

**Capas de Naturaleza y naturalezas en la formación médica.
Univocidades y multiplicidades en la relación de la medicina
con la biología, la clínica y el sexo ***

**Camadas de Natureza e Naturezas na Formação Médica.
Univocidades e Multiplicidades na Relação da Medicina
com a Biologia, a Clínica e o Sexo**

***Layers Of Nature And Natures On Medical Training.
Univocities And Multiplicities In The Relationship
Between Medicine And Biology, Clinical Practice And Sex***

Ana Mines Cuenya **

En este artículo se aborda el modo en el que opera la noción de naturaleza en la formación de médicos y médicas en la carrera de medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Se propone pensar tal proceso en dos capas semiótico-materiales: la primera asociada a una definición de Naturaleza objetiva, fija, regular; la segunda, ligada a la idea de naturalezas contingentes y parciales. Se propone tal separación a fines analíticos, pero se afirma que ambas capas operan de modo yuxtapuesto. Tanto la capa de Naturaleza como de naturalezas son problematizadas a partir de tres dimensiones: lo biológico, lo clínico y el sexo. El *corpus* de esta investigación consiste en entrevistas a estudiantes de la carrera de medicina, los programas de las materias que la componen y expedientes administrativos en los que se establecen características de la carrera relevantes a los fines de esta investigación.

Palabras clave: naturaleza, medicina, sexo, clínica

* Recepción del artículo: 29/04/2016. Entrega de la evaluación definitiva: 14/12/2016.

** Licenciada en sociología y becaria doctoral del CONICET, Argentina. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza. Departamento de Salud, Centro Cultural de la Cooperación. Correo electrónico: anamines@gmail.com.

La autora agradece a los miembros del equipo UBACyT "Perspectivas Teórico- Metodológicas sobre Política, Género, Sexualidad y Salud en América Latina" -dirigido por Mario Pecheny-, quienes realizaron valiosos comentarios que mejoraron este artículo. También agradece a Lucía Ariza, por sus interpelaciones y sugerencias bibliográficas, y a Fernanda Carvajal, por la lectura atenta y sus devoluciones minuciosas. Por último, agradece a los evaluadores anónimos, quienes realizaron comentarios que ayudaron a mejorar este artículo. La investigación que da pie a este artículo fue posible gracias al financiamiento del CONICET.

Neste artigo, é abordado o modo em que a noção de natureza opera na formação de médicos e médicas no curso de medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA). Propõe-se pensar esse processo em duas camadas semiótico-materiais: a primeira associada a uma definição de Natureza objetiva, fixa, regular; a segunda ligada à ideia de naturezas contingentes e parciais. Essa divisão é proposta com fins analíticos, mas afirma-se que ambas as camadas operam de modo justaposto. Tanto a camada de Natureza quanto a de naturezas são problematizadas a partir de três dimensões: o biológico, o clínico e o sexo. O *corpus* da pesquisa consiste em entrevistas com estudantes do curso de medicina, os programas das disciplinas que o compõem e dossiês administrativos nos quais são estabelecidas as características do curso relevantes para esta pesquisa.

Palavras-chave: natureza, medicina, sexo, clínica

This paper approaches how the notion of nature operates in the training of doctors in the medical school of the University of Buenos Aires (UBA). It intends to think of this process in two semiotic-material layers: the first one linked to an objective, fix, regular definition of Nature; the second one, related to the idea of contingent and partial natures. This separation is proposed with an analytical purpose, but it is stated that both layers operate in a juxtaposed way. Both layers, Nature and natures, are problematized from three dimensions: the biological, the clinical and the sexual. The corpus of this research consists of interviews to medical students, the syllabi of the subjects and administrative files including characteristics of the course which are relevant to the purpose of this research.

Key words: nature, medical training, sex, clinic

Introducción

El objetivo de este artículo es explorar, describir e interpretar qué implica y cómo opera la naturaleza en la formación propuesta por la carrera de medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Cuando decimos naturaleza nos referimos a una compleja y dinámica composición, a un “artefacto” (Haraway, 1999), a un complejo “semiótico-material” (Barad, 1998; Haraway, 1995) resultado de entrecruzamientos de dimensiones biológicas, tecnológicas y culturales, tanto sociales como individuales.

Este artículo parte del supuesto de que, en las prácticas y los discursos que suceden en el marco de la carrera de medicina, la naturaleza opera de dos grandes modos: i) como realidad unívoca, abstracta, homogénea, biológica y regular; y ii) como multiplicidad, realidad parcial, contingente, fragmentaria, biológica, tecnológica y social y fundamentalmente situada. En el abordaje de los cuerpos y los procesos de salud y enfermedad que forman parte de la formación de médicos y médicas, estas dos ontologías de la naturaleza (Descola, 2012; Harris y Robb, 2012) -o en otras palabras: estas dos maneras de entender las propiedades y características de la naturaleza- conviven e incluso se yuxtaponen.

Para abordar nuestro objetivo, proponemos analizar estas dos ontologías a partir de la idea de “capa”. Tal como las entendemos aquí, las capas no suponen una sustancia o núcleo último. No operan como máscaras que encubren otra cosa. Las capas, por el contrario, remiten a dimensiones analíticas cuyo objetivo es indagar en aspectos disímiles de un mismo proceso. Las capas conforman una herramienta que nos permite examinar las configuraciones, los funcionamientos y los efectos de las naturalezas.

En la primera capa, gruesa y longeva, se hilvanan nociones generales como “lo biológico”, “el sexo” y “el modelo clínico hegemónico”. En esta capa lo biológico emerge como dado, objetivo, aislado. El sexo aparece como un dato monolítico, autoevidente conformado a partir de una economía dual que organiza los cuerpos no sólo en femeninos y masculinos, sino también en naturales y artificiales. Desde esta perspectiva, el abordaje clínico se caracteriza por su biologicismo. Llamamos a esta capa “Naturaleza” (en singular y con mayúscula).

La segunda capa se caracteriza por su multiplicidad y contingencia. Lo que la constituye no es generalizable. Por ejemplo, las especialidades disciplinarias y sus enfoques parciales y específicos (Mol, 2002) y lo irrepetible de la interacción entre un médico y un paciente (Canguilhem, 2004; Nietzsche, 2011) conforman instancias productivas con efectos materiales únicos. En esta capa se hilvanan “lo biológico como múltiple”, “los sexos” y “la clínica como un ejercicio situado”. Llamamos a esta capa “naturalezas” (en plural y con minúscula).

Las capas de Naturaleza y naturalezas no tienen una relación excluyente entre sí. Por el contrario, en la carrera de medicina de la UBA conviven en una relación de mutua y permanente penetración. Ambas forman parte del relato y las prácticas de un mismo estudiante o de una misma estudiante, de una misma materia, de una interacción médico-paciente. Separarlas en capas remite a una distinción analítica

mediante la cual enfatizamos en sus características y modos de funcionamiento. Como se verá, las capas no son simétricas: en la carrera que analizamos, la capa de Naturaleza conforma una ontología más consustanciada o enraizada que la de naturalezas.

Este artículo es el resultado de una investigación que asumió una metodología cualitativa. Específicamente, remite a un estudio de caso: la carrera de medicina de la UBA. Esta carrera tiene la mayor matrícula y egreso de médicos y médicas del país.¹ Es pública y gratuita. Su cursada está diseñada en seis años y se organiza en dos ciclos, el Biomédico y el Clínico, y en un tramo final llamado Internado Anual Rotatorio.

El *corpus* de esta investigación está compuesto por: i) entrevistas semi-estructuradas realizadas durante 2013 y 2014 a 24 estudiantes de la carrera de medicina, cuatro por cada año de cursada; y ii) los programas de las materias que componen el plan de estudio de la carrera aprobado en 2009 por la mencionada facultad, tal como consta en los expedientes 2.086.325 y 24.635/2009.

Para contactar a los entrevistados y entrevistadas hicimos uso de la técnica “bola de nieve”. Las entrevistas fueron realizadas a cada estudiante de manera individual. En el inicio de cada entrevista se dieron a conocer aspectos formales de la investigación. Entre éstos, se comunicaron sus objetivos. Conocerlos puede haber influido en los relatos de los entrevistados y entrevistadas. Las entrevistas fueron desgrabadas y enviadas a cada estudiante, ofreciendo la posibilidad de editarlas. Ningún entrevistado realizó cambios respecto a su relato original. Los fragmentos citados de las entrevistas se utilizan resguardando la confidencialidad de los participantes.

El análisis se realizó a partir de la configuración de las dimensiones ya mencionadas: lo biológico (como universal y como múltiple), el sexo (como singular o como plural) y la clínica (como modelo hegemónico o como ejercicio situado). Para ello se utilizó un *software* de análisis de datos cualitativos.

1. Dimensiones teóricas

En este apartado vamos a dar cuenta de las características principales de nuestras dimensiones de análisis. Comenzaremos por las particularidades y diferencias que hacen a nuestras capas de Naturaleza y naturalezas.

1. Según el anuario 2013 de *Estadísticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación*, durante ese año egresaron de la carrera de medicina de la UBA 1501 médicos y médicas. La siguen la carrera de la Universidad Nacional de Rosario, con 1323, y la de la Universidad Nacional del Córdoba, con 492. Las universidades de gestión privada tienen una cantidad de egresos notablemente inferior (Secretaría de Políticas Universitarias, Ministerio de Educación de la Nación, 2013).

1.1. Naturaleza y naturalezas

La noción de Naturaleza constituye, junto con la idea de Cultura, uno de los binomios más relevantes del pensamiento moderno occidental (Ortner, 2006). Histórico y por lo tanto contingente, este poderoso imaginario conlleva el supuesto de que aquello que lo conforma es susceptible de ser descripto en términos objetivos. Oculta las huellas que dan cuenta de su construcción y, al mismo tiempo, se erige como realidad trascendental: no precisa particularizarse. La Naturaleza es y está más allá de la historia y la política. En palabras de Descola, “la naturaleza como dominio ontológico autónomo, campo de investigación y experimentación científica, objeto por explorar y mejorar, accede a una existencia que muy pocos sueñan con poner en duda” (2012: 119).

Según Haraway (1995), la biología ha sido la ciencia que históricamente ha construido y difundido el relato totalizante y ahistórico de la Naturaleza. En un pasaje que revela y perturba, Haraway afirma que la Naturaleza es algo que no podemos tener, pero que tampoco podemos parar de desear. Ésta, en efecto, “es un topos (...) es, estrictamente, un lugar común (...) Es figura, construcción, artefacto, movimiento, desplazamiento. La naturaleza no puede preexistir a su construcción” (1999: 122; *italicas en el original*).

