilitación
Sexto Año	
Primer semestre Internado Pediatría y Cirugía Infantil Internado Cirugía Internado Obstetricia y Ginecología Internado Electivo Internado Especialidades Aspectos Legales de la Práctica Médica	Segundo semestre Internado Pediatría y Cirugía Infantil Internado Cirugía Internado Obstetricia y Ginecología Internado Electivo Internado Especialidades Curso PALS-ACLS
Séptimo año	
Primer semestre Internado Medicina Interna Internado Medicina Ambulatoria Urbana o Rural Gestión en Salud	Segundo semestre Internado Medicina Interna Internado Medicina Ambulatoria Urbana o Rural

15.- Universidad del Mar

Duración: 14 semestres Matrícula: \$105.000
 Arancel: \$2.670.000 Cupos: 80 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad del Mar

Primer Año		
Ejes Curriculares: Enfoque Bio-psico- Social Salud Familiar-comunitaria Medicina Legal y ética Salud Pública , Gestión e Investigación Desarrollo de Habilidades Clínicas Desarrollo Personal	Introducción a las Ciencias de la Salud Ser humano bio-psico-social Proceso Salud- Enfermedad	
Segundo Año		
Enfoque Bio-psico- Social Salud Familiar-comunitaria Medicina Legal y ética Salud Pública , Gestión e Investigación Desarrollo de Habilidades Clínicas Desarrollo Personal	Cardiovascular Respiratorio Locomotor Renal y Urinario Órganos de los sentidos Salud mujer, niño y adolescente	Digestivo
Tercer Año		
Enfoque Bio-psico- Social Salud Familiar-comunitaria Medicina Legal y ética Salud Pública , Gestión e Investigación Desarrollo de Habilidades Clínicas Desarrollo Personal	Reproductivo Nervioso Endocrino Hematopoyético Inmune Articular	
Cuarto Año		
Enfoque Bio-psico- Social Salud Familiar-comunitaria Medicina Legal y ética Salud Pública , Gestión e Investigación Desarrollo de Habilidades Clínicas Desarrollo Personal	Pediatría Cirugía Cardiología Urología Otorrinaringología Dermatología	Oftalmología Traumatología Ortopedia Neumología Gastroenterología Nefrología
Quinto año		
Enfoque Bio-psico- Social Salud Familiar-comunitaria Medicina Legal y ética Salud Pública , Gestión e Investigación Desarrollo de Habilidades Clínicas Desarrollo Personal	Hematología Oncología Inmunología Reumatología Geriatría Infeccioso	Neurología Psiquiatría Endocrinología Ginecología Obstetricia
Sexto Año		
Internados: Pediatria Urgencia Salud Familiar Especialidades- Ambulatorio	Medicina Interna Cirugía Obstetricia Ginecología Gestión Salud	
Séptimo año		
Internados: Pediatria Urgencia Salud Familiar Especialidades- Ambulatorio	Medicina Interna Cirugía Obstetricia Ginecología Gestión Salud	

16.- Universidad Diego Portales

Duración: 14 semestres Matrícula: \$420.126

Arancel: \$4.201.265 Cupos: 68 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Diego Portales

Primer Año	
Primer semestre: Vivencias Iniciales de la Medicina Clínica I Química Bio-física Matemáticas Taller de Integración de Ciencias Básicas Inglés Bases Humanísticas para la Práctica Médica I	Segundo semestre: Vivencias Iniciales de la Medicina Clínica I Diálogos sobre Estructura y Función I Bio-estadística Taller de Investigación I Bases Humanísticas para la Práctica Médica I
Segundo Año	
Primer semestre Vivencias Iniciales de la Medicina Clínica II Diálogos sobre Estructura y Función II Taller de Investigación II Bases Humanísticas para la Práctica Médica II	Segundo semestre Vivencias Iniciales de la Medicina Clínica II Diálogos sobre Estructura y Función III Taller de Investigación II Bases Humanísticas para la Práctica Médica II
Tercer Año	
Primer semestre Ser Humano Normal, semiología y Salud Mental adultos Diálogos Integrados Sobre Patología General Taller de Investigación III Bases Bioéticas para la Práctica Médica III	Segundo semestre Diálogos Integrados Médico-Quirúrgico Patología Adulto I Introducción a la Salud Pública Taller de Investigación III Bases Bioéticas para la Práctica Médica III
Cuarto Año	
Primer semestre Diálogos Integrados Médico-Quirúrgico Patología Adulto I Taller de Investigación IV Bases Bioéticas para la Práctica Médica IV	Segundo semestre Diálogos Integrados Médico-Quirúrgico Patología Adulto III Diálogos Integrados Médico-Quirúrgico Órganos sentidos Taller de Investigación IV Bases Bioéticas para la Práctica Médica IV
Quinto año	
Primer semestre Ser Humano Normal II: La Gestante, Embarazo, Parto y Puerperio Ser Humano Normal III: Semiología del Crecimiento y Desarrollo del niño Diálogos Integrados de Medicina Legal Taller de Investigación V Bases Bioéticas para la Práctica Médica V	Segundo semestre Diálogos Integrados Médico-Quirúrgico Patología Mujer Diálogos Integrados Médico-Quirúrgico Patología Niño Administración General y Salud Taller de Investigación V Bases Bioéticas para la Práctica Médica V
Sexto Año y Séptimo Año	
Internados Durante la carrera se deben tomar 4 cursos de formación Integral	

17.- Universidad de Finis Terrae

Duración: 14 semestres Matrícula: \$450.000
 Arancel: \$4.500.000 Cupos: 90 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Finis Terrae

