

CONFERENCIA MAGISTRAL

SOCIEDAD Y PEDIATRIA INSTITUCIONAL *

JOAQUÍN A. DE LA TORRE †

*En realidad las cosas verdaderamente
difíciles son otras tan distintas, todo
lo que la gente cree poder hacer a
cada momento, mirar por ejemplo...
(Julio Cortázar: "Ceremonias.")*

El título de *Conferencia magistral* para una plática como ésta, es inmerecido. Tómese en mi descargo que no hago sino heredar lo que por méritos propios ganaran quienes en la ya larga tradición de la Academia me precedieron en estos menesteres.

Por miles de años el hombre civilizado ha reconocido que es un animal social y gran parte de la teología y de la filosofía revela sus intentos para sondear las implicaciones morales y políticas de este hecho fundamental, pero solamente en los últimos 200 años el hombre como individuo y su sociedad, han sido objeto de investigación científica disciplinada, y en cuanto al estudio de las relaciones entre el individuo y el medio social que lo rodea solamente se ha iniciado.¹

Toda acción médica presupone una relación entre dos individuos, el paciente y el médico, o entre dos grupos, por una parte sociedad y por otra cuerpo médico en el

* Presentada en la XIV Jornada Médica Nacional, celebrada en Mérida del 20 al 23 de enero de 1972.

† Académico numerario. Hospital Infantil de México.

sentido más amplio de la palabra.² Es nuestra intención hacer ciertas consideraciones sobre la influencia que tienen determinados factores de índole social en el ejercicio pediátrico institucional, refiriéndonos específicamente a la sociedad de un país parcialmente industrializado, orientando nuestro sondeo hacia el aspecto sociológico y el psicológico. Acerca del primero, puesto que estudiamos una fase de la conducta humana interesándonos en la estructura social desarrollada para regular el modo de ser individual y canalizarlo dentro del complejo de procedimientos necesarios para llevar a cabo las tareas de la sociedad;³ respecto del segundo, ya que nos referimos al comportamiento individual, sabiendo que las variables sociales pueden afectar la formación de las características de la personalidad o la expresión de las características ya formadas, o actuar directa o indirectamente sobre la personalidad.

El estudio de la personalidad considera en todos los casos al sujeto como la unidad conceptual organizada. El estudio del sistema social se concentra sobre las relaciones que emergen cuando dos o más personas entran en interacción. Es de interés la utilización de variables sociales y psicológicas aunque quizá tienen una limitada posibilidad de generalización empírica.

Análíticamente, personalidad y sistema social se hallan separados. El sistema social no puede reducirse a las condiciones psicológicas de las personas componentes de dicho sistema sino que debe describirse en base de un conjunto de datos tales como organización, papel y normas. Igualmente la descripción de la personalidad individual no se puede circunscribir a las implicaciones sociales de las personas,

sino que habrá de distinguirse en términos de unidades psicológicas características. Los dos sistemas tendrán que conceptualizarse independientemente si bien se articulan según veremos en el curso de nuestra disertación.

Aunque la medicina social ha sido fuente de numerosas investigaciones en los últimos años, la otra cara de la moneda, ya no la relación de cómo la medicina debe ajustarse y actuar en relación con la sociedad, sino de lo que la sociedad impone al ejercicio médico como sistema y al médico como individuo en su calidad de profesionista, no se ha hecho sobresalir lo suficiente ni singularizado de manera clara.

Tomo como punto de referencia el ejercicio pediátrico en el Hospital Infantil de México. Aunque esta limitación indudablemente tiñe de localismo a la información y sin dejar de comprender que nuestra especulación es en gran parte imaginativa y que sólo expresa ciertas inferencias, confío que los conceptos formulados posean la suficiente relevancia teórica para despertar inquietudes y ser motivo de meditación. Por otra parte, no intento hacer aparecer como representativos para otras instituciones y menos aún para otros países, los datos que expongo; más aún, estoy consciente que dentro de la misma ciudad de México las condiciones que influyen sobre la pediatría en el Hospital Infantil no se duplican en otros hospitales.

La influencia social

Ningún hombre es una isla. ¡Si sólo pudiera ser yo una isla! ... (Microcosmos.)

El hombre, el producto más sofisticado del mundo biofísico, es el elemento bá-

sico del mundo social y sus características están determinadas no sólo por el carácter corporal y por la situación física del medio que lo rodea, sino también en un plano inmediato, por la interacción con su familia, comunidad y nación. La importancia de estos factores en el ejercicio profesional médico se ha reconocido desde un tiempo inmemorial.⁴

El médico que trabaja en una institución ha perdido la calidad "liberal" de su ejercicio profesional y se ha convertido en parte de un complejo engranaje que va más allá del mismo hospital y que es sensible al ambiente social que ha dado origen al sitio en donde ejerce; forma parte de una comunidad científica, se le han designado funciones específicas y en su actuación tiene que supeditarse a determinadas guías y limitaciones que proceden de fuera y que han sido diseñadas para que su ejercicio sea más fructífero para la comunidad. Caen sin embargo, dentro de sus atribuciones, decisiones finales importantes, posee autoridad y se ha dicho de él que es árbitro de vida y muerte.

El hospital constituye solamente un pequeño elemento formando parte a mayor o menor altura, según los alcances de su proyección científica, educativa o asistencial, del complejo mosaico de la sociedad de un país, quedando a su vez integrado al ambiente social en que existe, por tanto refleja las experiencias científicas, tecnológicas, sociales y económicas que acontecen en la sociedad. La comunidad médica que forma el "hospital" queda circunscrita en sus relaciones con la sociedad, no por el hecho físico de su limitación de espacio, sino porque a través de la trabazón de sus funciones constituye una entidad.

Como en toda asociación humana piramidal, el efecto de los factores sociales progresa de un individuo a otro de manera escalonada, despertando en cada etapa una serie de reacciones, condicionadas por una parte por las necesidades, demandas y medios que se ponen en juego para satisfacerlas y por otra, por el elemento receptor de dichas influencias.

La comunidad

La comunidad... es el mundo de los sanos — sin embargo, contiene casi la totalidad de la enfermedad del mundo. (G. Vickers: Community medicine.)

La planteación del problema en estos términos indica la necesidad en primer lugar de contar con alguna información sobre la naturaleza de las clases sociales involucradas.

El análisis de un grupo humano desde el punto de vista sociológico requiere múltiples enfoques e información detallada. De las encuestas empíricas generalmente se consideran como índices apropiados para establecer sistemas de rango: la educación, la riqueza, el origen de los ingresos, el monto de los mismos, la ocupación, el área geográfica de residencia, la raza o "etnia", y otros criterios secundarios.⁵ Respecto a cada uno de ellos se puede establecer un sistema de estratificación, entendiéndose por estratificación social el proceso por el cual los individuos, familias o grupos sociales se ordenan jerárquicamente en una escala, unos en los escalones superiores y los otros en los inferiores. Es evidente que una estratificación social que se base únicamente en uno de los criterios antes dichos no corresponde a una realidad social compleja. La sociedad moderna, masiva, no es un grupo

Cuadro 1 Ingresos del grupo familiar de los niños que asistieron a la consulta externa del Hospital Infantil de México durante el año de 1970

Ingresos mensuales	No. de casos	%
Fijo	8 063	76.34
Eventual	2 499	26.66
Total	10 562	100.00%
1. Menores de \$ 300.00	225	2.3
2. \$ 301.00 a \$ 500.00	1 507	14.27
3. \$ 501.00 a \$ 1 000.00	4 864	46.05
4. \$ 1 001.00 a \$ 1 500.00	1 654	15.66
5. \$ 1 501.00 a \$ 2 000.00	1 164	11.02
6. Más de \$ 2 000.00	1 148	10.87
Total	10 562	100.00%

Fuente: Departamento Médico Social. Hospital Infantil de México. Informe Anual 1970.