Decir que la Naturaleza no preexiste a su construcción no implica negar la existencia de aquello que ha sido, históricamente, objeto de las ciencias biológicas. Tal como afirma Latour, “cuando decimos que no existe mundo exterior, no significa que neguemos su existencia, sino al contrario, que nos negamos a concederle una existencia no histórica, aislada, inhumana, fría, y objetiva” (2001: 28). La Naturaleza es una ficción que se pretende exhaustiva. Las naturalezas, en plural, son el resultado de las incesantes relaciones productivas que tenemos todos y todas con aquellas sustancias biológicas, tecnológicas y semióticas como, por ejemplo, el cuerpo. La Naturaleza se caracteriza por ser regular, permanente, biológica, estanca, universal y trascendental. Las naturalezas son precarias, fragmentadas, híbridas, contingentes, situadas y biológicas, sociales y tecnológicas.²

Tal como afirma Latour (2013), la materialidad de los procesos biológicos no compone una exterioridad respecto de las representaciones sociales ni las representaciones sociales son ajenas a la materialidad que, se supone, representan. Ambas dimensiones construyen y se construyen en su interacción.

Las naturalezas no son pasivas, sus características y procesos tienen consecuencias tanto para humanos como para no humanos. Según Alaimo y Herkman, necesitamos caminos para entender “la agencia, significancia y el poder regularmente transformador del mundo -caminos que dan cuenta de una miríada

2. La idea de Naturaleza y naturalezas es deudora de la idea de “la ciencia y las ciencias” propuesta por Latour (2001).

‘intra-acción’ (en los términos de Karen Barad) entre fenómenos que son materiales, discursivos, humanos, más-que-humanos, corporales y tecnológicos” (2008: 5).

La medicina no es ajena a los modos en los que se concibe la naturaleza. Por el contrario, sus estrategias clínicas, investigaciones y propuestas terapéuticas, entre otras, se definen en relación a los modos de entender lo natural, lo biológico (Savransky y Rosengarten, 2016). El modelo científico-natural de la medicina representa no sólo una teoría que asume una determinada interpretación del cuerpo, la enfermedad y la salud, sino “que también supone una metodología anatómo-clínica, fisiopatológica y etiopatológica que da lugar a un tipo determinado de exploración, diagnóstico y tratamiento” (Digilio, 2004).

La medicina interviene, cura, transforma y moldea con los cuerpos con los que trata. Asimismo, los modos en los que la medicina concibe los cuerpos, inciden en la mirada, las prácticas y los discursos de esta disciplina. Siguiendo a Canguilhem (2004, 2011), la historia de la medicina ha consistido en un proceso de mutua construcción entre lo biológico y el ejercicio médico, de tal modo que ambos se forman y dan forma.

1.2. El biologicismo

Siguiendo la propuesta de Lewontin, Rose, y Kamin, el biologicismo es un modo reduccionista de explicar procesos de la vida humana en el que “las flechas de causalidad van desde los genes a lo humano y de lo humano a la humanidad” (1987: 30).³ Por su parte, Menéndez (2009) afirma que el biologicismo está relacionado con la identificación de la medicina con la racionalidad científica positivista. Esta perspectiva no sólo distingue sino que tiende a jerarquizar los conocimientos identificados como biológicos en detrimento de los señalados como sociales o culturales. El biologicismo, según Menéndez, es una perspectiva característica de lo que él llama modelo médico hegemónico (en adelante, MMH).

El MMH es una abstracción, un instrumento de análisis construido a partir de la generalización de regularidades detectadas en el funcionamiento del sistema médico. Entre ellas, Menéndez señala que la medicina suele organizar los procesos de salud, enfermedad y atención a partir del binomio sano/patológico, y con énfasis en lo patológico. Asimismo, afirma que la medicina tiende a un abordaje que aísla a los sujetos de su contexto. La mirada médica se centra en lo que identifica como biológico, subrayando los procesos de diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma. Otras características del MMH son la asimetría en la relación médico/paciente y la exclusión de los saberes y experiencias de este último (Menéndez, 2009).

3. Agradezco a mi amiga y compañera María Luisa Peralta por haberme recomendado este libro.

Numerosas investigaciones (La Valle, 2012 y 2013; Pinilla, 2011; Semberoiz y Murúa, 2016, entre otras) destacan los efectos nocivos del biologicismo para el ejercicio médico. Señalan, por ejemplo, la “deshumanización del paciente” (Semberoiz y Murúa, 2016), la fragmentación, la despersonalización y la discontinuidad en la atención, los costos crecientes de tratamientos médicos de “utilidad dudosa”, entre otros (La Valle, 2012). Como alternativa proponen el desarrollo de modelos de formación de profesionales basados en problemas o en casos y un modelo clínico centrado en el paciente o la paciente (Pinilla, 2011). Esta contrapropuesta se justifica en argumentos éticos, la mejora en la adherencia de tratamientos y en la disminución de la conflictividad en la relación médico-paciente y de los pacientes o las pacientes con las instituciones de salud (Pace, 2013; Pinilla, 2011).

1.3. El sexo

Tal como se señala en numerosas investigaciones (Alaimo y Hekman, 2008; Fausto-Sterling, 2006; Keane y Rosengarten, 2002; Ortner, 2006, entre otras), la utilización del binomio sexo/género es el correlato del binomio naturaleza/cultura: el sexo sería lo biológico y el género lo social. Según Fausto-Sterling (2006), promover una interpretación del género según la cual éste nada tiene que ver con lo biológico tiene como efecto no sólo la reinscripción del binomio naturaleza/cultura, sino también el abandono del cuerpo biológico en manos de las corporaciones biomédicas.

Los estudios feministas sobre la ciencia han insistido en la importancia de una epistemología que aborde los cuerpos como una constitución mutua entre aquello que se considera objetivo y subjetivo, natural y cultural, humano y no humano (Barad, 2011). Autoras como Hird (2012) abogan por una epistemología que enfatice en el reconocimiento de la dimensión material de los procesos biológicos desde ontologías no masculinistas, ni teleológicas, ni deterministas.

65

Desde los estudios trans, se cuestiona la correspondencia natural, fija e inmutable entre el sexo y el género (Maffía y Cabral, 2003; Stryker y Whittle, 2013). Considerar el sexo como una instancia biológica determinante no sólo constituye un factor de opresión para las personas trans (Gomes de Jesus y Alves, 2012), sino que oblitera los efectos de las “normas corporización generizadas” (Stryker, 1994); es decir: aquellas que actúan sobre todos los cuerpos construyéndolos según parámetros normativos de sexo-género.

El binomio sexo/género (naturaleza/cultura) favorece la asimetría de género, situando lo masculino como parámetro o canon a partir del cual medir, evaluar y

4. Siguiendo a Cabral, (2014b), “vivimos en una cultura en la que ser o parecer trans tiene consecuencias materiales y simbólicas inmediatas. Sobre todo, una: valer menos que las personas cis, es decir, de aquellas que no son trans”. Eso es el cissexismo. “La distinción trans/cis es (...) opera distinguiendo dos modos posibles de existencia entre otros (por ejemplo, intersex), y el modo diferencial en el que se articulan en economías de privilegio.”

entender los cuerpos y los procesos de salud y enfermedad (Keller, 2000; Rohden, 2004). Además, favorece el orden “cissexista” de los cuerpos (Cabral, 2014b); es decir: un orden en el que los cuerpos se ubican y miden en naturales y construidos, siendo los primeros más verdaderos y privilegiados que los segundos.⁴

Las entrevistas que componen el *corpus* de esta investigación se llevaron adelante durante 2013 y 2014. Desde 2012 se encuentra vigente en Argentina la Ley Nacional de Identidad de Género, normativa impulsada y definida por el activismo trans local. Esta ley es la única en el mundo “que garantiza el acceso al cambio registral de nombre y sexo a través de un simple trámite administrativo, y la única que garantiza el acceso a procedimientos de afirmación de sexo con el único requisito del consentimiento informado de la persona concernida, y con cobertura del Plan Médico Obligatorio” (Cabral, 2014a: 211).

El proceso de lucha que implicó la sanción de esta ley parte del activismo trans e hizo que las reivindicaciones de las personas trans (acceso a derechos básicos como la identidad, la salud y el trabajo) tomen estado mediático. En las entrevistas los estudiantes se refirieron recurrentemente a “lo trans”, aunque en la mayor parte de los casos desconocían el contenido de la ley y sus experiencias concretas de interacción clínica con personas travestis o trans fueron sumamente escasas, cuando no nulas.

1.4. La clínica médica

66

Como ha señalado Canguilhem (2004 y 2011), más que una ciencia propiamente dicha, la medicina es una disciplina históricamente situada en la encrucijada de diferentes disciplinas. Ciencia básica, aplicada, ciencias biológicas y sociales y saberes del campo de la filosofía, entre otras, confluyen configurando a la medicina y sus múltiples especialidades.

Según Canguilhem, lo que caracteriza al quehacer médico es su aspecto terapéutico. La terapéutica es el resultado de una permanente negociación entre particularidades del paciente y del médico, las técnicas médicas disponibles y aquello que se define como saludable, entre otros factores. En sus palabras, la terapéutica es “una técnica de instauración o de restauración de lo normal cuyo objetivo (...) escapa a la jurisdicción del saber objetivo. No se dictan científicamente normas a la vida. Sino que la vida es esa actividad polarizada de debate con el medio ambiente que se siente o no normal, ya sea que se sienta o no en posición normativa” (Canguilhem, 2011: 174).

Desde finales del siglo XX, el modelo en el que el médico conformaba la autoridad ha sido desplazado. En paralelo, han avanzado regulaciones impulsadas por las corporaciones tecno-farmacéuticas (Foucault, 2008; Sfez, 2008) que han promovido la estandarización y protocolización de la actividad médica (Rose, 2012) y un proceso de creciente mercantilización de los procesos de salud (Menéndez, 2009; La Valle, 2012 y 2013).

Para analizar los efectos y mecanismos de la proliferación de la medicina en distintos campos de la vida, Clarke *et al.* proponen el término “biomedicalización”. La

biomedicalización remite al “cada vez más complejo, multisituado y multidireccional proceso de medicalización que actualmente se extiende y reconstituye a través de la emergencia de formas y prácticas sociales de una biomedicina alta y crecientemente tecnocientífica” (2003: 162).