Primer Año	
Clínica Básica I Anatomía Fisiología I Biología Celular y Molecular Histología Embriología	Genética Metodología de la Investigación I Bioestadística Química Básica Psicología Médica Inglés Nivel I y II
Segundo Año	
Clínica Básica II Fisiología II Neurobiología Inmunobiología Anatomía Patológica I Inglés Nivel III y IV	Bioquímica Microbiología Metodología de la Investigación II Grandes Síndromes Médicos y Quirúrgicos Exploración Instrumental
Tercer Año	
Clínica III Medicina Interna I Cirugía I Ginecología y Obstetricia I Pediatría I	Anatomía Patológica II Reuniones de Anatomía Patológica y Ética Metodología de la Investigación III Psiquiatría I Farmacología Integrada
Cuarto Año	
Clínica IV Medicina Interna II Cirugía II Ginecología y Obstetricia II Pediatría II	Psiquiatría II Traumatología Geriatría Medicina Legal Salud Pública
Quinto año	
Medicina de Urgencia Medicina Intensiva Medicina Rural Oftalmología	Otorrinolaringología Dermatología Urología
Sexto Año y Séptimo Año	
Internados	

18.- Universidad Mayor

Duración: 14 semestres Matrícula: \$552.000
Arancel: \$4.463.000 Cupos: 60 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad Mayor

Primer Año	
Primer semestre: Orientación de los Estudios Médicos Anatomía Humana Biología Celular y Genética Química General y Orgánica Bioestadística Psicología Metodología Científica	Segundo semestre: Primeros Auxilios Anatomía Humana Biología Celular y Genética Química General y Orgánica Bioestadística Biofísica Desarrollo y Crecimiento Personal Ética I
Segundo Año	
Cuidados del Enfermo Fisiología Histología Bioquímica Embriología Socio-antropología Trabajo en Equipo Deportes o Expresión Corporal	Microbiología Parasitología Ética II Fisiología Histología Bioquímica Neuroanatomía Habilidades Comunicativas
Tercer Año	
Semiología Médico Quirúrgico Integrado Patología Morfo-funcional Farmacología General y Sistemas Oratoria Retórica	Integrado Médico Quirúrgico I Integrado Patología Morfo-funcional Farmacología General y Sistemas Ética III
Cuarto Año	
Primer semestre Integrado Médico Quirúrgico II Traumatología Dermatología Neurología Salud Pública Taller de Emprendimiento	Segundo semestre Integrado Médico Quirúrgico II Traumatología Dermatología Ética IV Salud Pública Taller de Emprendimiento
Quinto año	
Primer semestre Pediatría, Cirugía y Traumatología Infantil Psiquiatría Otorrinolaringología Urología Medicina Legal Apreciación Artística y Musical	Segundo semestre Obstetricia y Ginecología Psiquiatría Oftalmología Medicina Física y Rehabilitación Ética V Administración en Salud Taller de Arte
Sexto Año	
Internado Medicina Interna	Internado Pediatría
Séptimo año	
Internado Cirugía -Internado Obstetricia y Ginecología Internado Neurología	Internado Rural - Internado Electivo Internado Urgencia e Internado Traumatología

19.- Universidad San Sebastián

Duración: 14 semestres Matrícula: \$437.600
Arancel: \$3.937.474 Cupos: 125 Jornada: Diurna

Malla curricular de Pregrado Universidad San Sebastián

Primer Año	
Primer semestre: Biología I Bioquímica I Anatomía I Biomatemática Introducción a la Medicina Integración I ABP (aprendizaje basado en problemas)	Segundo semestre: Biología II Bioquímica II Anatomía II Física Médica Fundamentos de Enfermería Integración II ABP
Segundo Año	
Bases Científicas de la Medicina I Bioestadística Formación General	Bases Científicas de la Medicina II Metodología y Talleres de Investigación Formación General Antropología Filosófico
Tercer Año	
Primer semestre Bases Científicas de la Medicina III Semiología General Bioética Formación General	Segundo semestre Historia de la Medicina Bases Clínicas en Medicina Interna y Cirugía Semiología de Sistemas Formación General Psicología Médica
Cuarto Año	
Primer semestre Medicina Interna Psiquiatría I Cirugía	Segundo semestre Medicina Interna Psiquiatría II Cirugía
Quinto año	
Primer semestre Subespecialidades I y II Salud Pública I y II: Dermatología Neurología Oftalmología Otorrinolaringología Pediatría Obstetricia y Ginecología	Segundo semestre Subespecialidades I y II Salud Pública I y II: Dermatología Neurología Oftalmología Otorrinolaringología Pediatría Obstetricia y Ginecología
Sexto Año (régimen de rotaciones de 17 semanas)	
Internados y Pregrados en: Medicina Interna Pediatría Cirugía Obstetricia y Ginecología Salud Primaria	
Séptimo año (régimen de rotaciones de 17 semanas)	
Internados y Pregrados en: Medicina Interna Pediatría	Salud Primaria Integración Internados Obstetricia y Ginecología Cirugía

D.- La Formación Médica en Chile a partir del Análisis de las Mallas Curriculares de Pregrado

Uno de los objetivos de esta tesis es verificar el número de cursos vinculados a las Ciencias sociales que, actualmente, se dictan como parte de la malla curricular de los alumnos de pregrado de la carrera de medicina de las diferentes universidades de nuestro país. Sin embargo, al comenzar la búsqueda de información nos encontramos con la dificultad de que no existe ningún tipo de registro o lista oficial de las Universidades chilenas que imparten la carrera de medicina. Por lo menos, así lo constatamos al consultar vía e-mail a los sitios Web del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas y Colegio Médico de Chile. En el Colegio Médico, nos recomendaron revisar el sitio Web de Universia para conseguir el listado, lo cual hicimos. Posteriormente, revisamos los sitios Web de cada una de las Universidades chilenas, de esta manera pudimos contrastar la información obtenida en el sitio de Internet antes mencionado.

Según la información recopilada en esta investigación, existen 19 universidades en nuestro país que imparten la carrera de medicina. Dentro de las cuales 6 son estatales, mientras que las restantes son privadas.

La carrera de medicina tiene, en todas las universidades que la imparten, una duración de 14 semestres, es decir, siete años; siendo en la mayoría de los casos, los dos últimos utilizados en los internados o, más bien, en lo que podríamos denominar la práctica (o terreno) Médica.

Los aranceles anuales de esta carrera fluctúan entre los \$2.506.450 en la Universidad de Santiago y los \$4.500.000 de la Universidad Finis Terrae.

