

MEDICINAS, DIVERGENCIA Y CONVERGENCIA

En las últimas décadas, en el ámbito nacional e internacional se ha configurado una taxonomía entorno a la medicina en la que se habla de: medicina convencional (refiriéndose a la medicina tecno-científica), medicina alternativa (MA), terapias alternativas y complementarias (TAC) y sistemas médicos tradicionales, entre los que están las medicinas indígenas. La primera es la medicina que practicamos y que se mundializó e institucionalizó de la mano de las ciencias. La segunda comprende: Medicina Tradicional China, Medicina Ayurveda, Medicina Naturopática y Medicina Homeopática. La tercera incluye: herbología, acupuntura, moxibustión, terapias manuales y ejercicios terapéuticos. La cuarta se refiere a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos. Esta clasificación fue adoptada en Colombia a través de la Ley de talento humano del año 2007.

La clasificación presupone que no hay una sola medicina, sino que existen varias medicinas. Adicionalmente, establece diferencias entre medicinas y prácticas terapéuticas: las medicinas son cuerpos de saberes y quehaceres institucionalizados, convencionales, socialmente aceptados y demandados; las terapias muestran un carácter empírico, operativo, disperso y con un débil soporte académico. Además, identifica las prácticas médicas tradicionales como culturas médicas.

Vivimos en una era de la información, que ha derivado en globalización económica y mundialización de diversas culturas. En este contexto, reconocemos la existencia de distintas medicinas, todas ellas con diferente arraigo cultural, unas que piensan y actúan localmente, como las medicinas indígenas, y otras que han desarrollado un pensamiento global que les permite actuar localmente, como es el caso de la medicina tecno-científica y algunas de las llamadas MA. Si bien hay pluralidad de culturas médicas, existe una sola medicina que se originó en la ciencia moderna y que hoy acompaña los nuevos desarrollos de las ciencias contemporáneas, ciencias que explican la realidad reconociendo su carácter incierto, indeterminado, aleatorio, diverso e irreductible, discontinuo, fluctuante e inestable.

En el paradigma de las nuevas ciencias hay una medicina que es ensamblaje de ciencia y tecnología y que es la medicina que practicamos y que se enseña en todas las facultades del país. En eso diverge de las otras medicinas. Sin embargo, converge con ellas en tanto comparten un mismo patrón: funciones socialmente asignadas, promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, reglas constitutivas y regulativas, convencionales y acordadas colectivamente e instituciones u organizaciones culturalmente diseñadas para resolver problemas.

Nuestra medicina, en sincronía con las ciencias contemporáneas, realiza sus acciones sabiendo el porqué y el paraqué de las mismas, sus procesos y procedimientos están regularizados y se cumplen, el ejercicio de su autoridad es culturalmente reconocido e interactúa buscando el beneficio de las personas y los enfermos. Desde esta diferencia, discute y dialoga con las otras medicinas. Entonces, lo alternativo significaría opciones, diversidad creciente y múltiples posibilidades de afiliación, pero de ninguna manera oposición, dominación y exclusión.

En este contexto, uno de los escenarios para la discusión y el diálogo es la Universidad. Las escuelas de medicina de nuestro país han desarrollado la formación pre y pos graduada. Esta última con el diseño de primeras y segundas especializaciones clínicas. El título de especialista se obtiene luego de un ejercicio hospitalario y ambulatorio de la medicina que supone un tiempo completo y una dedicación exclusiva que va de 3 a 5 años.

Este tiempo asegura el aprendizaje de saberes y prácticas que le otorgan idoneidad y experticia para el cuidado de los enfermos y el abordaje tecno-científico de sus dolencias y sufrimientos. Esta es una regla constitutiva para declarar idoneidad profesional. Cada vez son más frecuentes los acercamientos y solicitudes de las denominadas medicinas alternativas para organizar, al interior de nuestras facultades de medicina, programas de formación postgraduada en los campos de su experticia.

Las universidades como espacios de encuentro con las otras medicinas propician la discusión y el diálogo controlando las visiones personales, es decir, parciales e incompletas del mundo de la salud y la enfermedad, evitando posturas auto referenciales y juicios previos que fácilmente se vuelven prejuicios (simplicidad vs. complejidad, parcialidad vs. holismo, deshumanización vs. humanización, desintegración vs. integración, desarticulación vs. integración, mecanicismo vs. organicismo, incompleto vs completo). El control de la visión personal es el resultado de un ejercicio paciente de escucha y observación a través del cual se transita de una visión subjetiva a una objetiva e impersonal, incluyente e imparcial. Juntas la una y otra, la personal y la impersonal, configuran el camino de la institucionalidad y abren posibilidades para la construcción de políticas de formación del talento humano en salud planteadas, no como idealizaciones, sino como opciones realizables acerca de cómo vivir juntos en la misma sociedad.

A propósito de estos encuentros, las escuelas de medicina donde se forma talento humano que hará parte de la institución médica tecno-científica reflexionan acerca de sus fundamentos epistemológicos y conceptuales, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y los modos de interactuar con las personas sanas y enfermas y esperan de las denominadas MA interlocución institucional y reflexión en el mismo sentido. Si las MA proponen formar talento humano en nuestras facultades de medicina deben garantizar el soporte científico de sus acciones y operar con las mismas reglas constitutivas que definen la formación postgraduada antes citada. No es de esperarse que las facultades de medicina actúen mecánicamente abriendo programas en MA dada la alta demanda del mercado y la necesidad de legitimar un quehacer médico camino a la habilitación de servicios de salud.

En el caso de las culturas médicas tradicionales, donde un buen número de ellas piensan y actúan localmente, la discusión y el dialogo son similares con algunas diferencias que le son propias a la naturaleza e identidad de estas prácticas médicas. Generalmente se configuran como organizaciones vivas que portan sus propios códigos culturales, que no han alcanzado institucionalidad y que, en muchos casos, no pretenden legitimar su quehacer médico. Resuelven problemas en el ámbito local, perfilan sus diferencias y desde ahí hacen concertaciones con los servicios de salud donde se ejerce la medicina tecno-científica. En estos casos resulta fundamental para nuestros médicos el disponer de competencias comunicativas que posibiliten la coordinación de acciones y la construcción conjunta del abordaje de los fenómenos de salud y enfermedad. Estas culturas médicas tradicionales expresan el profundo vínculo con la vida y su cuidado, la naturaleza para ellas no es un recurso más, es la vida misma que impone un límite a la existencia humana.

La interacción con la MA, las TAC y las culturas médicas tradicionales es heterogénea, difiere en cada caso y produce distintos resultados. En este como en otros escenarios, la Universidad es un agente de acción social fundamental, genera y transfiere conocimiento, participa en la construcción de políticas sociales evidenciando como institución la responsabilidad social que le compete. Desde esta perspectiva la Revista Salud Bosque contribuye al debate académico y la convivencia social, propiciando la divergencia y convergencia de saberes y prácticas médicas, que redunden en el mejoramiento de la calidad de vida de individuos, familias y comunidades.

Hugo Cárdenas López, MD. MSc
Decano de la Facultad de Medicina
Editor Revista Salud Bosque
Universidad El Bosque