Las concepciones que definen qué es un cuerpo, una enfermedad, una terapia, se producen en el marco de un enmarañado y particular cruce socio-bio-tecnológico. La medicina atiende a un sujeto, un grupo o una población determinada, con modos de significar, recursos, valores culturales y particulares (Canguilhem, 2004; Foucault, 2008; Sfez, 2008).

2. Capa Naturaleza

Tal como veremos a continuación, en la capa de Naturaleza se hilvanan un modo biologicista de abordar los cuerpos y sus procesos de salud y enfermedad, una noción binaria y cissexista de los cuerpos y un modelo clínico hegemónico.

2.1. Lo biológico y la formación médica

Semberoiz y Murúa (2016) proponen un esquema de tres vectores que consideramos pertinente para analizar lo que sucede con la formación médica desde la perspectiva de la capa Naturaleza. El primer vector que señalan es el “interno”, o sea el currículum de las carreras de medicina. Este vector se relaciona con las secuelas del informe Flexner, publicado en 1910 en los Estados Unidos y Canadá. Ese documento, de efectos de largo aliento para toda la medicina occidental, “entronizó las ciencias naturales como el núcleo de la formación médica y definió de manera taxativa la función educativa del hospital” (Semberoiz y Murúa, 2016: 46). En segundo lugar, el vector “intermedio” se define por “la ideología del profesional”, que se centra en el desempeño técnico y en la prestación de servicios cada vez más especializados. El último vector es el “externo”, o sea el que condensa determinaciones sociales más amplias como el deterioro del sistema de salud y del trabajo asistencial, característicos en los países latinoamericanos. Según los citados autores la confluencia de estos tres vectores favorece la “deshumanización” del ejercicio médico.

El programa curricular de la carrera de medicina de la UBA se enmarca en lo que Semberoiz y Murúa definen como primer vector. Las ciencias naturales o biológicas configuran su punto de inicio, base y eje principal. El programa de esta carrera se organiza en dos ciclos, el Biomédico y el Clínico, y en una etapa final llamada Internado Anual Rotatorio. El aprendizaje clínico llega después del biológico y se da en el marco de las Unidades Docentes Hospitalarias (nombre que reciben los hospitales en el que se cursa el ciclo Clínico). El primer ciclo, el Biomédico, corresponde a los primeros tres años de cursada y está formado por las siguientes materias: Anatomía, Histología, Biología Celular, Embriología y Genética (estas últimas cuatro son una misma asignatura), Medicina Familiar I, Fisiología y Biofísica, Inmunología Humana, Microbiología y parasitología I y II, Salud Mental, Patología I, Farmacología I y Bioética.

Anatomía, Histología, Biología Celular, Embriología y Genética y Fisiología y Biofísica son las materias con mayor carga horaria del ciclo Biomédico. Éstas son identificadas por los estudiantes y las estudiantes como las más exigentes y difíciles de la carrera. El programa de Anatomía estipula, entre sus objetivos principales, “reconocer los segmentos del cuerpo humano”, “describir la posición anatómica”, “adquirir conocimientos sobre planimetría” e “identificar tejidos” (Departamento de Anatomía, 2014). En palabras de un estudiante:

“[La materia Anatomía] es simplemente una descripción, como que yo te diga, bueno, tenés adelante esto, atrás esto relacionado con esto, por acá pasa otra cosa que le da el nervio o le da irrigación, y no sé, el útero está anterior al recto y posterior a la vejiga y hasta ahí, ¿me entendés? Meramente descriptivo, en todos los sentidos” (estudiante del 3er año).

La descripción del cuerpo, o más bien de las “estructuras anatómicas” (“que forman parte de los huesos, articulaciones y músculos”), se lleva a cabo incorporando una perspectiva espacial.⁵ Lo que se propone Anatomía es algo semejante a un mapeo del cuerpo, organizado en distintas estructuras. Tal como afirma La Valle:

“El cuerpo biológico se nos presenta seccionado en partes desde el primer momento en que ingresamos al estudio de la anatomía, es la primera disección que nos separa de una visión integral del ser humano; así lo manda el modelo mecanicista y positivista que busca la verdad estudiando el todo fragmentándolo en partes cada vez más pequeñas. Ese cuerpo no solo está fragmentado: está aislado de su sociedad, de su cultura, de su identidad” (2013: 75).

68

En la materia Fisiología y Biofísica “se espera que los estudiantes (...) puedan progresar partiendo del conocimiento de las variables fisiológicas hacia la comprensión de los mecanismos de adaptación, interpretando datos y resultados obtenidos en estudios de investigación básica y clínica” (Departamento de Fisiología y Biofísica, 2014). Entre los contenidos de esta materia se mencionan “variables” y “mecanismos de adaptación”. Ambos dan cuenta de una instancia que, a diferencia de lo que se plantea en Anatomía, no es fija sino dinámica y contextual. Sin embargo, esto no coincide con la percepción de los estudiantes y las estudiantes, quienes afirman que la materia consiste en aprender el “funcionamiento normal” de “tejidos”, “órganos” y “aparatos”, y en diferenciarlo de su funcionamiento anormal o patológico.

5. Cita textual del programa.

“La fisiología es el estudio de las funciones de los tejidos o de los órganos. En este caso es el aparato cardiovascular o respiratorio, primero va el cardiovascular y luego el respiratorio, y se trata de estudiar qué leyes físicas rigen el organismo, cómo funciona cuando funciona normal y cómo funciona cuando no” (estudiante del 5to año).

Los contenidos del ciclo Biomédico suponen que el organismo tiene un funcionamiento “normal” y que éste es el punto de inicio del aprendizaje. Lo fisiológico, aislado y demarcado, permite la profundización en la descripción de estructuras, sistemas, tejidos, funcionamientos. Su aprendizaje constituye la base a partir de la cual estudiar lo patológico o lo que “está mal”. “Lo fisiológico” es utilizado como sinónimo de “lo normal”.

“Yo te diría que salud es todo lo que vimos en Fisiología cuando está bien, y cuando está mal es que no hay salud. Y básicamente es eso. Hasta tercer año que no vemos patología, que no vemos enfermedad, es como que vemos todo lo normal con una buena base de anato, de embrio, de fisio, de histo y todo, podés ver si eso, si hay algo que está mal en el cuerpo, qué hace que esté mal. Pero bueno, tenés que saber lo que está bien primero” (estudiante del 4to año).

Como mencionamos anteriormente, el binarismo es una característica estructural del biologicismo. Según los estudiantes y las estudiantes, la fisiología organiza lo “normal” y lo “patológico” como un par antagónico, mutuamente excluyente y fijo. Esto supone un enfoque biológico de las enfermedades. Tal como afirma La Valle, “el médico en su formación de grado y posgrado no aprende a manejar las enfermedades en otros términos que los de los paradigmas biológicos” (2013: 75).

Siguiendo a Canguilhem, la enfermedad, como hecho biológico universal “suscita una interrogación sobre la precariedad de las estructuras orgánicas” (Canguilhem, 2004: 46). O sea, aquello que se llama normal, que, a su vez, se asocia al estado de “salud” y a lo “fisiológico”, se caracteriza por una inestabilidad constitutiva. Lo normal y lo patológico conforman instancias contingentes e incluso históricamente definidas. Lo patológico desata reacciones, ya sea desde el cuerpo o por parte de la medicina, que modifican “lo normal”. Es decir, lo fisiológico como estado inicial y estático del que se sale por la emergencia de una enfermedad para volver luego de su cura es, a ciencia cierta, una ficción. Tal como señala Canguilhem, la existencia y presentación de las enfermedades conforman episodios indisociables de las mutaciones producidas en el estatus epistemológico de la medicina, y viceversa. Lo normal, en verdad, se conforma por la permanente emergencia de la excepción (Canguilhem, 2004 y 2011). Las enfermedades, su presentación, sus características y sus modos de abordaje, entre otros aspectos, se relacionan con las capacidades conceptuales y técnicas de la medicina para hallarlas, aislarlas, nombrarlas, sistematizarlas. Asimismo, la medicina se modifica a la luz ante estos cambios.

Como afirman Semberoz y Murúa, los y las estudiantes “perciben claramente que para culminar con éxito la carrera de medicina basta con incorporar una masa de conocimientos ‘duros’ sin conexión destacable con lo enseñado por las disciplinas ‘blandas/livianas’” (2016: 47). Ellos identifican el proceso de aprendizaje con el “enciclopedismo”.

“Pero la Facultad de Medicina genera médicos a los que forma en los primeros años de manera enciclopédica. Los primeros tres años es sólo eso. En cuarto, quinto y sexto tenés algún contacto con el paciente, pero seguís teniendo la formación de que hay que aprenderse todo el libro y después de ahí vas sacando. No hay necesariamente, excepto algunos docentes en los hospitales, que te hagan desarrollar un criterio clínico” (estudiante del 6to año).

Otra característica del biologicismo es la delimitación taxativa de “lo biológico” y “lo social”. Esta escisión opera tanto en la currícula de la carrera como en los relatos y las prácticas de formación de los y las estudiantes quienes identifican y diferencian entre materias “biológicas”, “médicas” y “sociales”: lo “médico” no es igual que “lo biológico”, pero tampoco es “lo social”. Como venimos analizando, las materias que componen el ciclo Biomédico son, en su mayoría, “biológicas”. Tal como afirma un estudiante, durante los primeros años de cursada el contenido propiamente médico queda desdibujado: “Imaginate, aquí hay que re criticar a la Facultad, porque hasta cuarto año sos más biólogo que médico; hasta cuarto año no ves un paciente” (estudiante del 5to año).

70

Bioética y Salud Mental son las materias “sociales” del ciclo Biomédico. Éstas tienen asignadas un total de 148 horas cátedra (20 y 128, respectivamente) sobre las 1866 que estipula el ciclo.

Lo “biológico” conforma una instancia radicalmente distinta que no se contamina con sentidos sociales. Las materias “sociales” no sólo son menores en cantidad, sino que son de menor importancia e incluso calidad. En ellas “se debate”. Son flexibles y relativas. No se pueden aprender de memoria. No cuajan con la racionalidad científica positivista. “Lo biológico” es difícil, requiere esfuerzo y estudio. Por el contrario, “lo social” es fácil y prescindible.