Los cupos disponibles son diferentes en las distintas universidades. La Universidad de Chile es la que ofrece mayor cantidad de cupos (170) y la Universidad Austral de Chile es la que tiene la menor cantidad de matriculas para alumnos nuevos (45).

Al estudiar y analizar las distintas mallas curriculares de las universidades chilenas que imparten la carrera de Medicina encontramos que, en todas ellas existen cursos que dicen relación con el área social. Si bien, el número de éstos cursos no es importante respecto al número total de ramos que deben cursar dentro de la carrera (oscilan entre un máximo de 27 en la Universidad del Mar y sólo 1 en la Universidad Diego Portales) dan cuenta de un cierto grado de reconocimiento de la trascendencia de los aportes que han realizados las distintas Ciencias Sociales y Humanidades al estudio de los problemas médicos y de un intento de integrar estos conocimientos en la formación de los futuros profesionales de la salud.

Cabe señalar que, para efectos de nuestro análisis consideramos e incluimos como cursos relacionados a la temática social, también todos aquellos denominados como de “formación General” y “electivos”. No obstante, estamos conscientes que los alumnos pueden optar por tomar algún curso electivo que refuerce su estudio de los temas de salud y, por lo tanto, no contribuir a mejorar su conocimiento sobre los aspectos sociales, psicológicos y culturales del proceso salud-enfermedad. La decisión de seguir este criterio, se tomó debido a que existe la posibilidad de que estos tipos de cursos puedan constituir un elemento que contribuya a ampliar la visión que comienza a formarse en los futuros médicos de nuestro país.

UNIVERSIDAD	NOMBRES DE LOS CURSOS	Nº TOTAL CURSOS
Universidad Católica de Chile	-Fundamentos Filosóficos de la Biología y Medicina -Salud Pública -Historia de la Medicina -Ética Médica -Administración y Medicina Social	5
Universidad Andrés Bello	-Electivos de Formación General (3) -Antropología -Psicología -Ética Médica I y II -Salud Pública I y II -Internado Medicina Comunitaria	10
Universidad Austral de Chile	-Antropología Médica -Salud Comunitaria -Introducción a la Ética Médica -Ética Médica II -Epidemiología General -Ética Médica y Bioética -Antropología Jurídico Legal	7
Universidad Católica de la Santísima Concepción	-Introducción al Pensamiento Filosófico -Teología Fundamental -Antropología Filosófica -Teología Dogmática -Epidemiología -Antropología Teológica -Teología Moral -Salud Pública -Bioética I, II y III	11
Universidad Católica del Maule	-Salud en la Comunidad -Habilidades informacionales en Cs. de la Salud -Psicología Médica -Electivo de Formación General (3) -Epidemiología -Salud Pública y Medicina Preventiva -Introducción a la Fe Cristiana -Ética Cristiana -Ética Médica -Salud Familiar -Desarrollo Personal	13
Universidad Católica del Norte	-Salud Pública I, II, III y IV -Formación General Teológica -Ética Médica I y II	7
Universidad de Antofagasta	-Psicología -Ética General -Desarrollo Personal -Formación General I, II y III -Sociología -Epidemiología -Antropología -Medicina Preventiva y Social -Ética Médica	11
Universidad de Chile	-Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos (5) -Bases Conceptuales y Prácticas de la Medicina -Psicología Médica -Sociología Médica -Salud Pública I, II y III -Formación General (4) -Semiología -Internado Medicina y Bioética -Internado Pediatría y Bioética	18
Universidad de Concepción	-Antropología Médica -Bioética y Profesionalismo	

Universidad de Concepción	<ul style="list-style-type: none"> -Medicina Basada en Evidencia -Psicología Médica -Integrado Salud Pública -Salud Pública -Asignatura Complementaria (2) -Semiología de Especialidades 	9
Universidad de la Frontera	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo Personal e Interpersonal I y II -Psicología Médica -Semiología -Bioética -Demografía y Salud -Medicina Basada en Evidencia -Módulo Integrado Obstetricia, Ginecología y Salud Pública -Módulo Integrado Pediatría, Cirugía Infantil y Salud Pública 	9
Universidad de los Andes	<ul style="list-style-type: none"> -Antropología Filosófica -Teología I y II -Psicología -Antropología Médica -Epidemiología -Ética Médica -Teología Moral -Medicina Social -Doctrina Social de la Iglesia -Seminarios de Ética Médica 	11
Universidad de Santiago de Chile	<ul style="list-style-type: none"> -Ética y Filosofía de la Medicina -Semiología -Salud Pública -Ética de la Decisión Médica -Epidemiología -Seminario de Bioética 	6
Universidad de Valparaíso	<ul style="list-style-type: none"> -Salud y Sociedad I y II -Medicina Basada en Evidencias -Asignatura Electiva (10) 	13
Universidad del Desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> -Bioética -Comunicación en Salud -Responsabilidad Pública -Ética Médica -Salud Pública -Epidemiología e Investigación 	6
Universidad del Mar	<ul style="list-style-type: none"> -Enfoque Bio-psico-social (5) -Salud Familiar y Comunitaria (5) -Medicina Legal y Ética (5) -Salud Pública, Gestión e Investigación (5) -Desarrollo Personal (5) -Ser humano Bio-psico-social -Proceso Salud- Enfermedad 	27
Universidad Diego Portales	<ul style="list-style-type: none"> -Bases Humanísticas para la Práctica Médica (2) -Bases Bioéticas para la Práctica Médica (3) -Introducción a la Salud Pública -Cursos de Formación Integral (4) 	10
Universidad Finis Terrae	<ul style="list-style-type: none"> -Psicología Médica -Salud Pública 	2
Universidad Mayor	<ul style="list-style-type: none"> -Ética I, II, III, IV y V -Psicología -Desarrollo y crecimiento Personal -Socio- antropología -Salud Pública 	9
Universidad San Sebastián	<ul style="list-style-type: none"> -Antropología Filosófica -Historia de la Medicina -Salud Pública I y II -Bioética -Psicología Médica 	6

La tabla anterior nos muestra cada una de las 19 universidades chilenas que imparten la carrera de medicina, así como la totalidad de los cursos del ámbito social y humanista, incluyendo aquellos relacionados con temas éticos y de formación general, que encontramos en sus respectivas mallas curriculares.

