

**ACCIÓN TÉCNICA Y ACCIÓN MORAL:
el doble carácter de la práctica de
los profesionales de la salud.
Apuntes para un debate**

:: Lilia Blima Schraiber

Introducción

Si bien es cierto que cada uno de los capítulos de este libro gira alrededor de un tema propio y distinto, muchos son los aspectos que los unen y mediante los cuales podemos abordar el conjunto de los trabajos. Tratan, todos, de cuestiones importantes acerca del poder médico frente a los derechos de las mujeres, registrando, de diferentes modos, los aspectos también diversos en los que observamos que el quehacer de los profesionales de la salud, aún de diferentes áreas de actuación, lejos de poner en práctica los derechos de las mujeres refuerza las desigualdades tradicionales en lo social y en lo cultural, y reproduce así los estereotipos de género formulados a lo largo de la historia. Desde la “mujer que miente constantemente, engaña y traiciona” hasta esa otra mujer cuyo máximo y permanente deseo es la maternidad. Por diferentes caminos y diseños de investigación, estos capítulos buscan entender la resistencia de los profesionales. Los trabajos muestran algunas de esas resistencias claramente ancladas en las creencias y convicciones de esos profesionales, que tienen que ver tanto con la condición de mujeres pobres, casi siempre mostrada como inviable en lo cultural, como con las posibilidades de emancipación de todas las mujeres, consideradas al principio como otra imposibilidad, cuya naturaleza radicaría en la incapacidad de ser de las mujeres y concebidas como incapaces de constituirse en sujetos libres y ciudadanas.

Los trabajos presentados, en otros aspectos, muestran la resistencia de los profesionales como una actitud que llamaré excusa tecnológica (Kiss, Schraiber, 2009), porque la negación está asentada en la discusión de la incompetencia técnica para tratar con las demandas y necesidades de las mujeres: profesionalmente no sabrían qué hacer. Esta última situación casi siempre se mezcla con la otra mencionada anteriormente y con muchos profesionales que efectivamente lidian o de algún modo han lidiado con el aborto, la violencia doméstica, el embarazo no deseado, la anticoncepción de emergencia, la mujer que reclama sus derechos o con la enseñanza de los profesionales del futuro quienes deberán enfrentarse a estas situaciones que escapan al clásico mal o demandas en la salud que puedan reducirse con facilidad a los males de la nosografía, alegando que lo hicieron bajo un carácter personal y no profesional (Kiss, Schraiber, 2009). Y de cierto lo hicieron amparados en sus propias ideas para mejor enfrentar tales situaciones, algunas de ellas críticas a la cultura de género y a la ideología dominante en sus contextos sociales y profesionales; otras, por el contrario, refuerzan las desigualdades sociales y de género, tal como se presentan aquí en los trabajos de investigación.

Por otro lado, se señalan las relaciones de esos modos de actuar en contextos tanto de las políticas públicas como de las condiciones de trabajo en los servicios y ejercicio de sus profesiones. En conjunto, las investigaciones presentadas han originado preguntas y nos remiten a los tres planos en que, con frecuencia, el propio campo de la salud ha sido criticado: el de las políticas, el de la planificación y gestión de los servicios y el de la práctica profesional. Así sería posible, frente a la ilegalidad que aún rige en diversos países referente a la práctica del aborto seguro, debatir la política pública de salud sobre la atención a las mujeres en situación de riesgo por un aborto inseguro o en situaciones de embarazos no deseados, como lo mencionan en su artículo, Alejandra López y Elina Carril. En el mismo plano de la política todavía es posible considerar la atención a mujeres en situación de violencia de género y las dificultades para estructurar los servicios en ese sentido dentro de un marco de atención integral, como lo señala Cristina Herrera. En otro plano, podríamos considerar con Roberto Castro, hasta dónde alcanza el dominio de la planificación y organización de los servicios un punto tal que sea posible atribuir a la calidad administrativa de éstos una reorientación de la cultura y normas profesionales en la salud para una nueva forma de tratar las necesidades de salud de las mujeres, de modo que se incluyan sus derechos sexuales y reproductivos. En ese mismo plano de las necesidades, sería posible que se trataran las responsabilidades de los servicios para atender las demandas aún cuando algunos de sus profesionales se refieran a la consciencia para objetar y no informar sobre medidas de anticoncepción de emergencia, como presenta Claudia Dides.

