

BREVES CONSIDERACIONES MEDICO SOCIALES¹

I

INTRODUCCION

DR. CARLOS ZAMARRIPA-TORRES²

SE INCLINÓ nuestro ánimo por los temas que integran este conjunto de trabajos, cuando escuchamos opiniones que aseguran advertir cierto desinterés del médico para ejercer plenamente su papel importante en la formulación y ejecución de los programas socioeconómicos nacionales.

También, se afirma que la medicina aplicada se deshumaniza, al romper sus moldes tradicionales de organización liberal, para proyectarse con pleno sentido de beneficio social, haciéndose técnicamente fría, de atención a grandes masas donde el individuo se pierde en la anonimía.

Es natural que se expresen esas ideas y otras parecidas, enjuiciando los modos

actuales de atención médica que exigen las condiciones prevalentes de nuestra época. Cada día ocurren cambios en todos los órdenes de la vida humana, algunos tan profundos que generan nuevos anhelos y hábitos diferentes, problemas complicados de solución difícil. Transformaciones que afectan a la medicina y a los profesionales que la ejercen. Apenas estamos acomodándonos a una situación, cuando tenemos que buscar otros ajustes porque han variado las cosas con tal rapidez que entramos en desconcierto.

Cierto que, como dice Sigerist, la posición del médico nunca es determinada por el mismo, sino por la sociedad a la que sirve. Pero también pensamos —con él— que podemos oponernos al desenvolvimiento y a los cambios, podemos retardarlos, pero somos incapaces de detenerlos.

En un país como el nuestro, que tiene vastas necesidades de protección de

¹ Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 8 de octubre de 1969.

² Académico numerario. Jefatura de Planeación y Supervisión Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.

la salud de sus pobladores, pero que dispone de recursos limitados, precisa el óptimo aprovechamiento de lo que hay y la participación consciente y activa de todos los sectores sociales, el médico entre ellos, para eliminar carencias y alcanzar mejores niveles de vida. Tarea que es no sólo de nuestra generación, sino que alcanza y compromete a las

que, pujantes y renovadoras, vienen tras de nosotros.

Con el solo pensamiento de avivar la reflexión de nuestros colegas hacia una más decidida actuación que sirva al progreso de la medicina y los beneficios que acarrearán al individuo y a la sociedad, se hacen a continuación breves consideraciones médico sociales.

II

TENDENCIAS ACTUALES DE LA MEDICINA SOCIAL¹

DR. RUBÉN VASCONCELOS²

CUANDO se intenta trazar la imagen realista de los fenómenos sociales de nuestros días, comprendemos el acierto de quien afirmó que "la escena contemporánea es invariablemente confusa; lo histórico aparece siempre más ordenado". Este es precisamente nuestro caso, y con el deseo de eludir la confusión en lo posible, vamos a limitar nuestro examen a dos aspectos del tema:

El primero para cometer el desarrollo de los servicios clínicos proporcionados por organismos sociales, con lo cual nos ocuparemos en lo que más usualmente se entiende por "medicina socializada".

En segundo lugar examinaremos algunas tendencias observadas en el campo de la educación médica; así pensamos referirnos al concepto más preciso de la medicina social, considerada como una rama médica distinta de la clínica, orientada desde su origen mismo, a la promoción de la salud y a la organización de los crecientes contactos entre las ciencias sociales y la medicina.

Expresaremos con franqueza, y sin partidismo, al lado de los hechos, la explicación más objetiva, más aceptable a nuestro juicio.

I. Ya el doctor Zamarripa se ha referido a las más extendidas críticas que médicos y pacientes hacen a los servicios clínicos "socializados". A ello sólo podríamos agregar que esos hechos parecen ser solamente la reiterada aparición de la vieja controversia entre

¹ Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 8 de octubre de 1969.