único homogéneo sino que está compuesto de muchas variedades de subgrupos que se sobreponen con diferentes atributos e intensidades de cohesión. No olvidemos que las comunidades no son representativas de la sociedad en general, por lo cual sus esquemas dejan de ser válidos si se intenta aplicarlos en escala global.

Solamente poseemos detalles sobre determinados renglones económicos, familiares y demográficos del grupo de pacientes que asisten al Hospital Infantil de México; sin embargo, si extrapolamos lo que conocemos a lo que se sabe sobre otros grupos sociales en los cuales la información es más extensa, podremos entender con cierta legitimidad nuestro intento de apreciación de la clase social que nos interesa, sobre todo si pensamos en términos de capas sociales, es decir, de agrupaciones de personas cuya característica es un comportamiento parecido o actitudes y opiniones comunes.

Es obvio que el efecto del medio sobre la labor médica se realiza de múltiples

maneras. Pueden traerse a colación relaciones tan directas y que ejemplifican tan obviamente la situación a que nos referimos, como citar el tipo de padecimientos principales que se ven o se ignoran en una institución y correlacionarlos con factores culturales o económicos, pero ello constituye sólo una visión fragmentaria y no la más importante según la posición en que deseamos colocarnos. Lo significativo del tema se halla en que médico y paciente establecen relaciones que sufren, se modifican, se peculiarizan por la existencia de un cierto medio social. En cuanto a científico igualmente es moldeado, limitado o estimulado por la sociedad en la que actúa y como hombre sus ideales humanísticos expresados a través de su condición profesional también involucran a las condiciones sociales.

González Casanova en su estudio sobre *Enajenación y conciencia de clases en México*⁶ hace un análisis de ciertas características de la estructura social en nuestro país que explica, según su tesis, los rasgos particulares en la evolución social de México. Según dicho trabajo, del análisis de la estructura de las desigualdades surge una clasificación con categorías muy gruesas que establece la posibilidad de subdividir a la población en grupos bajos, medios y altos, utilizando para ello ciertos indicadores que corresponden a distintos tipos de niveles de vida. Si echamos mano de la información estadística correspondiente a 1970 formulada por el Departamento Médico Social del Hospital Infantil de México, tendremos un punto de relación que distingue los estratos sociales de las familias que acuden al hospital (cuadro 1).

Podemos situar a la población dentro de dos sectores, un grupo que abarca

Cuadro 2

Niveles de ingreso mensual familiar (1961 - 1962) en pesos	Proporción respecto del total %	
	Rural	Urbana
Hasta 300	39.9	6.6
De 301 a 500	28.4	19.0
De 501 a 1 000	21.2	33.8
De 1 000 a 3 000	10.0	34.3
Más de 3 000	0.5	6.3
Totales	100.0	100.0%

Fuente: González Casanova, P.: *Enajenación y conciencia de clases en México*, 1970.

63 por ciento con ingresos menores de \$ 1 000.00 y otro que se refiere a aquellos con ingresos mayores a esta cifra. Al comparar los resultados de esta encuesta con aquellos obtenidos a nivel nacional, considerando los niveles de ingreso familiar, observamos porcentajes similares (cuadro 2).

La consideración con referencia al número de miembros que integran el grupo familiar es importante, sobre todo en vista de que 18.90 por ciento de los pacientes son componentes de un grupo familiar con 8 ó 10 miembros y que 41 por ciento tienen de 5 a 7. Al combinar las implicaciones de estos dos hechos, ingresos y números de miembros de la familia, vemos que las condiciones económicas se tornan definitivamente precarias (cuadro 3).

Tomando en cuenta los ingresos en las zonas rurales y en las zonas urbanas según estudios de la Dirección General de Estadística, es evidente la inequitativa distribución del ingreso entre la población rural y la población urbana. Aunque po-

dría aducirse que el costo de la vida es más alto en las ciudades, se dan varios fenómenos que revelan no sólo la menor proporción de población con ingresos medios y altos en el campo que en la ciudad, sino que también los niveles de vida de la población del campo son más escasos.

Al estudiar el sitio de procedencia de los enfermos que se reciben en el Hospital descubrimos que un 59 por ciento aproximadamente proceden del Distrito Federal y el resto de los diversos estados de la República. Analizando la ocupación de los padres de los niños asistentes a la consulta externa se observa que el 14.7 por ciento fueron campesinos y el 28.64 por ciento obreros (cuadro 4).

Los estudios llevados a cabo en el Hospital indican que la procedencia, en ciertos casos, más que un viaje ex profeso para recibir atención hospitalaria, es un fenómeno de emigración rural al centro urbano, lo que aun cuando constituye un paso de la vida marginal a los niveles muy bajos de la ciudad, plantea problemas inmediatos en las condiciones socioeconómicas⁶ y por ende médicas de este sector.

Cuadro 3 Número de miembros que integran el grupo familiar de los niños que asisten a la consulta externa del Hospital Infantil de México durante el año de 1970

Miembros	No. de casos	%
2 a 4	3 559	33.69
5 a 7	4 404	41.70
8 a 10	1 996	18.90
11 a 13	509	4.82
Más de 13	94	.89
Total	10 562	100.00%

Fuente: Departamento Médico Social. Hospital Infantil de México. Informe Anual 1970

Cuadro 4 Ocupación de los padres de los niños asistentes a la primera consulta. Servicio de Consulta Externa General

Ocupación	No. de casos	%
Campesinos	1 538	14.7
Comerciantes	1 097	10.39
Empleados	2 411	22.83
Obreros	3 025	28.64
Profesionistas	464	4.39
Servicios públicos	46	.43
Transportes	812	7.69
No especificados	860	8.14
Sin empleo	125	1.18
Total	10 562	100.00%

Fuente: Departamento Médico Social. Hospital Infantil de México. Informe Anual 1970.

Respecto a la relación entre salud y estrato social, población rural y población de la ciudad, con enfermedad, es obvio que serán factores condicionantes para la patología presente en el Hospital Infantil de México. La relación entre frecuencia de enfermedad y resultado de la misma por un lado y características sociales y comportamiento determinado socialmente por otro, ha sido motivo de un buen número de experiencias no controvertidas.⁷ Debe recordarse que en términos generales hay paralelismo entre grupo social y condiciones económicas, con grado de cultura.