Sin embargo, a la par de las instancias políticas y organizativo-administrativas, en tanto figura de aproximación al debate de los derechos de las mujeres como parte de las cuestiones del campo médico-sanitario, quiero centrar mis señalamientos en un debate con un enfoque de tercer plano: el de las prácticas profesionales. Las razones que me llevan a ello radican, por un lado, en la producción de cierto modo reducida de estudios e investigaciones en ese ámbito si se la compara con el de las políticas de salud o de la gestión y administración de los servicios. Por el otro, este plano de las prácticas se configura, como apunta Joaquina Erviti, en espacios adecuados para “educar a las mujeres”, lo que se puede hacer desde la perspectiva conservadora de los roles de género o, al revés, buscando perspectivas emancipatorias y de equidad de género, y así fundamentar esa calidad pedagógica de las prácticas en los marcos de los derechos humanos y de las mujeres. Las posibilidades de hacerlo son dadas por una calificación muy específica e importante de la práctica de los profesionales de la salud, en particular. Se trata de la *autonomía profesional* en el campo de la atención a la salud, autonomía que se

origina como característica central del trabajo de los médicos con la reconstrucción de la práctica médica en la Modernidad (Ribeiro y Schraiber, 1994; Schraiber, 1995a) y que constituye hoy día uno de los focos principales de tensión y conflicto de la práctica médica contemporánea (Schraiber, 2008). Con base en esa raíz de la medicina en la Modernidad, en la que se da tanto la formulación del saber médico de base biomédica (Foucault, 1977, 1984) como el surgimiento del enorme poder adquirido por los médicos como agentes del Estado moderno (Freidson, 1970a), como representantes legítimos de la ciencia y como portadores/guardianes de la autoridad cultural de su uso social (Starr, 1982), la autonomía de los médicos fue, en mi opinión, el enlace construido históricamente entre dos cualidades de su práctica: la de un saber técnico-científico y la de un poder político y cultural-moral del ejercicio de ese saber con una regulación externa al corpus profesional (la organización corporativa de los médicos) casi nula. O como lo menciona Freidson (1970a; 1970b), un poder de disciplinar y evaluar a los otros y simultáneamente de permitir regularse o evaluarse únicamente por sus mismos pares. En la profesión médica esta autonomía ya ha alcanzado otras dimensiones de la vida laboral del médico, como el mercado de trabajo (la autonomía mercantil); el orden organizacional/administrativo (o también jerárquico) de la producción de su trabajo asistencial (la autonomía del consultorio privado) y el espacio técnico de la concreta acción del trabajo (la autonomía técnica). Pero si bien en la actualidad se restringe fundamentalmente a la esfera de la actuación técnica del médico, no deja de representar el espacio de la relación conocimiento-poder en que se dan las posibilidades de afirmar o negar lo social, lo cultural y lo ético-político al interior de su acción, al interior de la técnica (Schraiber, 2008).

Cuando se valora el enfoque de la práctica profesional, debo aclarar que tales prácticas profesionales las concibo como la producción del trabajo social, distinguiéndolas de constituir solamente una acción de aplicación del saber profesional -como es su enfoque en el campo de la sociología de las profesiones-, para tomar esa práctica como ejercicio de la técnica en el interior de un proceso de trabajo que se da en determinadas estructuras de la producción social (Schraiber, 2008). Desde tal punto de vista valoramos, como Freidson (1970a y 1970b) el mercado y las relaciones de trabajo como instancias que constriñen la autonomía profesional. Valoramos también la finalidad social que se busca alcanzar con la intervención técnica, es decir la utilidad social otorgada a lo largo de la historia al uso del saber médico en su aproximación y transformación de su objeto de intervención - en la Modernidad, la aproximación que toma el cuerpo como fuerza de trabajo y un organismo biomédicamente (o anatómica y patológicamente) considerado (Mendes-Gonçalves, 1984, 1994)-.

Es posible, también, caracterizar mi enfoque de la práctica profesional por los términos del lenguaje gerencial, en el que figura como el trabajo-fin de un servicio de salud (Schraiber et al, 1999). Es decir, la dimensión en que sucede la producción directa de los “cuidados”, considerando que el término “cuidado” se refiere aquí únicamente a la tradición de lo que llamamos la producción de una asistencia individual, que diagnostica y trata los casos y que se utiliza únicamente para indicar la intervención directa (técnica) en los pacientes o usuarias de un servicio, sin alusión a la crítica importante de la actualidad sobre el tecnicismo de esa intervención (Ayres, 2004). Muy por el contrario, esa expresión ‘producción directa de los cuidados’ expresa, por ahora, la intervención de carácter técnico, de naturaleza técnica-científica y biomédica, que caracteriza a y se origina en la profesión de los médicos pero se extiende a todas las profesiones de la salud, lo que también ocurrirá con cierto uso de la autonomía en la relación profesional-usuario (o paciente) dada la colonización del saber médico sobre los demás actores presentes en el campo de la salud.