Como podemos apreciar, la Universidad del Mar es la que tiene mayor cantidad de cursos (27), seguida de la Universidad de Chile (18) y de las Universidades de Valparaíso y Católica del Maule (ambas con 13); mientras que la Universidad Finis Terrae (2), Universidad Católica (5) son las que tienen menos cursos del área social y humanista.

Otro elemento importante de mencionar, es que para incluirlos en nuestro conteo tuvimos que guiarnos sólo por el nombre del curso, ya que, no contamos con el programa de cada curso ni conocemos el personal docente que los imparte, todo esto nos hace cuestionar el tipo de orientación y perspectivas que tienen dichos cursos, debido a que existe la posibilidad de que éstos tengan el mismo énfasis biomédico que creemos que tiene la formación de pregrado de los futuros médicos en nuestro país.

Cabe señalar que el caso de la Universidad del Mar, la malla curricular de medicina se presentaba en forma anual, y los cursos estaban expresados como “ejes curriculares”, por lo menos, de esta forma lo interpretamos. Dado que al contabilizar todos los cursos llegábamos a la cifra de 27 (número muy elevado considerando que la Universidad de Chile, la siguiente con más cursos, sólo tiene 18) y como no teníamos la certeza de que estuviésemos interpretando correctamente la información entregada en la página Web de la universidad, nos comunicamos telefónicamente con la Facultad de Medicina de la Sede Iquique, ahí se nos informó que la malla se encontraba, actualmente, en revisión y que de hecho ya no la

encontraríamos publicada en el sitio Web de la universidad, lo cual pudimos verificar. Por lo tanto, reproducimos e interpretamos la malla curricular de esta universidad, tal como la obtuvimos en su sitio Web (consulta realizada a fines del mes de Octubre del presente año).

Otro caso que llama la atención es lo que ocurre con la malla curricular de la Universidad Católica de la Santísima Concepción. En esta universidad, encontramos que la carrera de medicina tiene un total de 11 cursos (incluidos los de formación general y los de ética); sin embargo, hay que resaltar el hecho de que la mayoría de dichos cursos (7) tiene relación con la formación ética, lo que es atribuible a la manifiesta orientación católica que tiene esta institución. Sin embargo, contrario a lo que esperábamos, esta situación se repitió en varias de las instituciones analizadas como, por ejemplo, en la Universidad Mayor y la de Santiago.

En relación a lo anterior, cabe destacar es el hecho de que las universidades que muestran mallas curriculares con mayor número de ramos orientados al ámbito social y, más específicamente, a la ética; también, muestran una mayor dispersión de dichos ramos, es decir, éstos se encuentran a lo largo de toda la carrera y no se concentran al principio ni al final de ella como ocurre en el resto de las universidades.

Por otra parte, si utilizamos un criterio estricto y contabilizamos solamente aquellos cursos que sean del área social, excluyendo los de “formación general” y los de ética; la situación cambia radicalmente. La cantidad de cursos del ámbito de las Ciencias Sociales que se imparten en las universidades chilenas, va desde 1 curso que corresponde a la Universidad Diego Portales; a un máximo de 17, en la Universidad del Mar.

A continuación, presentamos un cuadro resumen con cada una de las universidades, el número de cursos del área social y humanistas, el tipo de institución y su orientación religiosa.

Nombre	Cursos Cs Sociales	Cursos Humanistas	Tipo Universidad	Orientación Religiosa
U. Católica de Chile	4	1	Privada	Católica
U. Andrés Bello	5	5	Privada	Laica
U. Austral de Chile	4	3	Privada	Laica
U. Católica de la Santísima Concepción	4	7	Privada	Católica
U. Católica del Maule	6	7	Privada	Católica
U. Católica del Norte	4	3	Privada	Católica
U. de Antofagasta	5	6	Estatal	Laica
U. de Chile	12	6	Estatal	Laica
U. de Concepción	5	4	Estatal	Laica
U. de la Frontera	5	4	Estatal	Laica
U. de los Andes	5	6	Privada	Católica
U. de Santiago	3	3	Estatal	Laica
U. de Valparaíso	2	11	Estatal	Laica
U. del Desarrollo	3	3	Privada	Católica
U. del Mar	17	10	Privada	Laico
U. Diego Portales	1	9	Privada	Laica
U. Finis Terrae	2	0	Privada	Católica
U. Mayor	3	6	Privada	Laica
U. San Sebastián	5	1	Privada	Laica

En este punto, nos gustaría mencionar que sólo dos universidades (Universidad de Chile y Universidad de Antofagasta) tienen cursos de sociología dentro de sus mallas curriculares. Mientras que de las 19 universidades estudiadas, 10 tienen algún curso relacionado con la antropología, psicología o sociología, aunque este tipo de curso no excede de 2 en ninguna universidad.

Finalmente, nos referiremos al caso específico de la Universidad de Chile debido a que nos interesa, particularmente, como ha sido el

proceso de incorporación de las Ciencias Sociales a la carrera de medicina en nuestra casa de estudio.

La Universidad de Chile es una de las dos universidades chilenas que posee un curso de sociología (específicamente de sociología médica) dentro de la malla curricular de pregrado de la carrera de medicina. Además, incluye hasta el quinto año un curso (al parecer de carácter anual) denominado “Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos”; tres cursos de Salud Pública, uno de Psicología Médica y dos internados que recogen la perspectiva Bioética (Internado de Medicina y bioética, e Internado de Pediatría y Bioética).

Los 5 cursos “Fundamentos Antropológicos, Humanísticos y éticos” que se incluyen en la malla de medicina están conformados por unidades temáticas tales como: Bioética, Antropología Médica, Historia de la medicina universal y de la medicina chilena, etc.

VI.- Conclusiones

Si bien es cierto que los médicos son capaces de diagnosticar y tratar de manera efectiva un sinnúmero de enfermedades, también es cierto que han dejado de lado una importante cantidad de padecimientos porque no se ajustan a los criterios que el paradigma biomédico impone. Me refiero, específica y principalmente, a las enfermedades mentales o psiquiátricas, muchas de las cuales hace muy poco tiempo han sido reconocidas como realmente patologías.