El hospital

Mujeres con niños que caminan y con otros en brazos, de pie porque no hay sitio para que se sienten. Los grupos deambulaban como ganado perdido. Encima de la escena hay una constante cacofonía de sonido. Sonido que sube, cae, se precipita, circunda, se alza hasta llegar a un estrépito que ensordece. (S. Standard: Annual report to the board of directors of the Morrisania City Hospital, 1964.)

El segundo elemento a considerar brevemente es el hospital, no seccionado como

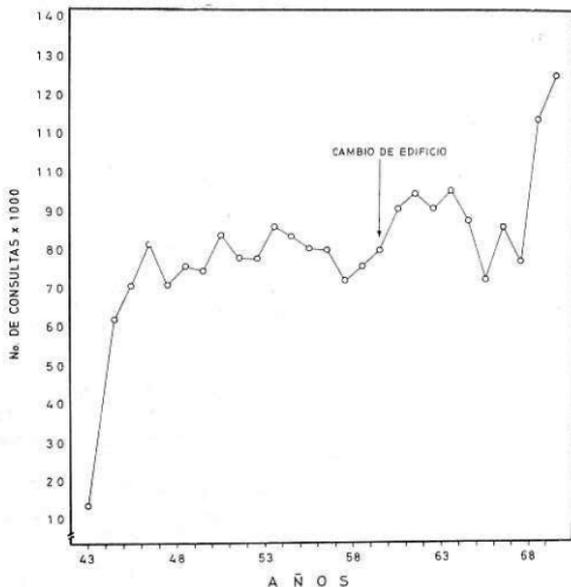
un microcosmos independiente con una estructura social propia que a su vez automáticamente afecta al médico y con un orden interno indispensable para su función, sino como un receptáculo del influjo social exterior, sujeto a vaivenes e integrado por multitud de personas que amortiguan y resuelven a su nivel, de acuerdo con sus funciones, los problemas propios que se plantean dentro de cualquier institución de esta índole.

Podemos orientar nuestra atención hacia el análisis de ciertos efectos que plantea, a una institución con recursos limitados, el manejo de una población socioeconómicamente débil.

Las múltiples fuentes de donde llegan los enfermos, así como las condiciones particulares del mismo Hospital Infantil como son: antigüedad, prestigio, ubicación, libre aceptación de cualquier enfermo, no importa cuál sea su potencial económico, y su organización para dar servicio efectivo las 24 horas del día, hacen que la tasa de ocupación en el sector de hospitalizados sea muy elevada, del orden de 80 a 85 por ciento y que la atención de enfermos ambulatorios haya sobrepasado en el año de 1969 a las 131 000 consultas, observándose una tendencia hacia un aumento progresivo (figura 1).

El número de consultas debe valorarse a través de las necesidades de servicios médicos de la comunidad, definiendo "necesidad" como la cantidad de servicios médicos que de acuerdo con la opinión médica experta deben proporcionarse sobre un determinado periodo para que sus miembros continúen sanos o adquieran la salud de acuerdo con los conocimientos médicos actuales.⁸ La anterior definición implica la cuantificación de las necesida-

1 Número de consultas anuales impartidas en la consulta externa y emergencia de 1943 a 1969 inclusive. Total: 2 257 429. (Fuente: Depto. de Bioestadística, Hospital Infantil de México.)



des de horas médicas indispensables para prevenir, diagnosticar y tratar un cierto número de padecimientos, convirtiendo este dato en el número estimativo de médicos necesarios. Debe además hacerse notar que el concepto de la demanda médica cuantitativa calificado por los expertos puede no ser compartido por la población y que según expresamos más adelante al hablar de las motivaciones para la consulta, ellos tasarán los requerimientos médicos según su propia percepción psíquica de sus necesidades respecto a la salud. Juzgado desde ambos puntos de vista no obstante el número tan elevado de consultas, el Hospital Infantil de México no puede llenar íntegramente las necesidades de la comunidad que asiste a él. Se ha calculado que la demanda de servicios médicos originados en el intento de sa-

tisfacer las carencias psicológicamente formuladas, depende de las necesidades colectivas del servicio, del precio de los servicios médicos, de las alternativas para conseguir atención médica, de los recursos económicos, tamaño de la población y preferencias determinadas por otras variables. Los economistas frecuentemente lanzan la hipótesis de que si todos los otros determinantes de la demanda permanecen a los niveles existentes (*ceterus paribus*) la cantidad de servicios médicos solicitados será mayor entre menor sea el precio de dichos servicios. Esta hipótesis referente al comportamiento queda ilustrada por la llamada "curva de demanda", que refleja el que el precio y la cantidad de servicios médicos se hallan inversamente correlacionados. Desde luego que hay otras determinantes y así mientras más

amenazadores sean los síntomas y el riesgo más aparente, más despreciable será, pasando a segundo término de manera temporal, la importancia jerárquica del factor económico.

La visión panorámica del problema conduce de inmediato a la consideración de las fuentes de origen. Todo está concatenado y cuando razonamos acerca de la tensión que sobre institución y médico causa la sobrecarga numérica de pacientes, automáticamente tenemos que involucrar problemas asistenciales y demográficos bien conocidos. Solamente para ilustrar este último aspecto recordaremos que en 1934 la capital de la República no tenía ningún hospital para niños y que si bien es cierto que a la fecha hay más de 2 500 camas pediátricas⁹ esta situación no resuelve el déficit ni la solicitud creciente. La configuración de la demanda resulta fuertemente influida por la estructura de la población y en nuestro país, merced al mantenimiento de una elevada tasa de natalidad en los últimos tres decenios (alrededor de 44 por cada 1 000 habitantes) y a la rápida declinación de la tasa de mortalidad (de 23.2 por 1 000 habitantes en 1940 cae a 9.7 en 1970) el porcentaje de niños con relación a la población total se ha elevado de 1940 a 1970 de 41.2 a 46.2 por ciento.

Es decir, que en el lapso considerado, el número de niños casi se triplicó, al pasar de 8.1 millones en el primer año a 22.4 millones en 1970; o sea, que en estos 30 años este grupo de edad ha venido creciendo a un tasa anual media de 3.44 por ciento.¹⁰ Las cifras hablan por sí solas, las consecuencias para nuestro estudio son las anotadas.

El ejercicio pediátrico institucional. El enfermo ambulatorio

El estudiante moderno está tan ocupado aprendiendo acerca de los bebés que no tiene tiempo... para pensar acerca de la sociedad a la cual va a dedicar sus servicios. Ni, debo agregar, tiene muchos incentivos para hacerlo. El propio futuro está casi asegurado desde el momento en que recibe el título... Su misión en la vida le parece perfectamente clara: el alivio del sufrimiento, la corrección de las malformaciones orgánicas, la prevención de la enfermedad y la prolongación de la vida. Todo lo que necesita es un buen conocimiento de las ciencias básicas, perfeccionamiento de su habilidad diagnóstica y terapéutica, un aspecto tolerable, una personalidad balanceada y esperamos que un poco de compasión para sus semejantes. Imbuido de que su profesión es un llamado noble, firme en sus valores sociales, sin ninguna inquietud por dudas morales, está seguro en un mundo inseguro. (W. W. Zuelzer: The pediatrician and the species. Some implications of our achievements.)