Antes de avanzar en el plano de las prácticas profesionales es importante registrar que concibo estos tres planos –el de las políticas, el de la planificación / gestión de los servicios y el de las prácticas profesionales- como planos articulados de manera necesaria e imprescindible, para llegar a alcanzar el propósito de una atención integral en salud (Schraiber, 1995b). Si en el plano de las políticas definimos los consensos doctrinarios y las normas mediante las cuales podrán alcanzarse determinados derechos en términos de la atención a la salud, será en el ámbito de la planeación y la administración que tales normas y consensos se filtrarán a través de las redes o sistemas en que se organiza la distribución de los servicios para la población. Es importante decir que si la política de la salud reconoce los derechos de las mujeres, será necesario que dentro de la estructuración del conjunto de los servicios y en el funcionamiento interno de cada establecimiento de salud estos derechos se traduzcan también en acciones y flujos asistenciales que sean aceptados y valorados. Pero si todas esas pretensiones se quedan fuera del consultorio médico o del tratamiento del paciente o de cualquier otro profesional, cuando este profesional cierra la puerta para atender a la usuaria -delineando la imagen más fuerte de nuestra cuestión en cuanto a la importancia con que abordamos la práctica profesional-, la acción profesional no podrá concretar ningún consenso ético-político o ninguna norma práctica de realización de los derechos. Y pensemos que el profesional puede hacerlo exactamente por esa dimensión de autonomía técnica, ámbito en lo cual se inscribe la “educación de las mujeres”, como menciona Joaquina Erviti. Tal autonomía es ejercida en el núcleo duro de su práctica profesional en que procede al *juicio clínico* y a la

toma de decisión asistencial del caso. Por ello es importante, aunque menos explorado, atenernos a este plano en el cual, en los términos de Bourdieu (1974, 1996), el agente de la práctica, el médico o cualquier otro profesional de la salud, se reproduce culturalmente como sujeto de su profesión, en que reitera un “habitus” dado en su modo técnico de actuar (una práctica lógica de proceder determinada) que causa tensión y con ella produce conflictos por su innovación de esa misma cultura profesional. Reproducción e innovación están, en ese caso, dados al interior de cualquier acción práctica y se hace más compleja en esa posición de autonomía técnica con la que el médico puede, con mayor libertad, afirmar o negar en su quehacer profesional, aquellos consensos políticos acordados y, puede generar o excluir tecnológicamente los procedimientos técnicos que llevan a cabo o impiden, entre otras cuestiones ético-políticas, los derechos de las mujeres, sirviéndose de uno o de otro lado de las disposiciones organizativas y funcionales de los establecimientos de su actuación. Entonces, para el propósito de concretar en ese trabajo una atención integral que se cumpla de manera positiva, es importante suscribir los derechos de las mujeres y que la práctica profesional esté articulada a los planos de la política y la gestión de los servicios. Pasa a ser una cuestión fundamental estar al tanto de lo que se articula o desarticula, mediante el método más o menos autónomo de hacerlo efectivo frente de los demás planos, lo cual se torna en una situación fundamental para hacer valer los principios más generales de la atención integral de la salud.

Procediendo ahora a analizar los trabajos presentados en este libro desde la perspectiva de la práctica profesional, es importante señalar el hecho de que todos los trabajos, explicitándolo o no, terminan por examinar y señalar problemas centrales de la autonomía técnica en la práctica profesional. Refieren hallazgos empíricos en ese sentido derivados del ejercicio profesional cotidiano en los servicios de salud que tratan.

El aspecto central que trato de destacar relacionado con esos trabajos se refiere al hecho de que los profesionales de la salud parecen transitar con facilidad práctica y seguridad discursiva entre las dimensiones de los casos que asisten a las que ellos mismos concebirían como esferas extra-técnicas y las técnicas de tratamiento y asistencia utilizados. Es más, con esa seguridad discursiva que caracteriza al poder médico en la sociedad, en el trayecto entre ambas puede terminar por cubrir a las dos –la esfera propiamente técnica y la extra-técnica– con la cualidad de la práctica profesional. Así confieren significado profesional, cubriéndolas de valor y autoridad técnico-científica, apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus deman-

das a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con la calidad de *juicio moral*, que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional.