Actualmente, la perspectiva médica concibe la enfermedad como una desviación, un estado anormal. Esto implicaría la existencia de un ente patógeno en el cuerpo que puede ser aprehendido de manera objetiva. Por lo tanto, el diagnóstico de una determinada enfermedad es producto de la correlación de los síntomas observables y los conocimientos que se han logrado a través de los avances técnicos de la medicina sobre el funcionamiento fisiológico del cuerpo humano.

De acuerdo a lo anterior, la función del médico sería diagnosticar la enfermedad de acuerdo a los criterios que la profesión médica ha definido e impuesto como desviación biológica y que definiría, en última instancia, a las personas “enfermas”; en segundo lugar, el médico debería aplicar algún tipo de acción para solucionar dicha condición patológica y volver al paciente a la normalidad. Es decir, la biomedicina también excluye todas las sensaciones subjetivas de enfermedad que experimentan los sujetos y todos los factores socioculturales que la rodean, centrándose únicamente en lo objetivo, en lo que es observable.

Creemos que la medicina, aquella dominada por el paradigma biomédico, opera en dos sentidos: El primero, se refiere a la focalización en los aspectos fisiopatológicos de la enfermedad, ya que,

excluye una cantidad importante de patologías (especialmente las mentales); el segundo, se refiere a las relaciones de poder ejercidas por la medicina moderna sobre otras medicinas, sobre los pacientes y sobre la terapéutica. Estas relaciones de poder refuerzan, implícitamente la hegemonía del paradigma desde el cual se ejerce la biomedicina.

Tradicionalmente, en sociología la enfermedad ha sido considerada también como una conducta desviada. Sin embargo, a diferencia de la perspectiva biomédica, la desviación o condición anormal no solo ocurre a nivel biológico sino también social, es decir, el sujeto no sólo está enfermo sino que se comporta como tal.

Lo que se postula es que sin dejar de lado ni restar importancia a la dimensión biológica del fenómeno salud- enfermedad, hay que poner énfasis en la necesidad de construir un paradigma que considere la enfermedad como un acontecer humano (no sólo natural) que involucra a la totalidad del hombre y del ambiente que lo rodea.

Un elemento que llama la atención, es que la medicina no posee un concepto general de enfermedad que este inserto dentro de una teoría general de la salud- enfermedad. La falta de un modelo teórico se debe, desde nuestra perspectiva, al poco interés que muestra la disciplina médica en definir críticamente los conceptos base de su práctica, lo cual puede ser consecuencia de que los médicos han optado por ser una disciplina más técnica, tendencia que se ha visto reforzada por los éxitos logrados por la perspectiva biomédica.

Con respecto a lo anteriormente señalado, es fácil verificar la falta de un modelo teórico de la salud- enfermedad y la poca discusión que existe en la medicina sobre el tema. Prácticamente, no hay textos que se refieran al tema y de los que existen la mayoría toma una perspectiva valorica o novelesca, en el caso de nuestro país, la situación es aún

más crítica, ya que, a duras penas se encuentran textos que centren su problemática sobre la medicina y cuando se encuentran son textos de historia o de bioética (tan de moda actualmente) escritos por médicos. Sin textos de apoyo, es posible inferir la dificultad de educar o discutir críticamente sobre el tema, en el ámbito universitario.

Además, existe una escasez de material bibliográfico en nuestro país sobre los avances y contribuciones de las Ciencias Sociales en el área médica y hay aún menos escritos nacionales sobre el tema. Esto nos hace reflexionar sobre la calidad de la docencia (sobre todo en lo relativo a las ciencias sociales) que se imparte en nuestras universidades, debido a la carencia de fuentes y material bibliográfico, lo que uno podría inferir que es un requisito mínimo a la hora de impartir un curso.

Señalamos en nuestra tesis que muchas voces se han alzado para denunciar el reduccionismo biológico del paradigma biomédico a la luz, principalmente, de las contribuciones realizadas por las distintas ciencias sociales. También señalamos que han surgido voces dentro de la misma medicina y nos referimos brevemente a la bioética.

Desde nuestra perspectiva, la aparición de la llamada bioética es un fenómeno que no debiera sorprendernos. Se trata de una consecuencia o reacción frente a las nuevas técnicas y tecnologías que comienzan a utilizarse, las cuales plantean dilemas éticos de proporciones nunca antes vistas en medicina. El éxito que ha tenido en algunos países y en particular en Chile, ha dado lugar a una multiplicación de cursos de pregrado vinculados a la ética. Este fenómeno ha ocurrido, prácticamente, en todas las escuelas de medicina de nuestro país y creemos se debe a un mal entendido, a una confusión.

Para profundizar lo anterior, nos gustaría señalar que todos los textos sobre medicina a los que tuvimos acceso, sin excepción, reconocen que el proceso salud- enfermedad es un fenómeno biopsicosociocultural y, por lo tanto, su estudio requiere integrar las contribuciones de las ciencias sociales. También, se reconoce la necesidad de que las mallas curriculares de pregrado den cuenta de esta nueva perspectiva integral e incluyan cursos que entreguen a los futuros médicos la visión y enfoque de las ciencias sociales.

No obstante, este discurso preconizado por los médicos ha quedado sólo en el papel. La integración de las ciencias sociales a las escuelas de medicina, por lo menos en nuestro país, no ha ocurrido realmente. En algún momento, se asimiló la inclusión de cursos de bioética y ética a la integración de las ciencias sociales en la formación médica, lo cual es un error.

Básicamente, podemos decir que aún los aportes de las disciplinas sociales se encuentran, por lo menos en nuestro país, en la periferia del conocimiento médico y constituyen un mero trámite dentro de las mallas curriculares. Afirmamos esto, debido a los escasos cursos del ámbito social que encontramos, lo que nos permite inferir que éstos pasarán sin tener ningún tipo de importancia ni constituirán un aporte a la formación académica de los futuros médicos. No existe una continuidad en la enseñanza de la perspectiva de las Ciencias Sociales y es difícil creer que uno o dos cursos son suficientes para entregar las herramientas necesarias para formar un profesional con capacidad crítica, que sea capaz de incorporar los aportes de la sociología y de las demás Ciencias Sociales en su práctica cotidiana.