El ejercicio pediátrico posee ciertas características propias en cuanto a que el paciente en esta edad se halla íntimamente ligado a la constelación familiar. La enfermedad del niño posee implicaciones de orden psicológico, epidemiológico y médico que hay que analizar en base de tal relación.

La labor pediátrica institucional tiene dos aspectos en cuanto a grado de relación que se establece entre el médico y la familia: aquel que atañe al enfermo ambulatorio y el que concierne al enfermo hospitalizado. En el primer caso la conexión con los padres es directa e inmediata, en el segundo es esporádica. Entre los enfermos ambulatorios habrá un cierto número con padecimientos de poca gravedad, de evolución crónica y en mu-

chos casos las implicaciones psicológicas serán muy importantes. Aun cuando es el consenso de las gentes que trabajan sobre educación pediátrica, que la consulta externa constituye el sitio donde el médico puede interiorizarse de los problemas típicos que verá más tarde su ejercicio profesional,¹¹ también lo es que se ha observado, por parte de los jefes de departamento de los países subdesarrollados, resistencia a destinar una parte considerable de su tiempo a programas de enseñanza con pacientes ambulatorios. Casi 40 por ciento de las cátedras de pediatría en Latinoamérica no proporcionan trabajo individual al médico con pacientes externos.¹² La situación también se presenta en países industrializados; Knowles¹³ se refiere a la consulta externa de la siguiente manera: . . . "El hijastro de la institución . . . Los jefes de departamento, profesores, nunca han trabajado en estas viñas, prefiriendo por razones obvias al paciente hospitalizado con un padecimiento florido y la conveniencia de pruebas de laboratorio múltiples, ya que así la situación es más fácil de abarcar, y el diagnóstico y el tratamiento más sencillos que en los padecimientos sociales o mentales de no tan fácil solución y que se eliminan o no se aceptan en el hospital." Wise y colaboradores¹⁴ expresan: "Es aquí donde se necesitan los clínicos más hábiles; sin embargo, los miembros del personal encuentran que "la clínica" es un martirio insufrible y que no es de buen tono que el "profesor" se aventure por los servicios ambulatorios."

La interpretación de este hecho se presenta a múltiples enfoques y creo que algunos de ellos conciernen a nuestro tema. Es cierto que el drama del niño hospitalizado proporciona experiencia fundamen-

tal, pero también lo es que no puede limitarse el mayor interés por el trabajo hospitalario a este solo hecho. Después de todo, el paciente ambulatorio ofrece posibilidades de estudio muy importantes, como son las que se refieren a crecimiento y desarrollo, problema básico en pediatría, y en condiciones ideales de trabajo es posible que de la atención integral del paciente se deriven grandes satisfacciones personales y que la labor de un maestro competente haga científicamente estimulante a los casos de la consulta externa.

Para el médico residente, el hospital es la etapa de su formación profesional que le capacitará a través del otorgamiento de determinados créditos, de la experiencia del aprendizaje y de los contactos personales y científicos que establezca, a aspirar a una posición superior dentro de la colectividad. La consulta externa es una de las partes del programa que debe llenar durante su adiestramiento, pero no es aquella que posee más atractivos desde un punto de vista utilitario a futuro. Tampoco constituye un tipo de experiencia única sobre patología; puede más bien considerarse que la aportación en este último término será sólo eventual. El tratamiento ambulatorio posee poco prestigio para el médico que se prepara en el hospital y tiene prioridad muy baja siendo superado por toda clase de emergencias intrahospitalarias, conferencias y visitas clínicas de las especialidades.¹⁵ La adquisición del sector de conocimientos que proporciona la consulta externa no exige forzosamente la asistencia a una institución que tenga destinada su área fundamental a encamar a sus pacientes. El argumento que se da para fundamentar en parte la importancia del manejo médico

del enfermo ambulatorio y que como citamos en líneas anteriores, es el que dicho lugar constituye el sitio ideal para aprender a conocer los problemas que después constituirán la práctica pediátrica, sólo es verdad parcial. Puesto que si evidentemente la enfermedad no respeta castas, también es obvio que ciertas de ellas flagelan en mayor magnitud o son privativas de los grupos socioeconómicos débiles, o aun tratándose de padecimientos comunes, hay tantas y tales circunstancias agravantes en el caso del grupo subdesarrollado, que las entidades clínicas distan mucho de ser comparables y no es semejante en parte considerable, la forma en que habrán de atenderse una y otra. Como agravante a lo anterior, la atención del niño sano no se realiza o es mínima en la consulta externa, en contraste con lo que acontece en la vigilancia médica particular de las clases privilegiadas.

Independientemente de lo dicho, se pueden descubrir hechos que abaten las posibilidades de satisfacción del trabajo médico cuando se trata de enfermos ambulatorios que por su misma debilidad económica están incapacitados para buscar atención médica particular y que recurren en gran número al hospital. Uno de los inconvenientes se encuentra en la repetición *ad nauseam* de entidades leves o graves, pero que por su misma uniformidad, mecanizan el proceso diagnóstico y terapéutico y mellan el interés de quien no sabe buscar el ángulo importante o peculiar que siempre hay en cada enfermo.

A lo anterior puede agregarse el trabajo exhaustivo, con tiempo siempre insuficiente para satisfacer la demanda inagotable que hace que la supervisión sea imperfecta y que se diluya la enseñanza,¹⁶

presionando de tal forma al médico, que éste rehuye o soluciona arbitrariamente, aquellos padecimientos con un componente psicológico importante que requieren interiorizarse de la mecánica familiar por un interrogatorio amplio y que demandan una discusión a fondo con los padres. Se opta en estos casos por dar un sesgo hacia una terapéutica sintomática, o por referir al menor pretexto el paciente a médicos consultantes de la institución, actitud particularmente favorecida en una disciplina tan extensa como es la pediatría.

Podría designarse al médico en dicha posición como un hombre cuya mente está ocupada por asuntos importantes, acerca de los cuales no tiene tiempo para meditar.

La dificultad para planificar la atención médica de los enfermos ambulatorios y ordenar de esta manera una distribución del trabajo, queda patente cuando se comprueba el número de cancelaciones a las citas previamente extendidas, que es, en el Hospital Infantil de México, tomando en cuenta únicamente la consulta externa regular a horas hábiles y no la de emergencia, alrededor de 50 por ciento, lo cual hace que los pacientes que llegan inopinadamente usurpen una cantidad extraordinaria del tiempo de médicos y enfermeras. Aquí también el elemento social tiene una directa influencia. Se sabe que la desorganización social, la limitación económica del grupo y la incertidumbre acerca de si es necesario o no recurrir al médico (factor cultural), se correlaciona, entre otros hechos, con la frecuencia del ausentismo a la cita.¹⁷

Otra situación que también está condicionada al factor socioeconómico y a la multiplicación de los casos que se atien-

den, es la sensación de frustración que invade al médico cuando después de haber estudiado un paciente, comprende que una corrección de fondo va más allá de sus posibilidades, puesto que implica la alteración radical de las condiciones de vida, ambiente o situación económica o cultural, lo que ameritaría un drástico cambio en la estructura social o económica de la nación, o cuando reconoce la resistencia por parte de la familia del paciente para aceptar sus intentos de modificación. El médico se siente partícipe de la tragedia en el sentido que Whitehead ha expresado¹⁸ "La esencia de la tragedia dramática no es la infelicidad, reside en la solemnidad con que la crueldad de las cosas procede. Esta inevitabilidad del destino puede ser solamente ilustrada, en términos de la vida humana, por incidentes que en la realidad provocan infelicidad. Porque es sólo por ellos que la futilidad de la huida puede ser evidenciada en el drama."