Observemos, por ejemplo, en el artículo de Alejandra López y Elina Carril, sobre el manejo de los servicios de salud frente a la práctica del aborto voluntario en las mujeres, que las autoras se valen del término ‘deslizamiento’ para referir ese tránsito fácil mencionado de lo técnico a lo moral, utilizado especialmente por los médicos, aunque no exclusivamente por ellos, al atender mujeres en casos de embarazo no deseado y de aborto. Las autoras muestran las diferentes conductas profesionales al interior de una misma organización de la producción del trabajo. Situación que nos remite a una diversidad de actuaciones que puede inscribirse y de hecho se inscriben, dentro de la práctica profesional. Tal diversidad de actuaciones la veo como producto de decisiones personales de cada agente de la práctica. En otros términos, como quien puede, hasta cierto punto, ser libre para cumplir o revisar las normas homogéneas del desempeño técnico-científico, o los objetivos asistenciales de la institución hospitalaria. Todo se pasa como si el profesional pudiera decidir qué hacer basado en sus creencias o valores estrictamente personales y no seguir las normas institucionales, a pesar de que el hospital en que actúa fue proyectado de manera política o planeado y/o administrado para llevar a cabo en ese trabajo-fin de la ‘producción directa de los cuidados’ un modo más igualitario de atender y llevar a cabo la intervención en los casos de abortos.

De manera similar, encontramos en el trabajo de Claudia Dides, en el que se valora la perspectiva bioética sobre el poder profesional y los derechos de las mujeres, la discusión sobre la posibilidad de ‘objeción de la consciencia’ por parte de los profesionales frente a las normas ya acordadas para el servicio. La autora se refiere a la objeción de consciencia como un problema ideológico, y no ético, cuando los profesionales se rehúsan a dar información sobre las medidas de anticoncepción a disposición de las usuarias, inclusive la anticoncepción de emergencia, en los servicios de salud. Pero la dimensión ética surge si a la par de negar las informaciones por objeción de consciencia, el profesional tampoco orienta a las usuarias que busquen otro médico o profesional del mismo servicio, imponiendo así su creencia o valor a todo el servicio. Dides examina en este proceder el poder del médico, el que se extiende a las prácticas de los demás profesionales, para no cumplir con los derechos de las mujeres, los derechos reproductivos garantizados en el plano de la política. Por otro lado, señala también la distinción entre la objeción hecha

por el profesional como un individuo y la responsabilidad social del servicio que debe proporcionar tales informaciones y recursos anticonceptivos, muy independiente de una actuación individual contraria, caracterizando así otra posibilidad de independencia personal en el quehacer del médico o de cualquier otro profesional.

Otro ejemplo de negación de los derechos de las mujeres y de su transformación de sujetos en objetos de la reproducción humana se encuentra en el texto de Joaquina Erviti, examinando cómo los profesionales actúan en los casos de embarazo o en la asistencia al parto. Por ejemplo en el caso de embarazo no deseado y que contradice sus propias creencias tradicionales de género en donde un embarazo es visto como “siempre bienvenido”, los profesionales caracterizan a esas mujeres como irresponsables, impulsivas y poco informadas de los métodos anticonceptivos. Así, en sus acciones como médicos también se ‘deslizan’, como lo denominaron López y Carril, de un proceder técnico-científico hacia a una acción personal-moral, lo que puede resultar en “violencia obstétrica” en los cuidados dispensados en el momento del parto. A partir de la construcción del cuerpo embarazado como un cuerpo “en riesgo”, y del propio parto como una patología, en el estudio que presenta Erviti una cuestión central es la necesidad de controlar a las mujeres embarazadas para que colaboren durante el trabajo de parto, lo que se convierte en una verdadera guerra justificando acciones violentas.

Cristina Herrera, a su vez, ofrece otro ejemplo para estudiar el modo en que los profesionales atienden en su práctica diaria a las mujeres que han sido víctimas de violencia doméstica, que, como sabemos, es perpetrada en la mayoría de los casos por sus compañeros íntimos (Kiss, Schraiber, 2009). La autora reflexiona la forma en que el discurso médico se ‘combina’ con otros discursos: de género, de discriminación étnica, de exclusión social. Por parte del profesional, se dirige a una mezcla, una mixtura entre un enfoque técnico-científico y otro moral que juzga el comportamiento personal de las usuarias, que es lo que ocurre cuando el profesional desconfía de las pacientes, que mienten o que no cumplen con sus orientaciones. Esa desconfianza produce orientaciones morales y no tratamientos de naturaleza biomédica. Los profesionales en este caso transforman sus consejos y opiniones de orden moral en prescripción médica, la que a su vez se basa en apreciaciones totalmente personales de las demandas de las usuarias, en este caso relativas a la violencia de género en contra de las mujeres.