Lamentablemente, este panorama parece que no cambiará a corto plazo, al menos no hasta que la comunidad médica y las instituciones que imparten la carrera, comprendan que un enfoque integral del

fenómeno de la salud- enfermedad requiere una incorporación real y permanente de las Ciencias Sociales a la formación de los médicos y que esta incorporación no pasa por una multiplicación de cursos de ética.

Destacable es, por lo menos, el intento de modificación de algunos de los currículums de pregrado con el fin de adaptarlos a las necesidades de salud de la población y adecuarlo al actual desarrollo teórico que a nivel internacional se ha hecho sobre el proceso salud-enfermedad. Lamentablemente, esto se ha cristalizado en sólo unos pocos cursos, tales como Medicina familiar, comunitaria, etc.

Esto nos hace concluir que las escuelas de medicina de nuestro país han sido incapaces de actualizar sus programas de estudio con la misma velocidad en que se transforma la realidad en el ámbito de la salud- enfermedad, y nos hace pensar la necesidad de integrar permanentemente las Ciencias Sociales, no sólo a nivel curricular sino también a nivel docente y al ámbito médico en general.

También, consideramos necesario integrar a la formación de los médicos las nuevas disciplinas y sus desarrollos propios (sociología médica, antropología médica, psicología de la salud, etc.), ya que sólo esto permitirá mantener a la medicina actualizada y en constante transformación.

La capacidad de cambiar, de transformarse y de adaptarse es, desde nuestra perspectiva, fundamental para lograr una medicina y un sistema de salud capaz de satisfacer las necesidades de la población a la cual se debe.

La reticencia de la medicina (cuya base es el paradigma biomédico) a la innovación y al cambio es uno de principales problemas

que se enfrenta a la hora de incorporar las Ciencias Sociales en la formación médica. Según Gyarmati (1992), “Cuando un grupo o sector social logra un alto status o poder gracias a sus ideas creativas para enfrentar determinadas circunstancias históricas, tiende a aferrarse a los mismos métodos e ideas que lo llevaron al éxito aún cuando las circunstancias con el tiempo hayan cambiado”.

Este parece ser el caso de la medicina biomédica. Esto es, desde nuestra visión, producto de que se percibe toda innovación como una amenaza al status social y económico que ha alcanzado; además, de la incapacidad de entender que el proceso salud- enfermedad, como hecho social es variable, que se modifica constantemente y, por lo tanto, es necesario que la medicina sea capaz de adaptarse a los nuevos requerimientos que van surgiendo.

Finalmente, otro elemento sobre el cual queremos llamar la atención, es la aparición de la llamada medicina basada en evidencias (MBE) que según sus defensores se plantea como el nuevo paradigma médico. Una especie de avance o superación respecto al paradigma biomédico.

Supuestamente, se trataría de una nueva forma de enseñar y practicar la medicina. Sin embargo, no se puede dejar de cuestionar que después de más de 400 años en los que, sin lugar a dudas, ha gobernado la ciencia y la investigación científica; se plantee como una idea novedosa y como una contribución, que la medicina debe utilizar la mejor evidencia disponible y ésta es sólo la que se obtiene a través del método científico.

La llamada “evidencia” no es más que el resultado de la investigación científica, entonces se trataría de un descubrimiento o redescubrimiento de la científicidad por parte de la medicina y si esto es

efectivo ¿qué es lo que ha estado haciendo la medicina por casi medio siglo?.

Nos parece que bajo ninguna perspectiva, la MBE es un nuevo paradigma y por eso no profundizamos sobre ella en esta tesis. Sin embargo, nos referimos a ella porque la consideramos que se trata de una nueva vuelta de tuerca de la comunidad médica, un nuevo intento de mantener el statu quo, algo parecido a lo que ha pasado con la asimilación de la ética como incorporación de las Ciencias Sociales a la formación médica. La MBE no es más que el reconocimiento por parte de la medicina de un fundamento esencial y común a toda ciencia: el método científico.

Para concluir, queremos subrayar la pertinencia del análisis social sobre el proceso salud- enfermedad, ya que, si este proceso deriva, se desarrolla o se modifica en determinadas condiciones sociales, entonces podemos decir que se trata de un fenómeno social y, en este sentido, las Ciencias Sociales y la sociología tienen aún mucho que aportar en su estudio.

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos”, Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio de 1964. [Consulta: 23 de noviembre del 2003] en <<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>>.

ATRIA, RAÚL “La Teorización Sociológica de Talcott Parsons: El funcionalismo Integral del sistema social”, Segundo semestre de 1998, Apuntes de clase: Teoría Sociológica II.

BANCO MUNDIAL “La Educación Superior en los países en desarrollo. Peligros y promesas”. Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad, 2000.

BERNASCONI, ANDRÉS Y ROJAS, FERNANDO “Informe sobre la Educación Superior en Chile: 1980-2003”. Digital Observatory for higher education in Latin America and the Caribbean, reporte IESAL disponible en www.iesalc.unesco.org.ve. Publicado en Agosto del 2003.

BRUNNER, J.J. “América Latina. Políticas de Educación Superior durante los años noventa: dinámicas y efectos”. Documento de Trabajo N° 8/2000. Corporación de Promoción Universitaria. Santiago de Chile. 2000. (Mimeógrafo).

BRUNNER, J.J “Nuevas demandas y sus consecuencias para la educación superior”, 2002.

BOLETIN FACULTAD DE MEDICINA <http://www.uchile.cl/facultades/medicina/boletín/boletin18/arti3.html> Publicado el 17 de abril del 2003. [Consultado el 28 Octubre 2007]

BOTERO, JAVIER “Proceso de acreditación en el desarrollo de las Universidades” en Cambios en la Educación Superior, Centro de Interuniversitario de Desarrollo, 2005.

BUNGE, PATRICIA “Nuevos Paradigmas en la Antropología Médica”, Ponencia 4º Congreso Chileno de Antropología, Noviembre del 2003, Universidad de Chile.