No solamente es en los padecimientos con un fondo emocional en los que se pierde el camino por la insuficiencia de tiempo de que se dispone en relación con el número de enfermos, sino que el descubrimiento de un número considerable de padecimientos orgánicos puede escaparse cuando no son causa abierta de la consulta médica, dejando pasar lo que se ha etiquetado como la parte oculta del "iceberg" de la enfermedad.¹⁹

En ocasiones, la labor del médico residente que atiende a enfermos externos se limita a vislumbrar sólo una fracción del proceso, ya que el enfermo, por incultura o dificultades económicas, no regresa al hospital. De acuerdo con normas sociales estudiadas²⁰ es la madre quien no sólo vigila las condiciones de salud

sino que es la encargada de decidir cuándo se debe recurrir a la ayuda médica. Es interesante notar a este respecto que la percepción de la necesidad de atención médica varía notablemente de acuerdo con el estado socioeconómico.²¹ Estudios sociológicos han demostrado convincentemente que hay diferencias sustanciales en la forma cómo individuos con fundamentos socioculturales distintos, expuestos a estímulos comparables, varían en cuanto a las medidas preventivas tomadas como respuesta al dolor, o a ciertos síntomas. En un estrato socioeconómico favorable, éstos son motivo de inmediata consulta médica; entre la clase social sin privilegios, son ignorados o aceptados fatalística o resignadamente. Platón en su *República* hace que Sócrates diga a Glaucón: "Cuando un carpintero se enferma pide al médico una cura radical e inmediata, un emético, purga, cauterio, o el cuchillo—éste es el remedio adecuado para él—. Pero si alguien prescribe una cierta dieta o le dice que se envuelva la cabeza y se conserve caliente, replica al momento que no tiene tiempo para estar enfermo, que no ve ningún beneficio en una vida gastada en atender su enfermedad descuidando su empleo habitual. Por tanto le dice adiós, reasume su forma de vida ordinaria y o bien se cura, vive y continúa su negocio, o si su constitución no resiste, muere y se terminan sus problemas."

Conviene subrayar que hemos evitado hablar de condiciones particulares del trabajo que agudizan esta situación o hacer distingos sutiles entre las diversas categorías de médicos que atienden a enfermos ambulatorios.

Además de la presión del número de enfermos sobre el trabajo médico y de la peculiar muestra médica que maneja,

hay otros elementos en las relaciones sociedad-médico que nos parecen dignos de comentario.

El médico llamado de hospital está protegido por la institución en cuanto a que le otorga un cierto aislamiento en lo que atañe al servicio que presta a la comunidad, ya que su actuación es en función del hospital y no solamente individual; sin embargo, esto no impide que se sienta más o menos involucrado en las condiciones en que surgen los problemas médicos originados en un ambiente social diferente al propio. No obstante el deseo consciente de conservar un alto grado de objetividad, el impacto que produce el trabajo con gentes de las que está separado por diferencias sociales toca puntos con gran contenido emocional como son: dependencia, privación, ignorancia, soledad y desde luego enfermedad. La discrepancia entre el idealismo médico y la realidad en este aspecto conflictivo, provoca reacciones complejas que han sido bien estudiadas por McMahan y colaboradores²² que distinguen la aparición de tres tipos principales de respuesta: 1) punitiva o de rechazamiento; 2) patrón de sobreidentificación, y 3) indiferencia o apatía.

No podemos menos de considerar que la estructura de la personalidad es un punto muy importante de la articulación entre un sistema social y el sujeto, y es indudable que en ocasiones los factores caracterológicos determinan la actitud del médico, habiéndose de tomar en cuenta las tendencias direccionales de la personalidad o más específicamente, las motivaciones internas que dan dirección, selectividad, intensidad y persistencia al comportamiento; pero en nuestro caso, aceptando que las fuentes de tensión sur-

gen no sólo de fuera sino también de las características de la personalidad, la presencia de un medio que frustra logros y disminuye la autovaloración, junto con la presencia de un ambiente de demanda en exceso sobre las capacidades individuales, afecta negativamente al médico.²³

El resultado inmediato es que su efectividad profesional es interferida distorsionando su percepción de la situación y conduciendo a la mala estimulación de los caminos que pueden seguirse para provocar cambios en las condiciones defectuosas, impidiendo así un trabajo constructivo y secundariamente aumentando el sentido de frustración del profesionista. La falta de autoenjuiciamiento al respecto puede bloquear la comunicación entre el médico de institución y la familia, de tal forma que no se realiza intento alguno para tener una visión más amplia de la que exige el proceso patológico concreto manifiesto.

Es indudable que no sólo actúa la presión del número exagerado de pacientes, la imposibilidad de llenar ciertas ambiciones personales, ni el trabajar en un medio social diferente al propio, sino que la actitud del médico de institución que confronta una clase socioeconómica débil refleja así mismo el desconocimiento de la medicina social y la carencia de motivación científica y humanística para interesarse en este terreno. La ciencia de la enfermedad abarca la totalidad de sus miras y la comprensión de sí mismo y del mundo a su alrededor es inadecuada. Knowles expresa: "El *currículum* del estudiante acelera el efecto constrictivo de la educación premédica. . . Al final de su preparación es una persona altamente individualista, recubierta con las vestiduras carismáticas de la profesión, inclinado a

la acción directa con el paciente individual y esperando recompensas inmediatas. Su conocimiento de los problemas del medio social que rodea al enfermo y de los efectos que tenga sobre la causa y curso de la enfermedad le son habitualmente desconocidos." 24

En el programa de enseñanza del Curso de Especialización en Pediatría que proporciona el Hospital Infantil de México, sobre 450 horas de teoría se dedica un 32 por ciento a las ciencias sociales. Puede considerarse como una planeación ambiciosa, pero cabe afirmar que el aleccionamiento teórico sólo es medio pobre para llevar a reconocer la trascendencia de una actitud integral hacia el manejo del niño, requiriéndose algo más que estudios de postgrado y experiencia hospitalaria y ello es la existencia de una vívida conciencia social en la comunidad y por ende en el médico.

Gardner 25 ha descrito que la renovación demanda el aperebirse de los problemas actuales, de la forma como operan y de los resultados, así como el desarrollo continuo de nuevos recursos para enfrentarse a situaciones de cambio permanente. El divorcio de la medicina y las ciencias sociales no sólo es incorrecto, sino que es aceptado como algo que debe desaparecer; tiene que ser visto bajo el aspecto de una relación dinámica que demanda revisión continua para establecer la mejor manera de proceder de acuerdo con el desarrollo social alcanzado.