Vamos a encontrar también una importante discusión sobre el plano de la práctica profesional en el trabajo de Roberto Castro, cuando se refiere a la

distinción entre problemas en la calidad de atención en sentido administrativo y problemas de la violación de los derechos de las mujeres por parte de los profesionales. Castro resalta la conexión de estos últimos a la cultura profesional y a la reproducción del orden médico, un orden en el que todo enunciado asume un carácter disciplinario, normativo, al mismo tiempo que se reviste de poder y autoridad médica, legitimando con este estatuto las percepciones y apreciaciones de carácter personal que estos profesionales hacen de sus usuarias, sus necesidades de salud y demandas y de sus derechos reproductivos y sexuales. O como lo sitúa Joaquina Erviti, los médicos normalizan los cuerpos, imponiendo una determinada forma de vida y cuidados. Así, con la sugerencia de Castro de explorar más a fondo tales percepciones y apreciaciones, se refuerza la importancia del plano de la acción profesional frente a las políticas y gestión de los servicios.

Y, para terminar, en el trabajo presentado por Sonia Hotimsky observamos el conflicto entre situaciones de cuidado y situaciones de aprendizaje, cuando se practican intervenciones o procedimientos técnicos que sirven solamente para el aprendizaje de los alumnos pero que no constituyen una necesidad de intervención médica, técnicamente hablando. La autora presenta el caso de una alumna de medicina que solicita a la doctora que la supervise en su etapa de aprendizaje profesional para llevar a cabo una episiotomía (técnica quirúrgica adecuada en muy pocos partos), porque puede ser su única oportunidad de practicar tal procedimiento. La solicitud se hace, sin embargo, en el parto de una paciente que no requiere de tal procedimiento. El episodio muestra el hecho de que entre el uso didáctico de la asistencia y la producción del cuidado a la paciente, se puede originar un conflicto. En este caso, lo defino como *conflicto moral* (Schraiber, 2008) porque la doctora que orienta a la alumna sabe que ella debe aprender el procedimiento, porque puede ser su única oportunidad, pero la paciente debe parir sin ese procedimiento. La solución adoptada por la doctora es eminentemente práctica porque no se ampara en ningún juicio técnico-científico (ni podría hacerlo porque la característica del conflicto es de naturaleza moral) y radica en su enunciado de que el procedimiento “*no es necesario pero no está equivocado*”. La doctora se evade así del ámbito técnico y científico de la toma de decisión hacia el ámbito del juicio moral porque de hecho (culturalmente, por el ‘habitus’ profesional) no piensa que pueda existir daño alguno para la paciente y no entiende que un procedimiento innecesario puede ser perjudicial (iatrogénico), en razón de la propia convicción de ‘el bien de la tecnología por la tecnología’. Esa concepción de la tecnología como un bien en sí mismo (y que no depende entonces de un uso determinado y juicioso), además de histórica y socialmente dominante, es parte del discurso del que los mismos médicos son

portavoces, en el que no aparece ninguna posibilidad de error en su juicio particular.

El conjunto de las ponderaciones que acabo de presentar después de examinar los diversos trabajos de este libro, más allá de haber comprobado la presencia de una dimensión extra-técnica con la dimensión técnica en el quehacer profesional, abre interrogantes en otras direcciones. Permítaseme resaltar dos de ellas: 1) ¿cómo y por qué pueden ser posibles asociaciones ideológicas, religiosas y morales en actos técnicos y científicos? o ¿cómo es posible conciliar tales perspectivas en un mismo quehacer profesional? y, 2) ¿es posible que sean dos dimensiones separadas que se muestran en una yuxtaposición? Es decir, ¿se trata del hecho de una dimensión técnica y otra extra-técnica en las cuales transitan los profesionales con facilidad? Si así fuera, la legitimidad de la dimensión técnica y científica cubre esa otra dimensión de la práctica de los profesionales de la salud, que permite posicionamientos políticos, discriminatorios por cuestiones de ideología y, en especial, **juicios morales**, siendo esto último, en mi opinión, la puerta de entrada de los demás con sus estereotipos y estigmas sociales. Al final, como consideramos, se otorga al conjunto (acción técnico-científica y acción moral) la representación de un acto profesional, cuya autoridad cubre la esfera de base meramente personal. Y así sucede en la configuración de la práctica de la salud, tan tecnológica en la actualidad, en especial en la del médico.