“Depende de cada uno, de tomarlo seriamente o no. Por eso no es algo tan arraigado como que yo te diga ‘la presión arterial tiene tal valor’... Que si bien siempre lo que es científico se tomó con más arraigo, se le escuchó más, se lo tomó como más serio. Eso no implica que haya algunos temas que se los podría tomar con más seriedad y la realidad es que no” (estudiante del 5to año).

“No, de hecho en Bioética 1 y 2 si no te sacaste un 10 la gente se ríe de ti (...) Yo estudié para mi final, rendí a las 12 del día y estudié desde las 8 de la mañana hasta las 12 del mediodía y me saqué un

10. Eso en la carrera no lo haces con ninguna materia. O sea, si me preguntas qué aprendí, aprendí a contestar un examen en 15 minutos” (estudiante del 6to año).

En palabras de Menéndez, “si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica” (2009: 42). El binomio biológico/social funciona como prisma para dar cuenta del cuerpo. A través de él, el cuerpo parecería ser exclusivamente materia biológica y lo social su exterioridad.

“Desde medicina hay una visión hegemónica del médico, como te mencionaba, que planteado desde lo biologicista y científicista, desde la formación hay muy pocas materias en las cuales se discute el lado más social o humanista de la persona, lo que tiene que ver con la salud mental, todo lo que está afuera del cuerpo” (estudiante, 2do año).

Cuando se problematiza la distancia que la medicina marca con aquello signado como “social” y el modo en el que ésta lo aborda, se apela a razones éticas (La Valle, 2013), a la “humanización” de la disciplina (Semberoz y Murúa, 2016) e incluso a la eficacia médica en términos de competencias y criterios clínicos (Pinilla, 2011). Estos análisis críticos del biologicismo en la medicina suponen aportes relevantes para la revisión de la disciplina. Sin embargo, no ofrecen herramientas para revisar y problematizar una supuesta biología objetiva y estable que constituiría a los seres humanos.

71

2.2. El sexo

La medicina, tal como la venimos caracterizando, se identifica con lo “científico” (La Valle, 2013; Menéndez, 2009). En la carrera de medicina de la UBA, se promueve una definición rígida y taxativa de aquello categorizado como “sexo biológico”, dimensión que sería relevante y susceptible de ser científicamente identificada.

Desde la capa de Naturaleza, el sexo pareciera definirse a nivel genético y hormonal, determinar los genitales y de allí extrapolarse definiendo roles sociales. Esta direccionalidad (“de los genes a lo humano y de lo humano a la humanidad”) conforma el mecanismo que Lewontin *et al.* (1987) definen como biologicismo. Lo paradójico de esto es que, en las entrevistas, no es posible delimitar “lo científico” del “sentido común”: los prejuicios aparecen con un estatus similar al de las definiciones “científicas”. Es probable que para los y las estudiantes el sexo y la sexualidad conformen un campo que movilice temores, prejuicios, pudores, vergüenzas e inseguridades. Estos sentimientos, dudas e inquietudes no parecen tener un lugar curricular donde volcarse, reflexionarse y problematizarse.

Otra característica del sexo es su pretensión de autoevidencia. Tal como comentan los estudiantes y las estudiantes, éste es un registro tácito que hablaría por sí mismo. El sexo, siempre binario, es transparente. Es más, conformaría una tautología: el sexo se define por el sexo. Conocer su definición aportaría datos relevantes e ineludibles para la atención médica. La organización binaria del “sexo biológico” en masculino o femenino promueve una economía dual a partir de la que se organizan a los cuerpos.

“[El sexo] se define de una manera totalmente biológica... O sea, desde Anatomía, los enfoques de todas las materias que tuve hasta ahora fueron muy masculino/femenino, órganos masculinos/órganos femeninos, hormonas masculinas/hormonas femeninas, y cómo esas hormonas definen a un sexo en contraposición a otro” (estudiante del 3er año).

Según los y las estudiantes, en la carrera se naturaliza la existencia de una biología binaria “masculina” o “femenina” asociada a su par “social” de género. Por ejemplo, la biología femenina se condice con la “maternidad”. Ligada a la noción de instinto, la maternidad se liga a lo biológico de manera aparentemente inevitable.

“ESTUDIANTE: Una de las fallas [en el desarrollo sexual] es que no haya receptor para esta hormona, pero entonces la hormona está, pero desarrollás todos los genitales femeninos... Lo que se ve en Epigenética es que como son cosas separadas, por ahí te desarrollaste perfecto, con todos los receptores que tenías a nivel genital, pero hay otros receptores a nivel cerebral que no captan andrógenos, por ejemplo. Entonces la testosterona no hace la acción en el cerebro que tendría que hacer. ENTREVISTADORA: ¿Cuál sería? ESTUDIANTE: Masculinizar el cerebro. ENTREVISTADORA: ¿Y eso en qué consiste? ESTUDIANTE: Consiste en que crear conexiones especiales, por ejemplo las femeninas son todas las que te dan el instinto materno y un montón de cosas, hay un cerebro femenino y uno masculino. Puede ser hormonal, puede ser epigenético” (estudiante de 4to año).

Según el relato que sigue, el sexo se define por la capacidad genética de intercambiar información, lo que a su vez define la reproducción. Si bien no está explícito, tras la metáfora de intercambio de información subyace una noción de complementariedad, como también la de heterosexualidad (Keller, 2000).

“ESTUDIANTE: El sexo se lo define estrictamente por algo que no tiene que ver con los genitales, sino como un intercambio de información. ENTREVISTADORA: ¿Cómo sería eso? ESTUDIANTE: Bueno, tiene que ver con la capacidad de compartir información genética de los individuos, o elementos de una misma especie, en la serie que hace al sexo” (estudiante del 3er año).

Los y las estudiantes detectan e identifican determinadas características “biológicas” con lo masculino y otras con lo femenino. Si bien lo biológico se organiza binariamente no lo hace de modo idéntico: lo masculino es hegemónico, es decir, funciona como unidad de medida. En los relatos asocian “lo activo” a lo que es “biológicamente masculino”, mientras que “lo pasivo” sería lo propio de “lo femenino”.

“En el caso de Anatomía (...) que se ve de esa forma, digamos, incluso en el libro dice algo así como que la vagina es el aparato reproductivo para que ingrese el pene... Quizás un poco más detallado, pero eso” (estudiante del 2do año).

“A un embrión, si vos no le das estímulo, se desarrolla mujer. Ahora, si le das un determinado estímulo que es esta hormona, se forma un varón” (estudiante del 3er año).

“Las hormonas lo que van a hacer es afectar la expresión corporal de una persona y provocar que se desarrollen lo que se llaman los caracteres sexuales secundarios. O sea, si vos tomás testosterona te va a crecer pelo y si yo tomo estrógenos me van a dejar de crecer los pelos” (estudiante del 4to año).

El binomio sexo/género se aborda como continuidad o proyección del binomio de Naturaleza/Cultura. Según los relatos de los y las estudiantes, el género es elegible, variable, flexible, mientras que el sexo constituye un dato biológico relevante para la atención clínica.

73

“Para mí hay una realidad, que es, aparte de la elección del género, la realidad es que para el médico prevalece mucho el sexo, si se quiere, cromosómico. Biológicamente un hombre es un hombre y una mujer es una mujer, y ahí, a lo que es la elección de la sexualidad, cada uno hace lo que se le place” (estudiante del 4to año).

Los y las estudiantes remiten a la posibilidad de la “elección” de género, pero según ellos, independientemente de esa elección, hay determinaciones que nos hacen “biológicamente” hombres o mujeres. Los fundamentos biológicos de más peso serían los de la genética, dimensión que representa una supuesta biología de origen, y en segundo lugar las hormonas, ya sean “naturales” o “adquiridas”.

La Naturaleza, como orden determinante y esencial, engendra su opuesto, lo artificial. El binomio natural/artificial reproduce un orden cissexista de los cuerpos. En esta operación oblitera lo construido, político y artificial del orden que ella pretende describir. En relación al sexo, el biologicismo produce sexos “naturales” jerarquizados en relación a los “artificiales”. Los sexos “naturales” serían aquellos en los que genes, niveles y tipos de hormonas, genitales y género se corresponden con “lo femenino” o “lo masculino” unívocamente. Los sexos “artificiales” serían aquellos en los que genes, tipos y niveles hormonales, genitales y género no se corresponden unívocamente. El binomio natural/artificial remite a una economía cissexista (Cabral,

2014b) que privilegia los cuerpos naturales con el valor de una supuesta verdad y transparencia biológica (Stryker, 1994).

“Y la realidad es que si [el paciente] es un travesti, vos tenés que tener en cuenta que, si no se hizo ninguna operación y si no tiene hecho el cambio hormonal, lo tenés que tratar como un hombre. Con sentimientos de mujer, pero tiene las patologías de un hombre. Ahora, si tiene hecho el cambio de sexo y está tratado con hormonas, lo vas a tener que ver desde un lado de mujer, porque tiene todas las hormonas de una mujer. Entonces, si bien parece haber un cierto rechazo porque si es una mujer o no es una mujer, cómo la trato, etc., la realidad es esa, vos te tenés que fijar en lo biológico, en lo sexual y en lo personal. Si el tipo es biológicamente un hombre y tiene las hormonas de un hombre lo vas a tratar con un hombre, pero cuidándote de que tiene sentimientos femeninos, se cree mujer. Cómo explicarlo... ¿se entiende?” (estudiante del 5to año).

Los y las estudiantes disocian aquello que corresponde al trato social o afectivo y el trato médico con el paciente. El trato social o afectivo dialoga con el género o los “sentimientos” de esa persona, mientras que el médico aborda aquellas supuestas características determinadas por la biología sexual como, por ejemplo, enfermedades prevalentes asociadas monocausalmente al “sexo biológico” o los valores de los análisis de laboratorio. El reconocimiento de la identidad del paciente o de la paciente es accesorio y la identificación del determinante de sexo aparece como fundamental.

74

2.3. La clínica hegemónica

Como vimos anteriormente, la carrera de medicina está compuesta por dos grandes ciclos, el Biomédico y el Clínico, y por una tercera instancia llamada Internado Anual Rotatorio (en adelante IAR). El ciclo Biomédico se cursa casi en su totalidad en la Facultad. El objetivo de esta etapa es “comprender la estructura y función del hombre sano en los niveles biológico, psicológico y social (...) La relación del hombre con los microorganismos causantes de enfermedad humana se estudia en las asignaturas Microbiología y Parasitología I y Microbiología y Parasitología II” (UBA, 2009: 3).