El ejercicio pediátrico institucional. El enfermo hospitalizado

El efecto acumulativo de la hospitalización fue muy penoso, dejando al paciente sin aislamiento, sin identidad clara, sin autonomía de acción, sin parientes, amigos o familias, en una institución reglamentada e impersonal... (R. B. Edgerton: The cloak of competence.)

El niño es un ser inerte que depende para su supervivencia de la protección que le otorgan los mayores, bajo cuyo cuidado directo se encuentra. El hospital, al hacerse cargo de esta responsabilidad, se sirve de una serie de mecanismos de control, administrativos y médicos, tendientes a garantizar la protección del paciente. Pero en términos finales es al médico a quien compete en gran parte tal obligación. Su compromiso va más allá de la atención correcta del proceso patológico, puesto que independientemente del mismo, existen en el niño hospitalizado necesidades de orden psicológico primordiales que hay que atender. Además, debe vigilarse que no sea agredido por un medio indiferente o aun hostil. La hospitalización del hijo es un fenómeno altamente traumatizante para los padres. Razones de orden exclusivamente médico así como otras de orden humanístico hacen que el pediatra no pueda ignorar tal condición, so pena de fallar en su cometido.

Una sociedad inculta, políticamente débil, depauperada, sin conciencia de sus derechos, escéptica en cuanto a que se reconozca de manera efectiva la justicia de una causa, es poco capaz de mantener una actitud crítica positiva o de enfrentar sus puntos de vista al criterio del hospital cuando se trata de la forma como se maneja a su hijo. a no ser que considere que

hay una flagrante violación de normas básicas, o que estime, que por la manera inadecuada de proceder se compromete gravemente la salud del hijo. La institución, protegida por un mecanismo burocrático, pone en juego reglas invariables o poco elásticas, que los familiares temen transgredir o poner en el terreno de la discusión, presionados por la misma gravedad real o potencial de la enfermedad. Aunque como resultado de ello puede en ciertos casos existir evasión de normas o rebelión, es común que se observe más bien conformidad compulsiva o retiro. El resultado es que la cesión del paciente al hospital es prácticamente sin cortapisas y que la incumbencia de los padres respecto del cuidado del hijo queda eliminada.

Si bien al desprender al paciente del contexto familiar queda liberado el médico de gran parte del impacto emocional que provoca el trabajo íntimo con familiares de condición socioeconómica baja, persiste la indiferencia con que ve los problemas sociales del enfermo pobre, que vive en un mundo que le es extraño, que no le interesa y en el que no quiere entrar. Así se comprende la actitud despersonalizada del médico residente respecto a los padres. La relación con el familiar se infravalora y se reduce a recabar de manera más o menos mecánica los datos de la historia clínica con la sola mira de obtener ciertos informes conducentes al diagnóstico, equiparándolos en estos términos a la información que proporciona el laboratorio. En el primer caso el lenguaje es hablado, en el otro es escrito. Las relaciones posteriores para proporcionar noticias acerca de las condiciones del paciente, sólo son esporádicas y es exclusivamente cuando la evolución

intrahospitalaria lo justifica, que se renueva el contacto, siempre orientándolo hacia el cuidado primario del niño. Las consecuencias de tal criterio hieren profundamente las relaciones de los padres con su hijo hospitalizado, ya que el camino para relacionar a ambos, que es el médico, queda cercenado.

Con frecuencia se contempla cómo las instrucciones finales se delegan a la enfermera, tal y como si al sanar el paciente su función hubiese concluido y él y la familia, hubiesen perdido el atractivo que motivaba al médico desde el punto de vista profesional.

El desinterés hacia la valoración íntegra del enfermo y de su ambiente, relegando o un plano muy secundario o ignorando los elementos psicológicos y sociales, encausa la atención del médico predominantemente en términos de la patología de órganos y sistemas, lo que podría designarse como "tendencia organicista", que se hace patente en muy diversas formas. Así por ejemplo, la utilización que lleva a cabo el pediatra del Departamento de Psiquiatría e Higiene Mental del propio Hospital Infantil de México es de muy limitados alcances. De 18 enfermos referidos en los primeros 6 meses de 1971 de la sección de internamiento al servicio de Psiquiatría e Higiene Mental, solamente en un enfermo la solicitud de interconsulta postuló la necesidad de investigar las condiciones familiares y en la mayoría se trató más bien de pacientes con retardo mental, o de enfermos hospitalizados con padecimientos crónicos que daban muestras de comportamiento juzgado como "extraño".

La importancia de la falta de exploración del ambiente social del niño y de la pobre relación que se establece entre

médico y familiares, gestado como se postuló en los párrafos previos, en las condiciones sociales de la comunidad y su relación con el pediatra, se ve reflejada aún más dramáticamente a través del diagnóstico del llamado "síndrome del niño golpeado". Mientras que se calcula que solamente en el año de 1966 hubo 10 000 a 15 000 casos clasificados dentro de este síndrome en los Estados Unidos de Norteamérica, en el Hospital Infantil de México se ha tenido conocimiento exclusivamente de seis casos, ello no obstante que en el Centro Médico de la Universidad de California del Sur, para no citar más que una estadística y esto porque maneja una importante población México-norteamericana, en un año se diagnosticaron 106 ejemplos de dicho padecimiento. La incongruencia de la situación se muestra patente; por un lado se carece de una tecnología avanzada, por el otro se hace a un lado el estudio integral del enfermo. Aun en procesos en que se hallan implícitos motivos de orden social, como puede ser la desnutrición extrema condicionada a la pobreza o ignorancia, los médicos de hospital pueden desentenderse de tales causas para poner su mira exclusivamente sobre el problema diagnóstico, terapéutico o de investigación a nivel del caso particular.

La característica nota del expediente clínico de pediatría en la cual debe aparecer valorada la "calidad" del informante, muchas veces se ignora o sólo se menciona escuetamente la veracidad posible de los datos, basándose en la capacidad intelectual de la madre o en la posibilidad mayor o menor que se haya tenido de observar el curso de la enfermedad, pero de ninguna manera en correlaciones con situaciones emocionales, con la inte-

gración general del hogar o con las circunstancias sociales del caso.

El contacto con el enfermo y la interrelación con los padres va siendo cada vez menor a medida que la posición del médico dentro de un servicio se eleva. La participación clínica de aquéllos en las jerarquías altas, refuerza el criterio del manejo "organicista", desentendiéndose del contexto social.

La insensibilidad hacia las necesidades del paciente y de la sociedad aparecen igualmente en la limitación de las horas de visita de los padres y en el desafortunado fenómeno conocido bajo el término de hospitalismo.

Esta peculiar actitud de desapego hacia las condiciones humanas convierte al niño en un "paciente-objeto". El problema del enfermo se presenta como un reto intelectual o casi un juego, una charada que hay que resolver, y en la que en base de ciertos informes hay que dar una respuesta acertada, so pena de pagar un precio que será de sentimiento de culpa, de incompetencia, de fracaso, o de pérdida de prestigio.

El hecho de que se trata de niños incapaces de protestar hace permisible agresiones que convierten al hospital en un lugar antipaciente.