Esa posibilidad de ‘escapar’ a lo técnico-científico y sus normas de un proceder siempre igual, que uniforman las conductas de los profesionales, queda demostrada en este trabajo, situación atemorizante si se la observa en términos de la formación de profesionales, en especial de los médicos, que son sujetos centrales para mantener y ampliar el poder tradicional en el campo de la salud y que coloniza a los demás profesionales.

Vamos a encontrar también las mismas posibilidades de escapar a lo técnico-científico, dentro de la misma acción profesional en el contexto brasileño, como pude constatarlo en un estudio muy similar al de Cristina Herrera sobre el discurso de los profesionales de la salud en servicios del Sistema Único de Salud (SUS) en San Pablo, en casos de mujeres víctimas de violencia doméstica. Según su propia percepción se llevan a cabo acciones personales, muchas veces de carácter solidario con las mujeres y no acciones profesionales (Kiss; Schraiber, 2009). Sin embargo queda muy claro que tal actuación personal tanto para la usuaria como para el profesional fue la solución adoptada profesionalmente en ese momento y en ese contexto. ¿Cuál lógica práctica permite eso, como lo señala Roberto Castro en la referencia a Bourdieu? Y tal proceso,

¿se encuentra dentro/legitimado o no, en el 'habitus' profesional?

Varios estudios, sin detenernos en estas preguntas, señalan lo mismo que encontramos en todas las investigaciones presentadas en este libro. También, señalan el abuso en el quehacer profesional gracias al poder adquirido, situación que se observa constantemente en la actuación de los médicos pero que termina por extenderse al conjunto de las profesiones relacionadas con la salud. Por el contrario, y casi como un impedimento de continuar con ese abuso, es que muchos estudios resaltan y valorizan el punto de vista de las mujeres, usuarias de los servicios y pacientes a la vez, como los aquí presentados. Tal vez se convierta en el camino que facilite un modo contra-cultural de relaciones asistenciales, en las que el poder sea más simétrico y las pacientes o usuarias sean sujetos y ciudadanas. Darles la voz en la investigación es fundamental. Esa voz que porta el otro lado del poder médico en la escena, procura que las usuarias adquieran poder. Tal perspectiva coloca el conflicto en lo ético y lo político entre la tradición profesional y las nuevas situaciones de la asistencia, para buscar una atención más integral que incluya los derechos. Conflicto que se coloca en el campo en que también se otorga la autonomía profesional: el del juicio clínico y toma de decisiones asistenciales.

Mostrar los embates, los conflictos, todavía no permite profundizar ni esclarecer cómo y porqué fue posible tomar la acción moral dentro de la acción técnico-científica. Buscar una explicación profunda y fundamental es lo que propongo, para aproximarnos a la acción profesional en salud como una **'técnica moral dependiente'**, tal como conceptualicé la acción de los médicos en su conformación de la práctica social de la Modernidad (Schraiber, 1995a, 2008), exactamente en el surgimiento de profesión liberal y ejercicio de una práctica poco armada en lo tecnológico y que, por analogía, se la puede llamar una técnica más artesanal. La dependencia moral se revela aquí como la necesidad de un comportamiento personal dado, que se convierte en virtuoso desde el punto de vista moral y en parte de la ética profesional, frente a un tipo de técnica entonces disponible: un cuidado en el uso (o uso muy juicioso) de los recursos tecnológicos (todavía poco certeros o seguros), amplia disponibilidad de tiempo para vigilar los resultados y acompañar el caso (la total inseguridad de los resultados de la intervención), un atento cuidado a los síntomas y quejas (menos disponibilidad de medicamentos y de la seguridad de su eficacia), etc.