BUSTOS DOMÍNGUEZ, REINALDO “Las Enfermedades de la Medicina”, 1998. Ediciones Chile América, CESOC, Santiago, Chile.

BYK, CHRISTIAN “Realidad y sentido de la bioética en el plano mundial”, 1977. Revista electrónica Cuadernos de Bioética, N° 1, año 1997, Argentina. [Consulta: 15 de octubre del 2004] en <<http://www.cuadernos.bioetica.org/doctrina9.htm>>.

CARUNCHO, C. Y MAYOBRE, P. “Novos Dereitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia”, 1998. Tórculo Edicións, Santiago de la Compostela, España, pp.1993- 206. [Consulta: Enero del 2005] en <<http://webs.uvigo.es/p.mayobre/indicearticulos.htm>>.

CASTRO, ROBERTO “Criterios para la enseñanza de Sociología Médica en el ámbito de la salud pública” Revista Salud Pública de México, Noviembre- Diciembre de 1992, VOL.34, No.6 [Consulta: Octubre del 2007] en <http://www.insp.mx/salud/34/346-9s.html>

CASTRO, ROBERTO Y BRONFMAN, MARIO “Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una discusión”, 1998. Foro Mundial de

Salud Reproductiva. [Consulta: Marzo del 2006] en <<http://www.hsph.harvard.edu/organization/healthnet/spanish/course/session1/teoria.html>>

CERRUTTI BASSO, STELLA “Salud y Sexualidad desde una Perspectiva de Género”, Curso electrónico de de Cultura, Salud y Reproducción en América Latina. [Consulta: Octubre del 2006] en <<http://hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/-spanish/course/session1/saludsexual.html>>

CIFUENTES, LUIS “La Reforma Universitaria en Chile”, 1997. Sever Editor, Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

COCKERHAM, WILLIAM C. “Sociología de la Medicina”, 2002. Pearson Educación, S.A., Madrid, España.

COE, RODNEY M. “Sociología de la Medicina”, 1973. Alianza Universidad Editorial, España.

CUCURULL DE CAPÓNI, SANDRA N. “Lo Normal como Categoría Sociológica a través de Durkheim”, 1998. [en línea] Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brasil. [Consulta: Enero del 2006] en <<http://www.ideasapiens.com/filosofia.sxx/fsocial/lonormalcomocategoriasociologica.htm>>.

DAINO, LEONARDO M. “Fundamentación y contenido de la medicina antropológica”, 2000. El Capítulo: Una visión antropológica de la salud y enfermedad. Sociedad Argentina de Antropología Médica y Medicina Antropológica, Buenos Aires, Argentina.

DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO PLANETA Editorial Planeta, S.A. Segunda Edición, 1984. Barcelona, España. Tomo N°1, pp 376.

EHRENREICH, BARBARA Y ENGLISH, DEIRDRE “Brujas, Comadronas y Enfermeras: Historia de las Sanadoras”, 1988. Lasal Edicions de Les Dones, Barcelona, España.

FREIDSON, ELIOT “Profession of Medicine”, American Journal of Sociology, 1970.

FRENK, J. “La Crisis de la Salud Pública. Reflexiones para el debate” Washington, EEUU: OPS- Publicación científica; Publicación número 540, 1992.

FOUCAULT, MICHEL “El Nacimiento de la Clínica”, 1966. Siglo Veintiuno Editores, México.

“Historia de la locura en la Época Clásica”, 1967. Fondo de Cultura Económica, México.

“Enfermedad mental y personalidad” Editorial Piados, México, 1984.

“Saber y verdad”, 1991, Ediciones de la Piqueta, España.

GALÁN R, A; BLANCO, A y PÉREZ S. G, M^a ÁNGELES “Análisis del Concepto de enfermedad: Una acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar”, 2000. Revista Anales de Psicología, año 2000, Vol. 16; N^o2, pp. 157-166. Publicaciones de la Universidad de Murcia, España.

GALIMBERTI, UMBERTO “La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo”, Artículo publicado por la Revista Archipiélago N^o25, Otoño de 1996, Editorial Archipiélago, España.

GARCÍA, PELAYO “Teoría filosófica (gnoseológica) de la ciencia”, 2000. Diccionario filosófico, Biblioteca Filosofía en español. [Consultado: 25 de Julio 2003] en <<http://www.filosofia.org/filomat/df174.htm>>.

GIL MONTES, VERÓNICA “Las Ciencias y su Vínculo con la Ciencia Médica”, 2002. Revista Política y Cultura N°18, pp.219- 231. Dpto. de Política y Cultura, Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F. [Consultado: 13 de Octubre 2004] en <<http://www.xoc.uam.mx/polcul/pyc18/10-vero.pdf>>.

GOIC, ALEJANDRO “El fin de la Medicina”, 2002. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile.

GOIC, ALEJANDRO “*Creación de carreras tradicionales en nuevas universidades. El caso de medicina*”. Rev. Méd. Chile 1995; 123: 99-107.

GOIC, ALEJANDRO “Acreditación de Centros Formadores de Especialistas Médicos. Una valiosa experiencia chilena en la encrucijada”. 5º Seminario Nacional de Acreditación de Centros Formadores de Especialistas. Comisión Nacional de Acreditación Asociación Chilena de Facultades de Medicina. Talleres de la Central de Apuntes de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Santiago de Chile. 1994; 257-63.

GOIC, ALEJANDRO “Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica: causas y consecuencias”. Revista médica de Chile ISSN 0034-9887 versión impresa, 2002; Vol. 130, N° 8: 917-924

GORDON, GERALD “Role theory and illness”, New Haven, Conn: College and University Press, 1966.

GORE, SUSAN "Social network and social support in health care", 1989. Pp.306-331, Handbook of medical sociology, Editorial Prentice Hall, Estados Unidos.

GYARMATI, G. "La crisis de la Medicina y el Rol de la profesión médica en ella", 1992. Publicado en la Revista Vida Médica del Colegio Médico de Chile.