La aceptación de "paciente-objeto" adquiere otras formas de expresión en el comportamiento médico; por ejemplo, en las fotografías que ilustran trabajos científicos o conferencias, no se pone ningún interés en tratar de evitar la posible identificación del paciente. Aunque podría aducirse que esta indiferencia se debe a que no hay posibilidad por tal hecho de una acción legal, dada la lenidad de la legislación existente al respecto, estimo que en el fondo tal actitud es originada

en gran parte por la indiferencia hacia el paciente como ser humano.

La misma insensibilidad puede reconocerse observando la conducta de los médicos residentes al rotar por los servicios. Para cada uno de ellos el paciente heredado es parte de su trabajo, una responsabilidad, algo que hay que conducir al estado óptimo de salud, pero con el cual no se necesita establecer relación de ninguna otra índole.

Los problemas éticos en la experimentación clínica y las dificultades para una vigilancia efectiva de ciertos de sus programas no son ajenos a tal relación, como tampoco lo son, si queremos llegar al fondo del asunto, determinados padecimientos yatrógenos. Ver en ellos solamente la ignorancia en materia médica es conformarse con la explicación más obvia. La frecuencia con que tienen lugar en pacientes en edad pediátrica que se encuentran hospitalizados, hace temer que en su génesis íntima se hallen motivaciones encubiertas que reflejan la peculiar interrelación entre sociedad y ejercicio profesional, a que nos hemos referido aquí. El comportamiento médico está regido por las condiciones de la comunidad científica en que labora, entre las que se encuentran normas que se le han impuesto. Pero volvemos al punto de partida inicial: gran parte de la obligación de la vigilancia y atención del niño enfermo es responsabilidad final del médico y el trabajar en el medio social que le proporciona una colectividad subdesarrollada, propicia este tipo de problemas.

Ante el avance gigantesco de la tecnología médica en los países industrializados el investigador de hospital de un país subdesarrollado se halla limitado en sus posibilidades de avance, teniendo que con-

cretarse a ciertos campos en base de las necesidades clínicas, facilidades técnicas y posibilidades económicas. A medida que la medicina progresa, el descubrimiento de una nueva entidad o el planteamiento de una hipótesis revolucionaria surgida del trabajo clínico adquiere un carácter cada vez más excepcional. El investigador, en consecuencia, se concreta a la utilización de conocimientos transmitidos de los grandes centros de estudio de las naciones ricas, haciendo labor repetitiva de lo que ya en gran parte se conoce, lo cual lleva a establecer un cierto grado de nivelación en la situación de la investigación médica en los países preindustrializados o parcialmente industrializados, consistiendo a menudo la única diferencia no en la originalidad sino en la cantidad de los datos estadísticos. El terreno del investigador gira entonces alrededor de peculiaridades sociomédicas dolorosas, derivadas del hacinamiento, pobreza, ignorancia o de circunstancias dependientes de factores culturales o de condiciones epidemiológicas superadas desde hace mucho en países económicamente afluentes.

Las dificultades de la investigación no deben de estimarse exclusivamente en cuanto a carencia tecnológica; dentro del terreno puramente clínico es una realidad que el adelanto será limitado, cuando el conocimiento de la extensión real de determinadas entidades sea impedido porque su descubrimiento implica la necesidad de estudiar a grandes grupos de población a través de pruebas de selección u otras.

La sociedad subdesarrollada, para suplir su carencia general de medios, tiende hacia la formación, en ciertas instituciones, de una élite científica con una relativa suficiencia de elementos de trabajo.

En tales casos, como acontece en el Hospital Infantil de México, la concentración particular de determinado tipo de patología hace que junto a los padecimientos tradicionalmente importantes aparezcan en su estadística en cifras más elevadas de lo que era de esperarse, enfermedades poco frecuentes o que requieren formas de tratamiento altamente especializado. La consecuencia es la tendencia natural a fomentar la subespecialización y la presentación de un panorama médico que no corresponde al de la nación. La subespecialización corre el riesgo de llevar al investigador a un concepto limitado de lo que sucede a su alrededor, de forma que ciega al panorama de las necesidades humanas, exagera el efecto potencial de cualquier sector, desviando recursos limitados de áreas de mayor importancia social.²⁶ Titmuss²⁷ hace notar, "más ciencia significa más división del trabajo y más expertos. . . . Estos, a su vez significan más departamentalismo y demasiado a menudo más pensamiento departamentado".

Implicaciones

Consistiendo nuestro conocimiento de saber que no sabemos, y temer terriblemente saber, y desear mucho, desear sobre todo que no se nos pida saber o actuar al saber. . . . (Redd Whittemore: An address to the holder of some high government office.)

Sobre lo singular de influencia social y pediatría se extiende lo general de hombre y sociedad. Contemplar, como hemos hecho, la manera en que entran en juego sistema social y personalidad médica en el área reducida de una institución, es solamente singularizar un aspecto mínimo de las relaciones del individuo en la organización social. El interés de tal pers-

pectiva por sí sola es intrascendente si se la quiere comparar con problemas más críticos o que afectan de manera decisiva o general a sectores amplios de la población, o si se desea derivar explicaciones sociológicas profundas. Expresado de manera simplista podría decirse que no hicimos sino poner ante nuestros ojos un prototipo de individuos unificados idealmente en cuanto a ciertas reacciones y características, frente a las exigencias y limitaciones de un grupo social con el cual están forzosamente ligados en relación a motivación y ejecución de su trabajo.

En ciertos aspectos, el médico de institución es un elemento privilegiado de la sociedad, forma parte de una especie con prerrogativas, y los desajustes sociales no adquieren en su caso los caracteres dramáticos que tienen en otros renglones. Sin embargo, en la organización social que él mismo ayuda a mantener, ya sea por convencimiento de su bondad, intereses personales, incompreensión, pasividad, desorientación o impreparación, existe desequilibrio entre la persecución de valores humanísticos, la formación de la personalidad y la realidad, debiendo considerarse que está presente una definitiva enajenación. La sociedad lo controla, no solamente regulándolo externamente, sino interviniendo directamente en la constitución de sus propios fines. Fromm²⁸ ha dicho acerca del significado de la libertad, que el hombre moderno: "Se adapta a autoridades anónimas y adopta una personalidad que no es la suya. Entre más lo hace, más impotente se reconoce y más se halla forzado al conformismo. . . . Superficialmente la gente parece funcionar adecuadamente en su vida social y económica; sin embargo, sería peligroso olvidar el profundo desasosiego que se en-

cuentra detrás del disfraz consolador... Si sólo nos limitamos a ver lo referente a las necesidades económicas, a lo que concierne a la persona "normal" sin ver el sufrimiento inconsciente de la persona automatizada promedio, entonces nos hallamos ciegos al peligro que amenaza nuestra cultura en sus bases humanas."

La influencia de la sociedad sobre el médico cambiará cuando la organización social cambie y la orientación de la responsabilidad social del médico hacia la sociedad también se modifique. La promoción de un tipo de medicina ideal en el que hubiere abundancia de medios, facilidad para la adquisición de conocimientos, horarios adecuados, trabajo razonablemente limitado y bien organizado, sería una solución parcial en cuanto al médico en sí mismo y a su relación con la sociedad. Para que todas estas ilusorias ventajas pudieran cristalizar, se presume no solamente instituciones esencialmente diferentes, sino también hombres esencialmente distintos,²⁹ adecuados e interiorizados de su participación social, funcionando tal vez bajo el concepto utópico que contempla la incorporación de la libertad en el reino de la necesidad.