De esa raíz histórica extraigo la comprensión de la posibilidad de acción moral al interior de la práctica profesional y que persiste en la actualidad, como aquí bien se ha demostrado, a pesar de una configuración más tecnológica

como arreglo técnico de tal práctica hoy día. Hasta me atrevería a decir que, frente el paroxismo tecnológico actual, se trata de la transmutación de una técnica moral dependiente a otra, la prevaleciente hoy día, dependiente de la tecnología, que genera las tensiones y los conflictos que se encuentran en la base de la crisis de la medicina contemporánea y que en Brasil dio origen al movimiento por la **humanización de los servicios de la salud**, como puede ser el parto humanizado. En otras palabras, la dependencia de una etapa ética y moral de la práctica médica es de un orden tal que los cambios que la niegan, tal como ocurre con la introducción de la tecnología en el centro de la acción médica - como se observa a partir de los años 1970-1980 cuando surgió una medicina más apegada a la técnica y empresarial -, resultan en una crisis de la misma práctica y de la profesión. Esa crisis la delimito en el ámbito de los **vínculos de confianza** forjados y reproducidos desde la medicina liberal, vínculos que expresan desde los tiempos de esa práctica más artesanal, las relaciones intersubjetivas y las interacciones entre médicos y pacientes, o de los médicos entre sí y también entre médicos y otros profesionales de los equipos de trabajo en el sector de los servicios. La naturaleza de la crisis se encuentra exactamente en la ruptura de estas interacciones y, en consecuencia, en la pérdida de confianza como valor que gobierna, punto por punto, las prácticas de salud.

Me fue posible elaborar la definición de técnica moral dependiente y de la crisis de confianza más actual, en dos estudios secuenciales que llevé a cabo sobre la práctica de la medicina por medio de historias de vida de médicos (Schraiber, 2008). Me fue posible entonces reflexionar sobre el proceso de medicalización de lo social en que se proyecta la medicina de la Modernidad (Donnagelo y Pereira, 1976). Pude observar el doble movimiento del razonamiento de la medicina al construir, en la Modernidad, su saber de intervención para generar un doble orden técnico que se lleva a cabo en los marcos de una lógica-práctica relativa a la Modernidad. Califico tal movimiento en tanto doble, porque no se agota -como podría pensarse- únicamente en la construcción del conocimiento científico moderno, con su limitación biomédica de los aspectos sociales y culturales de las enfermedades, cuando transforma dolientes en dolencias (o enfermedades) de la nosografía médica. ¡Se trata, también, de esa restricción! Ocurre de forma muy clara en la elaboración de los diagnósticos durante el ejercicio médico en relación a su técnica. No obstante, esa restricción figura de otro modo en la secuencia del diagnóstico cuando el profesional formula el tratamiento del doliente porque este tratamiento no puede limitarse a resolver la enfermedad sino que debe corresponder a un **suceso práctico** más que a un **éxito técnico**, para lograr una solución de buena calidad en las demandas de las usuarias (si bien la

simplificación de tal suceso práctico en un acierto técnico sea la raíz de la crisis hoy en día). Para lograr el suceso práctico es necesario considerar los aspectos sociales y culturales de la enfermedad que se hicieron de lado en la restricción biomédica, la cual, por ser el mismo centro de la técnica, interpretará de otra forma tales aspectos como parte del tratamiento, prevaleciendo simbólicamente sobre los mismos en cualquier proceso de asistencia.

Por otro lado, y a modo de complementar ese doble orden técnico que articula el conocimiento científico con la solución práctica de los casos, pude constatar también un doble orden ético: el que confirma el valor social de la medicina y su compromiso ético, que es tratar al enfermo como corresponde a lo que se demanda a los médicos contemporáneamente con un restablecimiento rápido del cuerpo y, ese otro, que lleva a cabo el primer requerimiento ético, que exige del profesional, en lo individual, una actuación determinada, un comportamiento honrado, virtuoso, para sacar adelante su técnica. Un comportamiento, entonces, de orden moral observando, desde luego, el hecho de que todo lo que se considera virtud para el desempeño profesional ha cambiado, efectivamente, de los tiempos de la medicina liberal a éste, el de la medicina tecnológica. Ese espacio abierto por la propia construcción de la restricción y de la interpretación medicalizadora permite tanto una licencia en el uso de la ciencia, es decir, ese 'escape' a lo técnico-científico antes mencionado de ese que está subordinado a un comportamiento honesto o juicioso, así como el reconocimiento de éste, es decir, de la dimensión moral del juicio clínico y de la toma de decisión en la asistencia. Esta dimensión moral mucho contribuyó para que el profesional interactuara con el paciente en todos los sentidos necesarios para su técnica y para el éxito práctico de su intervención desde la medicina liberal hasta hoy, lo que también es la apertura pedagógica que existe en cualquier práctica médica, caracterizada por saber escuchar y prestar atención al otro, mediante el aconsejar y orientar que se ubican en la raíz de la medicina como práctica y tanto sirven a la prevención y promoción de la salud. Pero sirven también a los estereotipos, estigmatizaciones, evangelizaciones religiosas que se mezclan con los procedimientos técnico-científicos.