El ciclo Clínico se cursa principalmente en hospitales universitarios, públicos y privados (mayormente públicos situados en la ciudad o en la provincia) asociados a la Facultad. Formalmente se dicta durante dos años y medio. Su objetivo es que “el alumno sea capaz de prevenir, diagnosticar y formular esquemas de tratamiento y rehabilitación para las diversas patologías. Para ello aborda el plan de estudios de, por un lado, las cuatro clínicas fundamentales y sus especialidades -Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología y Cirugía-, y por el otro, Salud Mental, Salud Pública y Medicina Legal” (UBA, 2009: 3). Por último, el IAR es “la etapa de aplicación práctica del ciclo Biomédico y del ciclo Clínico con responsabilidad creciente supervisada, a fin de que el alumno adquiera criterio clínico, junto con la profundización de las habilidades y destrezas que ha ido incorporando en el curso de la Carrera” (UBA, 2009: 4).

El programa propone una progresía que parte de saberes en biología a las habilidades clínicas. Sin embargo, según los estudiantes y las estudiantes, este diseño curricular no da con los resultados planificados. Haber memorizado un volumen relevante de información sobre procesos biológicos abstractos no se traduce de manera automática en habilidades y conocimientos clínicos.

“Yo no sabría cómo tratar a un paciente. Como trato, si le duele la cabeza, puede ser una jaqueca, puede haber sido un día de estrés, puede ser un tumor, puede ser una infección, no sabría y estoy en sexto. Y a pesar de que es como dijiste, de que en tercero se supone que pasamos de la teoría a la práctica y teoría, a pesar de eso, yo no me siento como responsable de la vida o de la dolencia de otra persona, no sabría tratarlo” (estudiante del 6to año).

Los y las estudiantes afirman no tener herramientas para situar y relacionar los conocimientos abstractos con las maniobras que requieren los exámenes clínicos en un paciente en particular.

“Entré a ver al paciente y me dejaron ahí, y yo leí semiología, pero qué hacía con el paciente ahí. Claro, yo podía saber que si tiene murmullo vesicular pasa esto y esto y esto, pero nunca escuché un murmullo vesicular, entonces cómo sabía si estaba bien o si estaba mal. Claro, y ella me dijo lo que tenía el paciente, tenía un soplo, pero yo nunca en mi vida había escuchado un soplo, nadie me dijo: ‘mirá, éste es un soplo, así se escucha, o ‘ponelo en este foco cardíaco porque así se escucha mejor’. Así fue mi primera interacción con un paciente. Al final terminamos conversando de nuestra vida” (estudiante del 6to año).

75

El desarrollo de asignaturas desmembradas puede entorpecer la flexibilidad y sensibilidad que se requieren para el desarrollo de un criterio clínico eficaz. La propuesta pedagógica de la carrera de medicina de la UBA y prioriza los conceptos abstractos por sobre los ejemplos concretos, dejando de lado “habilidades procedimentales, de formación de valores, de pensamiento crítico y de la formación de actitudes para el profesionalismo” (Pinilla, 2011: 206).

Tal como afirman Giannasi y Durante (2012), el aprendizaje clínico se realiza principalmente con las “recorridas de sala”. Este es “un espacio en el cual los profesores pueden transmitir su experiencia, enseñar temas pertinentes, o ayudar a que los alumnos apliquen sus conocimientos en la atención directa de los pacientes” (2012: 121). En las Unidades Docentes Hospitalarias, el espacio práctico de formación es compartido con residentes de distintos años y especialidades. Para los estudiantes y las estudiantes de medicina, la recorrida de salas queda muchas veces librada a la voluntad e interés de cada uno o cada una.

“Uno como estudiante tiene la posibilidad de ir tocar la puerta, presentarse y listo, estás ahí, participás. Yo no lo he aprovechado tanto aún, pero sí. Y después podés visitar pacientes, desde el lugar en el que estás, te presentás y en esas materias largas, Medicina A y Medicina B. Tenés asignado un sector que es el hospital de día, y había gente, un médico que estaba a cargo, residentes y el jefe que estaba a cargo de los residentes y nosotros que éramos dos en ese servicio. A veces iba uno, entonces teníamos la libertad de ir con ellos a la ronda que hacían, o ir a entrevistar nosotros a pacientes” (estudiante del 5to año).

El proceso de aprendizaje de saberes y competencias clínicas no tiene la misma regularidad que el proceso de aprendizaje impartido en el ciclo Biomédico. Éste depende de los profesores y las profesoras y de su voluntad y capacidad pedagógica, de las características de los hospitales en los que se estudia, y especialmente de la iniciativa e interés de cada estudiante.

“Al ciclo Clínico se lo hace uno. Depende uno cómo se motiva, cómo se mueve, si profundiza en las materias, si quieres ver pacientes, si te quedas más tiempo. Entonces una parte depende de la motivación de uno” (estudiante del 6to año).

76

El modo en el que se propone el aprendizaje clínico puede ser pensado a partir de los aportes de Semberoz y Murúa (2016) desarrollados anteriormente: el segundo y tercer vector, es decir, “la ideología del profesional” y las determinaciones sociales más amplias, especialmente el deterioro del sistema de salud y del trabajo asistencial. Siguiendo lo que dicen los estudiantes y las estudiantes, desde la propuesta pedagógica del ciclo Clínico no se favorece su integración a una dinámica de trabajo significativo, colaborativo y en equipo. Por el contrario, las instancias prácticas quedan a merced de cada quien. Asimismo, el contexto de deterioro general del sistema público de salud y de la actividad médica en particular, encuadra y da forma al proceso de aprendizaje clínico de los estudiantes y las estudiantes. Posiblemente esto incida en cierto desánimo y falta de interés.

“[En] el ciclo Biomédico, cursas materias generales donde más o menos aprendés lo que es el cuerpo y cómo debería funcionar normalmente, y después de cuarto a sexto tenés el ciclo Clínico que se cursa en hospitales la mayoría de las materias y aprendés cómo funciona mal el cuerpo, ahora sí. Digamos, ya aprendiste cómo funciona bien el cuerpo, ahora lo ves mal y tenés que aprender a arreglarlo y después tenés el Internado Anual, que depende cuando lo hacés. Pueden ser un par de meses o casi un año, es obligatorio y supuestamente sirve para integrar conocimientos, pero la realidad es que es trabajo esclavo para los internistas, porque la realidad es que no les explican nada” (estudiante del 4to año).

La clínica hegemónica, tal como la definimos aquí, tiene tres aspectos centrales. Primero, el tiempo y la relevancia destinada al aprendizaje práctico-clínico son menores y están supeditados al conocimiento biológico y abstracto.

“La forma clásica es dos horas de teórico en un aula que siempre hay en el hospital o en algún servicio, y después dos horas o una hora y pico de práctico. Eso sería lo ideal, que no siempre se cumple. Lo que por lo general siempre se cumple son los teóricos. Lamentablemente los prácticos muchas veces no se cumplen y es tremendo porque es muy importante tener contacto. Eso hay que mejorarlo mucho, concretamente” (estudiante del 6to año).

Segundo, los procedimientos clínicos, sujetos a un proceso de protocolización y regulación a priori (Foucault, 2008; Rose, 2012; Sfez, 2008), no dialogan con las particularidades del paciente o de la paciente. En detrimento de “otro concreto”, se refuerza la construcción de un “otro generalizado”. El “otro generalizado” supone la abstracción de los rasgos particulares del individuo (Semberoiz y Murúa, 2015).

“Lo que pasa es que la medicina es una ciencia, pero es incierta. Entonces uno se trata de agarrar cada vez más de lo que ves, de lo que puedas poner un valor, de lo que puedas comprobar, para que pueda tener un sustento. Porque después te enganchan y te dicen ‘por qué no hiciste esto si estaba avalado’. Como siempre te pueden enganchar por algún lado para hacerte una denuncia, tenés que intentar sustentarte en algo” (estudiante del 5to año).

“Me reía cuando hace poco leía una guía de Neurología para tratar un paciente en coma. Básicamente era una receta de cocina, que la podía hacer yo o la podías hacer vos. Cualquier persona con un mínimo de conocimiento de medicina, cualquier persona, como que te iba llevando a todo lo que tenías que hacer. Con esa guía casi que cualquier persona la podía atender” (estudiante del 4to año).

Tercero, los estudiantes se muestran sumamente atraídos por aquello que se identifica con “lo biológico” y “lo raro”. Esto produce lo que Semberoiz y Murúa (2016) llaman la “deshumanización” del paciente.

“Supuestamente, en Bioética o en Salud Mental hay que considerar a los pacientes como un ser bio, psico, axiológico, espiritual, no sé qué, bueno, todas las áreas. La verdad es que en la Facultad de Medicina y en el hospital es tipo cuerpo, patología, qué tiene. Ni siquiera le sabés el nombre a los pacientes, pero sabés qué tiene: ‘¿has visto el de la 203, el del vaso gigante?’, ‘ah, sí, el tuberculoso’. Es un horror, pero bueno, es lo que pasa, el que te dice que no miente. De hecho nos pasó, vino un tipo joven de unos treinta pico con una leucemia zarpada, como se manifiesta por varias cosas, y el vaso se le había crecido zarpado, de acá a acá y

era el chisme del hospital. O sea, todos queríamos ir a ver ese paciente. Pedíamos por favor, durante una semana nuestro objetivo era ir a palparle el vaso” (estudiante del 5to año).

Resumiendo, la clínica hegemónica se caracteriza por un abordaje médico que fragmenta el cuerpo, deshumaniza al paciente, enfatiza lo patológico. Esto se da en un contexto de precarización de las instituciones hospitalarias en las que los y las estudiantes llevan a cabo el aprendizaje de los saberes clínicos.

3. Capa naturalezas

La capa naturalezas remite a una ontología, a un modo de comprender y abordar, a una sensibilidad que echa luz sobre una porción de las múltiples conexiones e interacciones entre humanos y no humanos que conforman los cuerpos y sus procesos (Alaimo y Hekman, 2008; Barad, 1998; Latour, 2001). Así, tal como lo venimos anunciando, cualquier evento de salud o enfermedad se configura en una particular confluencia de episodios biológicos, médicos, sociales. Por lo tanto, a diferencia de la capa Naturaleza, las naturalezas no pueden entenderse a partir de relaciones deterministas; “lo biológico” no da lugar a un ente monolítico ni una sustancia última, como los genes, las hormonas, los genitales, con el poder de explicar y definir otras. Las naturalezas emergen del proceso de activa y mutua producción que sucede entre dimensiones médicas, tecnológicas, sociales, biológicas. Tienen una existencia precaria, compleja y multicausal. Suponen movimiento.