KOTTOW, MIGUEL Y BUSTOS REINALDO "Antropología Médica", 2005. Editorial Mediterráneo, Ltda. Santiago, Chile.

JARAMILLO S, EDGAR y ARROJAVE L., MARÍA GILMA "El Conocimiento de la Salud y las Ciencias Sociales", 1995. Revista Especial de Salud Pública N°3-4, pp.265- 276, Editorial Universidad Autónoma Metropolitana, México.

JOVELL, A. J. "El Futuro de la Profesión Médica", 2001. Revista Española de Salud Pública N°15, Barcelona, España

LAMA TORO, ALEXIS "Historia de la Medicina: Hechos y personajes", 2004. Editorial Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile.

LAPLANTINE, FRANCOIS "Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea", 1999. Ediciones del Sol, Serie Antropológica, Buenos Aires, Argentina.

LOLAS STEPKE, FERNANDO "Proposiciones para una teoría de la medicina", 1992. Editorial Universitaria, Santiago de Chile.

"Más allá del cuerpo: La construcción narrativa de la salud", 1997. Editorial Andrés Bello, Santiago, Chile.

“Bioética y Medicina”, 2002. Editorial Biblioteca Americana, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

LOPATEGUI, EDGAR “El Concepto de Salud: Conceptos básicos”, 2000. [Consulta: 25 de Octubre 2007] <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

LOPÉZ MORENO, SERGIO “Salud pública y medicina curativa: objetos de estudio y fronteras disciplinarias”, 2000. Revista Salud Pública de México, Vol. 42, N°2, Correspondiente al periodo Marzo–Abril del 2000.

MAINETTI, JOSÉ ALBERTO “Compendio Bioético”, 2000. Editorial Quirón, La Plata, Argentina.

MARIETAN, H. “Sobre los conceptos de salud/ enfermedad y normalidad/ anormalidad”, 1991. Revista Electrónica Alcmeon N°2, Enero de 1991. [Consulta: 25 de Julio 2007] <http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/02/a0206.htm>

MELLER, PATRICIO y RAPPOPORT, DAVID “Comparaciones internacionales de la dotación de profesionales y la posición relativa chilena”, 2005. Editorial Universitaria, Chile.

MINISTERIO DE SALUD Minuta Estudio Nacional sobre satisfacción y gasto en Salud año 2006 En el sitio Web [Consulta: 23 de Septiembre 2007] www.epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Minuta2SatisfaccionENSGS2005.pdf

OBACH KING, ALEJANDRA “Medicinas Alternativas y Complementarias en Chile: Una aproximación Antropológica desde una perspectiva de

género”, 2003. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Post-Grado.

ORTIZ QUEZADA, FEDERICO “Modelos Médicos”, 2001. Editorial McGraw Hill, México.

PARSONS, TALCOTT “Teoría de la Acción Social”, 1951. Editorial Macmillan, Inc. México.

RIVEROS, JORGE A – BERNÉ C. "Estudio de Satisfacción en servicios públicos de salud: caso de un hospital del sur de Chile", Actas del XV Congreso Internacional de Marketing, septiembre 2004, Alicante (España).

RITZER, GEORGE “Teoría Sociológica Clásica”, 2001a. Editorial McGraw- Hill /Interamericana, Madrid, España.

RITZER, GEORGE “Teoría Sociológica Contemporánea”, 2001b. Editorial McGraw-Hill/Interamericana, Madrid, España.

RUIZ ARGÜELLES, GUILLERMO JOSÉ “Sobre el Concepto de Enfermedad”, 1999. Revista Elementos N°36, Volumen N°6, Editorial UNAM, México.

SABO, DON “Comprender la Salud de los Hombres: Un enfoque relacional y sensible de género”, 2000. Publicación Ocasional N°4, Harvard Center for Population and Development Studies y Organización Panamericana de la Salud. [Consultado: Junio del 2005] en <<http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/Sabo.pdf>>.

SANCHEZ PEDREÑO, ORTUÑO “Conducta de Enfermedad y Actitud del Paciente hacia sus síntomas”, 2003. [Consulta: Abril del 2005] en <<http://www.sepsiquiatria.org/sepsiquiatria/html.informacionsociedad/manual/a3n6/htm>>.

STAGNARO, JUAN CARLOS “Biomedicina o Medicina antropológica”, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, 2002, Vol. XIII, Pág. 19-26.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE Apuntes de Medicina, Escuela de Medicina, Santiago, Chile. [Consulta: 25 de Marzo 2006] en <<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/historiamedicina/hist.med01.html>>.

VEGA- FRANCO, LEOPOLDO “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña Histórica”, 2002. Revista Salud Pública de México N°3, vol. N° 44, Correspondiente al periodo Mayo- Junio del 2002.

VELASCO, NICOLÁS “Educación Universitaria en Chile: Una visión desde la medicina” Rev. Chilena de Pediatría, Julio 1999, vol.70, N° 4, pág. 267- 269, Issn 0370-4106.

VERDÚ SORIANO, JOSÉ “Sociedad y Salud: Desigualdades en Salud”, 2000. Revista Escuela Universitaria de Enfermería N°2, Editorial Universidad de Alicante, España.

WOZNIAK, ROBERT H. “Mente y Cuerpo: De René Descartes a William James”, 1992. Exposición patrocinada por la National Library of Medicine, Bethesda, Maryland y la American Psychological Association, Washington D.C. 1992. Traducción al castellano de la versión original en inglés: Miguel Ángel de la Cruz Vives. [Consulta: el 15 de marzo del 2004] en <[Http://platea.pntic.mec.es/%7Emacruz/mente/descartes/indice.html](http://platea.pntic.mec.es/%7Emacruz/mente/descartes/indice.html)>.

YARZÁBAL, LUIS “Educación Superior en América Latina, realidad y perspectiva”, 1999. Revista de la Educación Superior, edición electrónica consultada en <http://www.mecesup.cl/mecesup1/difusion/revista.htm>

Listado de las Universidades en Chile que Imparten Medicina

Publicado en el sitio web de Universia y consultado el día 5 de enero del presente año. http://www.universia.cl/portada/actualidad/noticia_actualidad.jsp?noticia=116216