Si en la medicina liberal y más artesanal el sentido de tales aperturas era también por razones técnicas de la práctica, en que la dimensión más personal de actuación debía suplir cierta deficiencia de éxito técnico – en la actualidad dado por los recursos tecnológicos más recientes, como exámenes de diagnóstico o medicamentos, procedimientos quirúrgicos más seguros, etc. –, en el tecnicismo contemporáneo la dimensión moral permanece como factible y necesaria, aunque se resalte aún más la dependencia tecnológica

derivada del comportamiento honrado o virtuoso. Podemos pensar, en realidad, que la honradez o virtud está, hoy día, equivocadamente ubicada, según lo piensan los profesionales, en su capacidad de tener y permitir acceso a la tecnología, a los recursos de diagnóstico y de tratamiento. Así es posible que consideren que su ética ahí se agota y ya no es necesario valorar ni interactuar con el paciente o las usuarias.

Observo en la medicalización, en la que se valora lo orgánico en detrimento de lo subjetivo y del cuerpo tomado subjetivamente, no un proceso de separación o falta de consideración de lo social o de lo cultural, sino una forma determinada de tomar lo social y cultural a modo de subsumirlos en lo orgánico, considerándolos en el lenguaje y significados de lo orgánico. Así, los profesionales pueden cumplir la doble ética de sus servicios, hasta cuando no cumplen con los derechos de las mujeres. Al reinterpretar lo sociocultural con base en una naturaleza biomédica de los comportamientos, de las motivaciones, de los usos de los cuerpos y de los sentidos de esos mismos cuerpos y de la enfermedad y la propia asistencia, acreditan que responden a aquella instancia. Esa reinterpretación de aquello que de modo crítico a la medicalización vemos como una ausencia de manejo (demandas médico-sociales, subjetividades, derechos, etc.), se presenta para los profesionales como un adecuado juicio y decisión de ayudar, con lo que esa asistencia se convierte más en un tratar que en un cuidar, tal como se ha señalado en las críticas al tecnicismo. Si bien, para los profesionales, ello signifique la producción de cuidados buenos y adecuados.

Llamo la atención, entonces, a la pertinencia y necesidad de una mayor exploración sociológica y cultural de la continua reconstrucción, en su uso cotidiano, de ese saber médico y su tentativa medicalizadora, en una aproximación que articule su ejercicio en los servicios, en el plano de las políticas o de gestión y en los cuales la problemática de los derechos y de la ciudadanía ha sido colocada de manera prioritaria. Dentro de esa articulación será posible que el logro de los derechos y reconocimientos de la ciudadanía de las usuarias deje de ser una mera cuestión sistémica y administrativa para convertirse en una cuestión de la práctica profesional. De ahí la importancia de la propuesta expuesta en los trabajos de este libro, sobre la necesidad de investigar los esquemas de percepción y apreciación de los profesionales sobre las mujeres usuarias y de vincular tales esquemas al saber práctico del juicio clínico y de decisión asistencial que orienta al profesional en sus acciones.

Referencias

- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde, *Saúde e Sociedade*, 13(3), 16-29.
- Bourdieu, P. (1996). *Razões Práticas. Sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus.
- Bourdieu, P. (1974). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Ed. Perspectiva.
- Donnangelo, M. C. F., Pereira, L. (1976). *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder* (2 a. Ed). Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd: Mead and Company Inc.
- Freidson, E. (1970b). *Professional Dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press Inc.
- Kiss, L., Schraiber, L. B. (2009). Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais [versión electrónica], *Ciência e Saúde Coletiva*, http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/lista_artigos.php.
- Mendes - Goncalves, R. B. (1994). *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec / Abrasco.
- Mendes-Goncalves, R. B. (1984). *Medicina e História. Raíces Sociales Del Trabajo Médico*. México: Siglo XXI.
- Ribeiro, J. M., Schraiber, L. B. (1994). A Autonomia e o Trabalho em Medicina, *Cuadernos de Saúde Pública*, 10 (2), 190-9.
- Schraiber, L.B., Peduzzi, M., Sala A., Lemes, M. I. B., Castanheira, E.R., Kon, R. (1999). Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva* 4(2), 221-242.
- Schraiber, L. B. (1995a). *O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional*. *Cad. Saúde Pública*, 11(1), 57-64.
- Schraiber, L. B. (1995b). Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde *Saúde em Debate* (47), 28-35.
- Schraiber, L. B. (2008). *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec.
- Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.