78

Las naturalezas no se arrogan la representatividad de procesos universales y trascendentales (Latour, 2013). No enuncian “la” realidad, “la” enfermedad, “la” salud. Por el contrario, producen realidades parciales, enfermedades y salud situadas (Esposito, 2006). Cada interacción de un paciente o una paciente con el sistema de salud supone el encuentro de dimensiones disímiles que dan lugar a un proceso de características únicas y particulares. No preexisten al momento en el que se construyen.

En la formación de los médicos y las médicas la carrera de medicina de la UBA, las naturalezas se producen a partir de un sinnúmero de problemas pedestres que surgen, sin cesar, en la universidad y en los hospitales. Dependen también, de las características personales, particulares y cargadas de limitaciones y posibilidades, de estudiantes y profesores para aproximarse a los pacientes. Asimismo, el complejo mundo de cada paciente, sus posibilidades económicas, miedos y creencias también da forma a los eventos de salud y enfermedad. Dependiendo de su experiencia, formación, sensibilidad, tiempo disponible, niveles de agotamiento, el médico o la médica formulará una hipótesis a partir de la cual, por ejemplo, dará relevancia a una parte del relato del paciente o de la paciente, le pedirá tales o cuales exámenes. De este modo, médicos y pacientes modelarán a esa dolencia o enfermedad (Mol, 2002).

En lo que resta de este artículo, vamos a adentrarnos en el análisis de la biología como múltiple, los sexos en plural, y el ejercicio clínico situado en la formación de médicos y médicas en la carrera de medicina de la UBA.

3.1. La multiplicidad de la biología

Pensar la biología a partir de la idea de multiplicidad no significa dar espaldas a la materialidad de la naturaleza ni rendirse ante ella. Por el contrario, conforma un esfuerzo por indagar en los procesos biológicos situadamente, en escarbar las múltiples conexiones en las que estos tienen lugar.

Siguiendo a Mol, las características de los procesos corporales no están dadas de manera inerte y estática, esperando que las descubramos. Por el contrario, “las ontologías nacen, se sostienen y perecen en prácticas socio-materiales concretas” (2002: 6). Como vimos, en la medicina convive multiplicidad de prácticas en torno a los cuerpos. Por ello, esta autora nos invita a pensar que “en un mismo cuerpo conviven una multitud de cuerpos posibles” (2002: 7).

Cada disciplina o especialidad médica y cada asignatura curricular delimitan una parte del cuerpo, definen una escala (órganos, sistemas de órganos, células, moléculas), recortan y seleccionan una serie de relaciones (con otros órganos, sistemas, células, moléculas), establecen una temporalidad; es decir: abordan su objeto de manera dinámica, en interacción con su medio, o por el contrario lo congelan fotográficamente. Todas estas definiciones, que describen y al mismo tiempo producen su objeto, se relacionan con la definición de los objetivos de cada especialidad o materia.

Por ejemplo, el abordaje de Anatomía, su capacidad para identificar y describir “estructuras”, “piezas óseas”, “órganos”, indagando en sus posiciones, en las características diferenciales de los tejidos (Departamento de Anatomía, 2014), es tan parcial como concreto. Esta materia considera una cantidad de aspectos que hacen al cuerpo (de hecho, se piensa a sí misma como exhaustiva), pero deja de lado otros. Anatomía no conforma “la” realidad del cuerpo sino una realidad, entre otras.

Biología Celular y Molecular “aporta los conocimientos referentes a la estructura y la función de la célula, que es la unidad anátomo-funcional del organismo” (Departamento de Histología, Biología Celular, Embriología y Genética, 2014). Nuestro cuerpo está compuesto por millones de células. Sin embargo, un cuerpo es mucho más que millones de células estancas. Hay, por ejemplo, células en acción, relacionadas abiertamente (química, eléctrica, molecularmente) con otras en un ambiente determinado.

La asignatura Microbiología y Parasitología I busca que los y las estudiantes “adquieran el conocimiento de los microorganismos y parásitos productores de las enfermedades infecciosas humanas más frecuentes y los mecanismos de patogenia humana de bacterias, virus, hongos, parásitos” (Departamento de Microbiología, Parasitología e Inmunología, 2014). La unidad o escala para mirar el cuerpo y sus procesos ya no es ni la de las células, ni las de los órganos. Esta materia focaliza en

la presencia de bacterias y virus. Tal como afirma Hird, refiriéndose específicamente a las bacterias que forman parte de los procesos metabólicos, en nuestro cuerpo “tenemos una intimidad con pequeños comensales que literalmente definen nuestra supervivencia” (2012: 233). En relación a este mismo fenómeno, Haraway (1999) afirma que el cuerpo humano podría ser pensado, más que como una unidad, como un “nosotros” habitado por diferentes formas de vida.

Por último, citamos el ejemplo de la asignatura Obstetricia. Su objetivo es “la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio pero también la vigilancia de la salud fetal y neonatal durante el trascurso de estos períodos”. Esta materia se enfoca en “la fisiología del aparato genital femenino”. Define como objetivos “facilitar el acceso de la embarazada al control prenatal”, “estimular el respeto y la protección de los derechos de la madre y su hijo/a por parte de los miembros del equipo de salud”, “promover la participación del padre, la familia y la comunidad en la protección y cuidado del embarazo y del recién nacido”, entre otros (Departamento de Tocoginecología, 2014). A través de un relacionamiento lineal entre genitales, procesos fisiológicos, roles sociales (se pasa de la “fisiología del aparato genital femenino” a hablar de “la madre” sin hacer mayores precisiones), esta materia produce un cuerpo normativamente generizado. Asimismo, define como unidad de interés a la mujer y al feto. O sea, dos cuerpos.

80

Los abordajes de cada asignatura dan lugar o producen dentro de cada cuerpo numerosos cuerpos específicos. Cada uno de ellos se define en relación a un marco de referencia, escalas, intereses médicos. También en relación a modos de medición y abordaje, casi siempre mediados por el uso de aparatos biotecnológicos de diverso tipo. En efecto, los procesos biológicos se caracterizan por su inescindible vínculo con la tecnología. Tal como afirma Barad (2011), no hay que perder de vista el proceso de mutua constitución entre los aparatos y los procesos que éstos miden. Según esta autora, ambos emergen en un proceso de “intra-acción”.

El modo en el que la medicina aborda ciertos procesos se configura a la luz de los conocimientos que se tienen sobre él. Un proceso puede no ser considerado patológico o parte de un cuadro patológico. Pero luego, mediante la introducción de otro enfoque, de otras mediciones, esto puede cambiar. Tal como señala un estudiante, aquello que la medicina llama “enfermedades autoinmunes” conforma un buen ejemplo.

“Todas las patologías que se llaman autoinmunes, que es cuando tu cuerpo ataca a tu propio cuerpo y no lo reconoce, todos ponen ‘elemento autoinmune, mecanismo desconocido’, porque no se sabe. Por ahí después resulta que no era autoinmune sino otra cosa, como la infección de un virus. Pero como no conocemos el virus, no sabemos cómo funciona, pensamos hoy que es autoinmune. Pero el mismo libro te pone... bueno, en medicina nada es cierto. Todo el tiempo se contradice el libro con lo que le pasa a la persona” (estudiante del 4to año).

Ya que los procesos de salud y enfermedad son dinámicos, en medicina no hay certezas. Esto conforma una diferencia radical respecto a la Naturaleza: no es posible apelar a una sustancia última donde nombrar “la” realidad. Parafraseando al célebre médico William Osler, Pace (2013) afirma que la medicina es una “ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. Cada caso clínico tiene particularidades únicas: un cuerpo más o menos sensible a determinadas drogas, determinada trayectoria vital, posibilidades particulares de acceder a un tratamiento, emociones, miedos, estilos de vida. El paciente no es reductible a los conocimientos que el médico o la médica tienen a priori. Como afirma el estudiante citado a continuación, un paciente es “con un manojo de enigmas”.

“En la circunstancia de la consulta, es la persona la que llega al médico y lo normal es que la charla entre la persona y el médico se dé con el médico intentando construir en base a cosas que conoce en la teoría pero que desconoce del paciente. El médico tiene al frente un manojo de enigmas” (estudiante del 5to año).

Como veremos, parte fundamental del ejercicio clínico consiste en indagar en los enigmas que representa el paciente para el médico. El monólogo que propone la capa de Naturaleza, en la que lo biológico resolvería casi todo, se ve desbordado en la interacción clínica. Allí, las particularidades de los y las pacientes emergen con peso propio y no es fácil eludirlos. Sin embargo, hacer propia una perspectiva que dialogue con ellos, con su cuerpo, sus deseos, implica desandar las premisas del biologicismo. Si bien en algunas instancias de la carrera se propone “integrar” los diferentes aspectos que suceden en un paciente, esto “cuesta”.

81

“Tratar de contextualizar, siempre te recalcan eso, que la persona no es una cosa orgánica, es una cosa social, que tiene un contexto, que tiene una vida biológica, que tiene enfermedades, pero que esas enfermedades no sólo son biológicas, sino que esas enfermedades también son sociales. Y siempre hay que integrar esos tres tipos, aunque cuesta...” (estudiante del 5to año).

Cuando el estudiante afirma que las enfermedades “no sólo son biológicas” sino también “sociales” está suponiendo, en términos de Semberoz y Murúa, al paciente como “otro concreto”. O sea, alguien que tiene necesidades particulares, que cuenta o no con obra social para costear un tratamiento, que cuenta o no con redes afectivas que le cuiden una vez que se retira del hospital. “Lo social”, a diferencia de cómo se presentaba en la capa Naturaleza, no conforma una exterioridad de los procesos biológicos. Por el contrario, los modela, los define, los posibilita. Conocer estos aspectos de la vida del paciente o de la paciente permite diseñar una estrategia clínica de atención acorde a sus especificidades. Esto puede determinar la eficacia o no de un tratamiento médico.

3.2. Sexos

Según Cabral (Cabral y Benzur, 2005), Chase (2005) y Fausto-Sterling (2006), aquellos aspectos de los cuerpos en los que se montan las definiciones de los sexos se caracterizan por su variabilidad. Entonces, ¿cómo hace la medicina para hablar de sexo si éste se compone de una multiplicidad de registros no estancos y de diversa índole? Como vimos, para abordar el sexo en singular, es preciso abstraer y jerarquizar datos construidos y organizados disciplinariamente. Tal como afirma Fausto-Sterling (2006), esta operatoria no sólo es artificial, sino que para funcionar precisa omitir la prevalencia de la variabilidad antes señalada.