² Académico numerario, Dirección General de Acción Social Educativa, Secretaría de Educación Pública.

quienes pugnan por la aplicación extensiva de los nuevos procedimientos médicos, y aquellos que defienden la supervivencia de lo tradicional. Huelga agregar que cada bando esgrime buenas razones, y lo atinado, como siempre, debe estar en el juicio sereno y la selección razonada de lo que en realidad es un avance benéfico y lo que debe conservarse por su vigencia sostenida. Oír la crítica, examinar nuestros inevitables errores y limitaciones sólo podrá producirnos beneficios, y recordemos que ha sido necesario el concurso de los conceptos sociales y psicológicos, para que el personal médico del consultorio o del hospital se explique algunas reacciones del paciente o de sus familiares no descritas en nuestros textos médicos, ¿o es que en ellos se nos dice cómo resolver los problemas de "las visitas" de parientes y amigos, o cómo explicar al obrero la complicada actitud y el diferente trato que a menudo debe darse al "recomendado"?

No se puede negar que estos problemas médicos se resuelven mejor si se conocen y aplican principios y disciplinas sociales y culturales; no sería difícil comprobar cómo el descuido en la debida utilización de esos principios y esas técnicas es el responsable del deterioro en las relaciones de los pacientes con el personal médico.

Crecientes dificultades pecuniarias trastornan el desarrollo de los servicios médicos colectivos, y el fenómeno es universal por lo que es probable exista una característica interna del sistema, responsable del irresistible encarecimiento y no sólo factores superficiales atri-

buides a tales o cuales grupos o procedimientos locales.

Las investigaciones realizadas en distintos lugares, revelan elevación de los costos fuera de proporción con el encarecimiento general de la vida, y a pesar de haber sido advertido el fenómeno desde hace varios años, no se ha encontrado solución y persiste el desproporcionado ascenso de los costos.

Informes muy recientes procedentes de los Estados Unidos¹ indican que tomando los precios del bienio 1957-59 como 100, en la siguiente década las líneas son todas ascendentes, pero mientras el costo de la vida llega en 1968 a 120, la medicina registra los siguientes aumentos: servicios hospitalarios 225%; honorarios médicos 145; los medicamentos, en cambio, mantienen los mismos índices. Las explicaciones son complejas, pues lo mismo se atribuye el encarecimiento hospitalario a la paulatina complejidad administrativa que al costoso equipo o a la multiplicidad de funciones que deben cumplirse. Pero también hay frecuentes referencias a baja eficiencia o productividad e inclusive a fallas morales a las que se atribuye el hecho de que unos 80 médicos hayan logrado cobrar a una organización norteamericana de seguros de enfermedad más de 200,000 dólares (2.5 millones de pesos) cada uno en el año de 1968.

Entre nosotros se han hecho referencias, muy recientemente, a las grandes discrepancias observables en los costos de los servicios médicos proporcionados por distintas dependencias, desde un mínimo para la SSA, hasta el máximo para Pemex. y por poco que refle-

xionemos, tendremos que aceptar que sólo la falta de planeación y la ausencia de un criterio social avanzado pueden explicarnos la persistencia de esa anárquica variedad de costos en servicios, que aun aceptando como inevitable su estructura en distintos niveles de eficiencia y presentación, no deberían alcanzar discrepancias extravagantes reveladoras de la reaparición de diferencias clasistas, es decir, de ausencia de verdadera orientación social, atenta al beneficio de la colectividad.

II. Veamos ahora cuáles son, en el campo de la enseñanza médica las tendencias de la medicina social, pues muy probablemente será aquí donde encontremos, naciendo, las fuerzas que habrán de favorecer su adecuado desarrollo futuro.

Fue en la V Conferencia de Facultades de Medicina de la Unión de Universidades de América Latina, en donde se estudió cual debía ser la formación del médico para asociarlo en la promoción del desarrollo social de su país. Sobre este tema, nuestro colega académico, Gonzalo Aguirre Beltrán,² hizo notar que la medicina, como otras organizaciones sociales, no ha escapado al gran interés en el desarrollo económico, imposible si no va acompañado de incrementos en la cultura y en la salud; agregó que siendo el médico el más indicado para lograr la formación de una verdadera conciencia pública de la salubridad, era indispensable modificar su preparación tradicional hasta ahora, apoyada fundamentalmente en el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, reorientándola hacia el estudio del orden social y cultural de los

grupos aborígenes de los países ibero-americanos, pues nadie podrá negar que la población campesina (la mitad del total, en grandes cifras) vive en condiciones de insalubridad deprimentes, y a pesar de que conserva fuertes remanentes de sus viejas culturas no puede salir todavía del estado de franca subordinación; por eso, dijo Aguirre Beltrán, "la innovación de la medicina moderna amerita un conocimiento del orden social y cultural aborígenes;... es indispensable la inclusión de la antropología y otras ciencias sociales en la formación del médico...".