Hacer alto solamente en el pequeño ámbito de sociedad y ejercicio médico institucional, por significativo que sea a nivel individual, es detener el pensamiento en la periferia. Si se ha contemplado un fenómeno social y se le ha analizado en términos de su repercusión humana, lo lógico es que de estos conocimientos surja la interrogación de lo que significa la estructura social actual y la relación del intelectual con ella. Enfrentado a través del conocimiento médico a las miserias e injusticias, no es posible aceptar una orientación incompleta ni confundir la ob-

jetividad del científico con la indiferencia ante situaciones reales, ya que esto equivaldría a comprometerse con el *status quo*.³⁰ Si se acepta la premisa general de que las concepciones científicas están inevitablemente condicionadas y ligadas a la estructura de la sociedad en la cual son concebidas, el médico no puede dejar de reaccionar ante las dramáticas incongruencias sociales que lo rodean. El médico necesita llegar con valor a las consecuencias finales, reconociendo que el papel que juega la sociedad en una cultura preconstituida debe ser valorado respetando no solamente las verdades científicas, sino también decidiendo en base de las situaciones reales de conflicto y desajuste cual debe de ser su actitud. Se ha dicho³¹ que "la misión del científico rebelde es estudiar con toda seriedad y usando todas las armas de la ciencia, los problemas del cambio de sistema social, en todas sus etapas y en todos sus aspectos, teóricos y prácticos. Esto es, hacer ciencia politizada".

Nuestra tarea como intelectuales y como seres libres capaces de pensar, es desarrollar conciencia y conocimiento de los hechos, pero el pensamiento no habrá de limitarse a estructuraciones que reflejan la idealización de la sociedad en que funcionamos, ni a proporcionar orientaciones estáticas y frustrantes,³⁰ sino que ante una realidad que requiere medidas tangibles para mejorar problemas insoportables, cada cual habrá de elegir el camino que sus convicciones le indiquen, pero siempre comprometiéndose en una actitud nueva y digna.

REFERENCIAS

1. Smelser, N. J., y Smelser, W. T.: *Personality and social systems*. 2a. ed. Nueva York, John Wiley and Sons Inc., 1970.

2. Sigerist, H. E.: *The university at the crossroads: addresses and essays*. Nueva York, Henry Schuman, 1944.
3. Richardson, S. A.: *Contributions of social science to pediatrics*. XII International Congress of Pediatrics. México. Diciembre 1968.
4. Rosen, G.: *The evolution of social medicine*. En: *Handbook of medical sociology*. Freeman, H. E.; Levine, S., y Reeder, L. G. (Eds.). Englewood Cliffs, Prentice-Hall, Inc., 1963.
5. Stavenhagen, R.: *Clases sociales y estratificación*. En: *Las clases sociales en la sociedad capitalista avanzada*. Barcelona, Ediciones Península, 1971.
6. González Casanova, P.: *Enajenación y conciencia de clases en México*. En: *Ensayos sobre las clases sociales en México*, 2a. ed. México, Nuestro Tiempo, 1970.
7. Lee, R. I., y Jones, L. W.: *The fundamentals of good medical care*. Chicago, University of Chicago Press, 1933.
8. Jeffers, J. R.; Bognanno, M. F., y Bartlett, J.: *On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage"*. *Amer. J. Pub. Health* 61:46, 1971.
9. Franco Gómez, A.: *Campo de acción de la pediatría en México. Situación presente*. México, Academia Mexicana de Pediatría, 1971.
10. Editorial: *Panorama económico* 21:12, 1971.
11. World Health Organization: *Study Group on Pediatric Education*. Technical Report Series No. 119, 1957.
12. Wegman, M. E.; Hughes, J. G., y Puffer, R. R.: *Pediatric education in Latin America*. *Pediatrics Supl.* 205, 1958.
13. Knowles, J. H.: *The role of the hospital: the ambulatory clinic*. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 41:68, 1965.
14. Wise, H. B.; Spear, P. W., y Silver, G. A.: *A program in community medicine for the medical resident*. *J. Med. Educ.* 41:1071, 1966.
15. Wise, H.: *Social problems facing medicine*. *Arch. Int. Med.* 127:76, 1971.
16. Haggerty, R. J.: *Community pediatrics*. *New Eng. J. Med.* 278:15, 1968.
17. Apert, J. J.: *Broken appointments*. *Pediatrics* 34:127, 1964.
18. Whitehead, A. N.: *Science and the modern world*. Nueva York, Mentor, 1948.
19. Last, J. M.: *The iceberg: "completing the clinical picture" in general practice*. *Lancet* 2:28, 1963.
20. Alpert, J. J.; Kosa, J., y Haggerty, R.: *Medical help and maternal nursing care in the life of low-income families*. *Pediatrics* 39:749, 1967.
21. Talbot, N. B.: *Concerning the need for behavioral and social science in medicine*. En: Knowles, J. H. (Ed.): *Views of medical education and medical care*. Cambridge, Harvard University Press, 1968.
22. McMahon, A. W., y Shore, M. F.: *Some psychological reactions to working with the poor*. *Arch. Gen. Psychiat.* 18:562, 1962.
23. Billingsley, A.: *Black families in White America*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1968.
24. Knowles, J. H.: *The balanced biology of the teaching hospital*. *New Eng. J. Med.* 269:401 y 450, 1963.
25. Gardner, J. W.: *Self renewal: the individual and the individual society*. Nueva York, Harper and Row, 1965.
26. Weller, T. H.: *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*. 25:52, 1971.
27. Titmuss, R. M.: *Essays on "the welfare state"*. Londres, George Allen & Unwin, 1958.
28. Fromm, E.: *Escape from freedom*. 10a. ed. Nueva York, Avon Books, 1970.
29. Marcuse, N.: *Un ensayo sobre la liberación*. México, Joaquín Mortiz, 1969.
30. Borda, O. F.: *Ciencia propia y colonialismo intelectual*. México, Edit. Nuestro Tiempo, 1970.
31. Varsavsky, O.: *Ciencia, política y cientificismo*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1969.

El cuadro sintomatológico de la enfermedad, desde su período primitivo revela que se trata de una alteración profunda de las funciones hepáticas, y mas directamente, puede ser, de la función biliar. Ignoramos todavía si dicha alteración tiene origen en las celdillas hepáticas mismas ó en el sistema vascular; pero lo que sí es indudable, es que ella compromete la totalidad de la función, así como la estructura anatómica del órgano. Cuando por los progresos de la enfermedad se destruye una glándula, deben por consecuencia agravarse los accidentes; y aun cuando esa destrucción se limite exclusivamente á la pérdida material, debe persistir como desde su origen la alteración funcional, por cuya razón se ve, que á pesar de la cicatrización completa del foco continúan del mismo modo los trastornos digestivos. (Ramírez, L.: *Abscesos de higado*. GAC. MÉD MÉX. 4:417, 1869.)