En los relatos de los y las estudiantes es posible identificar no sólo la confluencia de los múltiples registros en los que se asentaría el sexo, sino también la no correspondencia exacta en uno de los dos polos del binario masculino-femenino.

“Y en el sexo de una persona está tanto lo genital, cromosómico y psicológico. Bueno, lo cromosómico... En Embrio y tanto lo genital como psicológico se ve por vía endócrina, o sea por medio de hormonas. Y bueno, de ahí la definición de sexo. Hay casos en los que tenés que lo cromosómico no coincide con lo genital o con lo psicológico” (estudiante del 4to año).

82

El sexo no es reductible a uno u otro de estos registros. Tal como afirma Fausto-Sterling, mientras más se indaga en la biología de los sexos, más evidente resulta que el sexo no es una categoría biológica. El sexo como dato monolítico está dado por una interpretación cissexista y heterosexista de “la genitalidad”, “las hormonas”, “los genes”, “los cromosomas”, “la psiquis”, “los roles”, “los sentimientos”.⁶ La naturaleza del sexo es un artilugio, precario e inestable.

“[Como dijo un profesor] hay mil niveles en los que se puede decir el sexo, y cada uno nos importa por razones distintas. Está el nivel fisiológico, en el que una persona produce testosterona o estrógenos, y no vamos a decir que una persona es hombre o mujer porque produce testosterona o estrógenos en los niveles adecuados, sino porque se va a comportar por lo que nosotros entendemos paradigmáticamente como hombre o mujer. Entonces necesitamos saber si una persona tiene más de esto o más de aquello porque va a tener prevalencia de ciertas enfermedades por comportarse como una persona estrogénica. [El docente] también nos hacía poner el ojo en los cromosomas y ahí veíamos que podía ser un XX o un XY. Entonces [decía:] ‘si yo les doy una célula y ustedes ven que es XX pueden decir que es una mujer y yo les aseguro que no, que hay XX que son, que se manifiestan como varones, cuestiones biológicas que no sé detallar, pero que después va a evolucionar para convertirse en una persona que se ve...’. Y ese era otro de los niveles, cómo se ve la persona, y él ponía sobre todo, como para tener bien en cuenta que lo más importante es lo que la persona creía que era, sin importar cómo se

viera, cómo se comportara su cuerpo, sin importar cómo hablar o lo que fuera. Esa persona creía que era un hombre o una mujer y eso había que respetarlo” (estudiante del 5to año).

En este relato se mantiene impávida la distinción entre ser o tener (ello se define por atributos biológicos) y parecer o creer que se es de un sexo u otro. Esta distinción reproduce un orden cissexista de los cuerpos. Oblitera las múltiples operaciones que subyacen tras la idea de sexo y establece un doble estándar en términos de veracidad y valor entre los sexos que “son” y los que “parecen”.

El binarismo sexual implica la manipulación o, mejor dicho, la producción de datos a partir un a priori (Fausto-Sterling, 2006; Maffía y Cabral, 2003) que a la medicina le cuesta mucho revisar. La variabilidad es constitutiva a la biología. Aquellos parámetros que el sexo normativo (el de la Naturaleza) identifica taxativamente como masculinos o femeninos se encuentran, en los cuerpos concretos, mezclados. No son mutuamente excluyentes (Keane y Rosengarten, 2002). Los sexos son tan múltiples como políticos. En su delimitación no es posible establecer entre aquello que remite a la naturaleza, la cultura y la biotecnología.

3.3. Clínica situada

Siguiendo a Semberoiz y Murúa, los problemas en el desempeño clínico causados por el biologicismo desaparecen “cuando se admite que el objetivo central de la actividad clínica es la curación del paciente” (2015: 48). O sea, la consideración de las especificidades de cualquier paciente define la calidad y la eficacia de la atención clínica. En palabras de Pinilla, la formación de médicos y médicas tiene que apuntar a la capacitación de profesionales autónomos y críticos. En la práctica, tienen que demostrar “competencias profesionales transversales y específicas” (2011: 216). Es decir, a partir de sus conocimientos previos, en la atención clínica el médico debe contextualizar, especificar, situar, interpretar aquello que un paciente trae a la consulta. Tal como afirma Mol, “los diagnósticos no pueden ser hechos sólo por el médico (...) En el diagnóstico clínico es indispensable la presencia de paciente-cuerpo” (2002: 24).

Tomando lo que comentan los y las estudiantes, Semiología es la materia en la que se aprenden (o deberían aprenderse) las habilidades para el abordaje clínico.

“La semiología (...) básicamente es la base de la medicina, porque es como vos aprendes a interpretar al paciente. La semiología se basa en dos cosas. La primera es el interrogatorio, la anamnesis, que es lo que yo hago sin tocar al paciente, es lo que el paciente te cuenta (...) y después tenés el examen físico. Ahí tenés la parte en la que no tocás al paciente tampoco, y después tenés la parte en la que sí. O sea la inspección, que es cuando vos lo mirás y ves que ‘camina así’, ‘se le cae un ojito’, ‘está medio pálido’, ‘está amarillito’, ‘le cuesta hablar’, un montón de cosas que uno va notando. Y después el examen físico, que ahí sí sabés a qué viene el paciente

(...) Y bueno, en el interrogatorio tenés los antecedentes, es decir, toda la información que le podés extraer al paciente, que tiene dos partes: el escuchatorio, que es cuando el paciente viene y te relata, que ahí lo dejás hablar, y después el interrogatorio dirigido, 'me dijiste que te duele la cabeza. ¿Cuándo te duele? ¿Cómo te duele?, ¿se calma con algo?' y así vas sacando gotitas de información. Esa es la semiología. Un buen médico tiene que ser un buen semiólogo, porque para poder hacer un diagnóstico tenés que poder diagnosticar, y la semiología te ayuda a eso" (estudiante del 4to año).

Cuando el médico y el paciente interactúan, le dan forma a la dolencia del cuerpo (Mol, 2002). El abordaje clínico situado supone cierta destreza artesanal por parte del médico para detectar y asociar un síntoma con un cuerpo y una trayectoria vital específicas, escuchar y revisar para definir un signo, elaborar un diagnóstico y finalmente indicar un tratamiento eficaz.

Si bien no es de forma extendida, en la carrera de medicina se promueven instancias críticas en las que los problemas de salud son abordados desde una perspectiva multidisciplinaria. Tal como afirma el estudiante citado a continuación, la clínica situada disloca el sentido de lo "real", lo "concreto". En la capa Naturaleza estos sentidos se asociaban a "lo biológico", a aquello que se ubicaba en el cuerpo de modo trascendental. Ahora se asocian a lo específico y dificultoso del caso clínico.

84

"A nivel biológico esa cursada [se refiere a la materia Ginecología] fue excelente. Hubo interdisciplina, fue como una sinergia entre distintos especialistas que realmente fue muy interesante e incluso también contactó con la parte concreta, real. Como a ginecología llegan embarazos adolescentes vos ves un montón de problemáticas reflejadas en eso, que las veíamos en la guardia" (estudiante del 6to año).

El ejercicio clínico, la emergencia de las particularidades del paciente o de la paciente, tiran por la borda el abordaje monocausal. Generalmente los pacientes no llegan a una consulta con un problema de salud identificado y definido, sino con numerosos síntomas y sensaciones.

"En todo el ciclo Biomédico siempre fueron libros, y si bien había ejercicios respecto a un paciente, nunca lo viste en vivo y en directo, y muchas veces se te planteaba un paciente que tenía ciertas características hipotéticas, sencillo. Cuando llegás al hospital te das con que los pacientes no tienen un solo problema, sino que tienen cinco o más (...) Y se te plantea un mundo totalmente distinto. Hay muchas cosas de las que estuviste estudiando en estos tres años o más (...) que te das cuenta de que capaz no te sirven tanto en el clínico, porque te estudiaste la molécula de la molécula de la molécula, y otras cosas que pensaste que no servían te das cuenta de que sí. Y como que las cosas te empiezan a cerrar" (estudiante del 5to año).

Como vimos, el modelo clínico hegemónico tiende a la despersonalizar y protocolizar la atención. Sin embargo, la complejidad de los procesos de salud y enfermedad, tal como son experimentados por las personas y tal como suceden en la interacción con las instituciones y los profesionales de la salud, se escapan a la aplicación evidente de cualquier protocolo que defina el problema a priori. Tal como afirma un estudiante de quinto año, “también hay que ser crítico porque el mismo método no va a funcionar con todas las personas igual”.

Tal como señala Espósito, “la salud crea, de manera siempre plural y reversible, sus propias normas; si cada uno de los hombres tiene una idea distinta de salud, se sigue inevitablemente que no es posible siquiera una definición general de enfermedad” (2006: 164). Según Nietzsche (2011), “existen innumerables saludes del cuerpo (...) será necesario que nuestros médicos pierdan la noción de salud normal, junto con la de una dieta normal y la de un curso normal de la enfermedad”.

Si bien la medicina asiste a un proceso general de protocolización y estandarización, el ejercicio médico se caracteriza también por aspectos que se resisten a la generalización: este ejercicio se produce en una inevitable tensión entre el caso singular y las generalizaciones, entre lo previsible e imprevisible de un cuerpo.

Conclusiones

En el presente artículo, hemos abordado los modos en los que funciona la noción semiótico-material de naturaleza en la carrera de medicina de la UBA. El objetivo de esta investigación fue analizar la coexistencia de las capas Naturaleza y naturalezas; es decir: de dos ontologías tan presentes como eficaces en la formación en medicina y en el abordaje de los procesos corporales que esta carrera propone. Llevamos adelante el análisis de las dos capas a partir de tres dimensiones: la capa de Naturaleza, considerando el biologicismo, el relato totalizante y unívoco del sexo y su afinidad con el modelo clínico hegemónico. La capa de naturalezas, a partir de la noción de la multiplicidad de lo biológico, los sexos como múltiples y una perspectiva situada de la clínica.

A través del uso de las capas como categoría de análisis, concluimos que, en la formación de médicos y médicas conviven distintas ontologías de la naturaleza, y que éstas tienen efectos disímiles. La capa de Naturaleza supone una perspectiva biologicista. Ésta identifica a la medicina como científica, eficiente y resolutive. Sin embargo, muchas veces, opera como un obturador en el abordaje eficaz de los procesos concretos de salud y enfermedad. Asimismo, el biologicismo implica la imposición de parámetros normativos, políticos, históricos y fortuitos, bajo el título de la Naturaleza. Este abordaje implica disciplinamiento para los cuerpos, a veces incluso mediante el matrato y la violencia.