Uno de los propósitos de esta organización de Facultades de Medicina, es la continuidad en sus esfuerzos y la realización de sus ideas; por eso en la VI Conferencia que tuvo lugar hace pocas semanas en la ciudad de Guatemala, se examinaron las diferentes posibilidades de lograr la participación activa del estudiante de medicina en las actividades de las Facultades como agentes de la salud pública y de la medicina socialmente orientada; en esta ocasión se hizo notar, como una de las mayores dificultades, responsables de la poca participación estudiantil en la realización de verdaderas actividades de medicina preventiva, el gran recargo del plan de estudios y su rígida orientación hacia la medicina clínica. Como procedimiento aconsejable, se propuso la modificación temprana de los estudios médicos, iniciándolos con un periodo de educación básica "para familiarizar al estudiante con el razonamiento metódico y los principios científicos de la medicina, tanto los biológicos como los sociales...";³ sobre esta base vendría una

segunda etapa, elegida libremente por cada estudiante, de acuerdo con sus preferencias vocacionales, entre tres distintas posibilidades o ramas médicas, a saber, la clínica con sus múltiples ramificaciones o especialidades; la preventiva dedicada a las crecientes tareas de la salud pública, o la científica, dedicada a la investigación. En esta etapa de estudios teóricos y prácticos simultáneos, el alumno tomaría contacto directo con el ejercicio profesional en sus tres variedades fundamentales; acabaría de definir su vocación y después de obtener su licenciatura podría reanudar, ya con independencia económica, estudios superiores de maestría o doctorado en las ramas por él preferidas.

Pensamos que un procedimiento como el esbozado permitiría una mejor distribución de los médicos según sus verdaderas vocaciones y, en relación con el tema que nos ocupa, eliminaría el conflicto de ambivalencia tan común entre quienes después de ser educados para conocer la enfermedad y para atender a los enfermos, se les pide que eviten la aparición de la enfermedad y logren que los individuos no lleguen a estar enfermos. La medicina social podría cultivarse entonces con esmero por aquellos médicos inclinados mejor al estudio de la salud que al conocimiento detallado, analítico de la enfermedad, en la cual buscarían más que las lesiones o los trastornos funcionales característicos, sus determinantes sociales o culturales. En este sentido, y para terminar, quiero referirme a un hecho que me parece una excelente muestra de cómo nuestra cultura médica ofrece ya en este campo frutos originales que

son a la vez magníficos augurios de un desarrollo más vigoroso; me refiero a una obra reciente de Manuel Martínez Báez, profesor emérito de la Universidad Nacional, miembro del Colegio Nacional y miembro titular de nuestra Academia. El conocimiento que todos tenemos de la trayectoria profesional de Martínez Báez, primero como bacteriólogo y entomólogo y luego como precursor en la gran tarea de la Salud Pública en nuestro país, nos permite valorar en todo su alcance la afirmación de este maestro en el sentido de que al cabo de sus estudios y esfuerzos profesionales, "... comprendió la importancia de entender la medicina no sólo como una disciplina biológica sino, además, como una disciplina social..." Por eso nos ha entregado, como muestra acabada de lo que puede hacer una mente así disciplinada, el excelente libro "Factores Económicos, Culturales y Sociales en la Génesis de las Llamadas Enfermedades Tropicales".⁴ En esta obra se encuentra, a mi juicio, la mejor de las tendencias de la medicina social en nuestro medio.

REFERENCIAS

1. *La crisis de la medicina en los Estados Unidos de América*. Economist. 3: 17, 1969.
2. *Informe de la V Conferencia de Facultades de Medicina de Latinoamérica*. Universidad Mayor de S. Marcos. Lima, 1967. p. 37.
3. *Caminos y Programas para fomentar y utilizar la actividad del alumnado en el trabajo de las Facultades de Medicina*. VI Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina. Guatemala. Sep. 1969. (En prensa).
4. Martínez Báez, M.: *Factores Económicos, Culturales y Sociales en la Génesis de las llamadas Enfermedades Tropicales*. Ed. El Colegio Nacional, México, 1969.