En la carrera de medicina, las naturalezas aparecen de modo más fragmentario y subterráneo. Están allí, laten y frente al permanente resquebrajamiento del enorme edificio que supone la Naturaleza, emergen. Las naturalezas hacen propios aquellos

aspectos previsibles e imprevisibles de los cuerpos y de los procesos de salud y enfermedad. Se reconocen híbridas y precarias, contingentes y dinámicas.

Las capas no son simétricas. La disímil extensión dada en este escrito a su desarrollo no constituye una desatención de nuestra parte. Por el contrario, guarda directa relación con la recurrencia de referencias asociadas a una capa u otra en las fuentes analizadas. En efecto, los y las estudiantes refieren y abordan los conocimientos y prácticas que implican su formación mayormente desde la ontología de la Naturaleza: lo biológico como dado, determinante y objetivo, un enfoque hegemónico de la clínica y del sexo binario y biológico. Suponemos que asumir esta ontología ofrece a los y las estudiantes una identificación con la Naturaleza como autoridad. Al ser ellos y ellas quienes supuestamente la conocen y curan, detentan conocimientos y habilidades socialmente jerárquicas.

La clínica situada es una propuesta más llana, más cercana y sumamente compleja y más costosa. No deslumbra con el hallazgo de “la” causa y la elaboración de “la” respuesta. Por el contrario, artesanal y rigurosamente, se sumerge en las múltiples especificidades y complejidades que atañen a un paciente. Ésta conforma una alternativa metodológicamente rigurosa y más respetuosa de los y las pacientes.

Tal como afirma Pinilla (2011), los profesionales y las profesionales tienen que desarrollar competencias transversales y específicas. Pero estas competencias no deben suponer un orden trascendental. Mientras más conectados estén los médicos con los procesos históricos e híbridos (sociales, biológicos y tecnológicos) en el que se conforman las regularidades epidemiológicas, así como las tantas particularidades y contingencias del ejercicio clínico; cuanto mejor, más fluido e intenso sea el diálogo con el o la paciente, mejor será la medicina, más precisa, más sólida, más eficaz.

86

Por último, quisiéramos señalar la escasez de espacios curriculares para llevar adelante un proceso reflexivo respecto a los conocimientos teóricos y la práctica clínica que implican la formación en medicina. Como todas las personas, los y las estudiantes tienen prejuicios y miedos. Pero a diferencia de otros profesionales, en un futuro, ellos tomarán decisiones sobre cuerpos de otras personas. Por ello, es menester que esos prejuicios y miedos sean revisados con el fin de mejorar tanto las condiciones en las que se forman profesionalmente, así como para garantizar condiciones éticas adecuadas de atención a los y las pacientes. Ello implica también el conocimiento de la normativa vigente, especialmente aquella que implica la ampliación de derechos humanos, como por ejemplo, la Ley de Identidad de Género.

Documentos

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA (2014): Anatomía humana normal. Programa Analítico, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/ANATOMIA/anatomia.pdf>.

DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA Y BIOFÍSICA. (2014): Fisiología y Biofísica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/FISIOLOGIA%20Y%20BIOFISICA/fisiologia.pdf>.

DEPARTAMENTO DE HISTOLOGÍA, BIOLOGÍA CELULAR, EMBRIOLOGÍA Y GENÉTICA (2014): Histología, Biología Celular, Embriología y Genética, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/HISTOLOGIA/histologia.pdf>.

DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA, PARASITOLOGÍA E INMUNOLOGÍA (2014): Microbiología y Parasitología I, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/MICRO%20/micro1.pdf>.

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGÍA (2014): Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/grado/medicina/programas/OBSTETRICIA/Obsteri.pdf>.

87

SECRETARÍA DE POLÍTICAS UNIVERSITARIAS (2013): Anuario de estadísticas universitarias - Argentina 2013, Ministerio de Educación de la Nación. Disponible en: http://informacionpresupuestaria.siu.edu.ar/DocumentosSPU/Anuario_2013.pdf.

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (2009): Expediente UBA 2.086.325 y 24.635/2009, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_uba/2009-12-16_7591.pdf.

Bibliografía

ALAIMO, S. y HEKMAN, S. J. (2008): "Introduction: Emerging Models of Materiality in Feminism Theory", en S. Alaimo y S. J. Hekman (eds.): *Material Feminisms*, Indiana University Press.

BARAD, K. (1998): "Getting real technoscientific practices and the materialization of reality", *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*. Duke University, vol. 10, n° 2, pp. 88–128.

BARAD, K. (2011): "Erasers and erasures: Pinch's unfortunate 'uncertainty principle'", *Social Studies of Science*, vol. 41, n° 3, pp. 443–454. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0306312711406317>

CABRAL, M. (2014a): “Derecho a la igualdad: Tercera posición en materia de género”, *Revista Derechos Humanos*, año 3, vol. 8, p. 199.

CABRAL, M. (2014b): “Cuestión de privilegio”. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-8688-2014-03-09.html>. Consultado el 26 de enero de 2017.

CABRAL, M. y BENZUR, G. (2005): “Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad”, *Cadernos Pagu*, vol. 24, pp. 283–304. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100013>.

CANGUILHEM, G. (2004): *Escritos sobre la medicina*, Buenos Aires, Amorrortu.

CANGUILHEM, G. (2011): *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI.

CHASE, C. (2005): “Hermafroditas con actitud”, *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas queer*, Madrid, Traficantes de sueños.

CLARKE, A. E., SHIM, J. K., MAMO, L., FOSKET, J. R. y FISHMAN, J. R. (2003): “Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine”, *American Sociological Review*, vol. 68, n° 2, pp. 161–194. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/1519765>.

DESCOLA, P. (2012): *Más allá de naturaleza y cultura*. Buenos Aires, Amorrortu.

DIGILIO, P. (2004): “Comités hospitalarios de Ética y Políticas de Salud: una relación posible”, en M. L. Pfeiffer (ed.): *Bioética, ¿estrategia de dominación para América Latina?* Buenos Aires, Suárez.

ESPOSITO, R. (2006): *Bíos: biopolítica y filosofía*, Amorrortu.

FAUSTO-STERLING, A. (2006): *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*, Madrid, Melusina.

FOUCAULT, M. (2008): *La vida de los hombres infames*, La Plata, Caronte.

GIANNASI, S. y DURANTE, E. (2012): “La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala”, *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*, vol. 32, n° 4, pp. 121–125.

GOMES DE JESUS, J. y ALVES, H. (2012): “Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais”, *Revista Cronos*, vol. 11, n° 2. Disponible en: <http://www.periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2150>.

HARAWAY, D. (1999): “Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados/ble”, *Política y Sociedad*, vol. 30, p. 121. Disponible en: <https://doi.org/>.

HARAWAY, D. J. (1995): *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*, Madrid, Universitat de València.

HARRIS, O. J. T. y ROBB, J. (2012): "Multiple Ontologies and the Problem of the Body in History", *American Anthropologist*, vol. 114, n° 4, pp. 668–679. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1433.2012.01513.x>.

HIRD, M. J. (2012): "Digesting Difference: Metabolism and the Question of Sexual Difference", *Configurations*, vol. 20, n° 3, pp. 213–237. Disponible en: <https://doi.org/10.1353/con.2012.0019>.

KEANE, H. y ROSENGARTEN, M. (2002): "On the Biology of Sexed Subjects", *Australian Feminist Studies*, vol. 17, n° 39, pp. 261–277. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0957126022000018070>.

KELLER, E. F. (2000): *Lenguaje y vida: Metáforas de la biología en el siglo XX*, Buenos Aires, Ediciones Manantial.

LA VALLE, R. (2012): "Crisis... ¿Qué crisis?", *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*, vol. 32, n° 4, pp. 158–161.

LA VALLE, R. (2013): "Sobre la forma actual de ser médico", *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*, vol. 33, n° 2, pp. 73–76.

LATOUR, B. (2001): *La esperanza de Pandora: ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*, Barcelona, Gedisa Editorial.

LATOUR, B. (2013): *Políticas de la naturaleza. Por una democracia de las ciencias*. Buenos Aires, RBA.

LEWONTIN, R. C., ROSE, S. y KAMIN, L. J. (1987): *No está en los genes: racismo, genética e ideología*, Barcelona, Crítica.

MAFFÍA, D. y CABRAL, M. (2003): "Los sexos, ¿son o se hacen?", en D. Maffía (ed.): *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Buenos Aires, Feminaria.

MENÉNDEZ, E. (2009): *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial.

MOL, A. (2002): *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Londres, Duke University Press.

NIETZSCHE, F. W. (2011): *La Gaya Ciencia*, Madrid, EDAF.

ORTNER, S. (2006): "Entonces, ¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura?", *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 1, pp. 12–21.

PACE, R. A. (2013): “Una cierta incertidumbre”, *Revista Del Hospital Italiano de Buenos Aires*, vol. 33, n° 2, p. 50.

PINILLA, A. E. (2011): “Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud”, *Acta Medica Colombiana*, vol. 36, n° 4, pp. 204–218.

ROHDEN, F. (2004): “A obsessão da Medicina com a questão da diferença entre sexos”, en A. Piscitelli, M. F. Gregori y S. Carrara (eds.): *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*, Río de Janeiro, Editora Garamond.

ROSE, N. (2012): *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*, Buenos Aires, UNIPE, Editorial Universitaria.

SAVRANSKY, M. e ROSENGARTEN, M. (2016): “What is nature capable of? Evidence, ontology and speculative medical humanities”, *Medical Humanities*, medhum-2015-010858. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/medhum-2015-010858>.

SEMBEROIZ, A. R. y MURÚA, L. J. (2016): “Deshumanización en medicina: un análisis desde la perspectiva educativa”, *Inmanencia. Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, vol. 4, n° 2. Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/8616>.

SFEZ, L. (2008): *La salud perfecta*, Buenos Aires, Prometeo.

90

STRYKER, S. (1994): “My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage”, *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol. 1, n° 3, pp. 237–254. Disponible en: <https://doi.org/10.1215/10642684-1-3-237>.

STRYKER, S. y WHITTLE, S. (2013): *The Transgender Studies Reader*, Londres, Routledge.