Los pecados capitales de los médicos*

LUIS SÁNCHEZ-MEDAL†

Hace casi 30 años apareció en *The Lancet* un artículo de Richard Asher titulado *Los siete pecados de la medicina*, del cual, años más tarde, *La Prensa Médica Mexicana* publicaría un resumen en español. A causa de los años transcurridos, o de diferencias entre los médicos ingleses y los médicos con quienes me ha tocado convivir, o simplemente de diferencias en la percepción o en la interpretación de los hechos por Asher y por el autor de este trabajo, algunos vicios o pecados no mencionados por aquel parecen tener mayor importancia que otros que si lo fueron.

1. *Afán de lucro*. Es legítimo que el médico, especialmente el que se entrega sin limitación alguna a la práctica de su profesión, aspire a tener un ingreso suficiente para atender con holgura a sus necesidades personales y a las de su familia. Se critica al médico que cobra honorarios relativamente elevados; crítica injusta en tanto que no existen normas para valorar la calidad e importancia de sus servicios y, en todo caso, el enfermo está en libertad de abandonar a ese médico y buscar los servicios de otro. La posibilidad de elegir otros médicos es particularmente real en las

grandes ciudades. En cambio, sí es criticable que el médico seleccione para operar o referir a su paciente, o para practicarle los estudios de laboratorios necesarios o, aún, para escoger los medicamentos que va a prescribir, no al cirujano, al consultor, al laboratorio de análisis clínicos o al fabricante de medicamentos de más alta calidad o competencia, sino de acuerdo con la cantidad que uno u otro le van a bonificar de lo que cobren por los servicios prestados al enfermo que les envió.

Ningún médico se avergonzaría en dar a conocer cuáles son sus tarifas habituales, mientras que ninguno reconocería recibir bonificaciones de otros médicos o de laboratorios de uno u otro tipo por el paciente que le remite.

Otro aspecto de este pecado lo constituye el caso del médico que acepta hacerse cargo de la atención de un problema o de la aplicación de un procedimiento terapéutico sin estar preparado para uno u otro. ¿Qué opinaría el cirujano que retiene al enfermo con leucemia, del hematólogo que realiza una gastrectomía? El enfermo, por desgracia, no se da cuenta de lo antes dicho. El confía en su médico y éste abusa de esa confianza con el fin de aumentar sus ingresos. Esta situación seguramente no ocurre en países con legislación avanzada en lo que toca a regular la práctica de la medicina, pues los médicos de los dos ejemplos

* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 16 de noviembre de 1977.

† Académico titular. Director General de Investigación Científica. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

anteriores por igual correrían el riesgo de sufrir serios castigos.

2. *Desorientación.* El médico, especialmente el joven y más aún el que trabaja en los centros de nivel académico elevado, parece haber olvidado cuál es la finalidad fundamental de su profesión. Esta ha sido, es y será siempre la de ayudar a los enfermos, y para ayudarlos tiene que ser humano a más de clínico. Con frecuencia queda la impresión de que el médico joven se está preparando para dar conferencias sobre ADN, transcriptasas y linfocitos T y B, entre otras materias, más que para identificar la causa de una fiebre, de una diarrea o de otros síndromes frecuentes. No es raro que los clínicos jóvenes sepan el peso molecular de las diferentes inmunoglobulinas y de sus fracciones, pero que a la vez desconozcan las diferencias teóricas y prácticas entre un anticuerpo incompleto o monovalente y uno completo o bivalente. No han jerarquizado en su mente, en forma adecuada, el valor de los conocimientos que deben adquirir. Colocan por delante de aquéllos aplicables al beneficio del enfermo, los que les van a servir para una discusión brillante y erudita, sea ésta en el café con el compañero, en el aula con los estudiantes de medicina, o en el salón de conferencias con el personal médico del hospital.

3. *Discriminación.* El médico no atiende igual al enfermo privado, que le paga, que al de una institución de beneficencia o de seguridad social. Avaro en su tiempo con el segundo, se prodiga con el individuo en posición social, política o económica destacada. Pronto para dejar una distracción o un compromiso para atender al segundo, el tomar café con los amigos es motivo suficiente para no atender al indigente o al asegurado. Un ejemplo típico de lo anterior es el siguiente: un especialista muy eficiente en el manejo de los pacientes de su consulta privada, a quien se le criticaba que hasta la cuarta visita a un enfermo hospitalizado, efectuada 15 a 20 días después de la primera, hubiera tomado una biopsia sencilla, contestó: "en alguna forma deben pagar los enfermos que no cubren honorarios". Y se pregunta uno: ¿Acaso no tiene derecho a mayor y mejor atención de parte del médico, quien, además de la miseria de la enfermedad, sufre la de la pobreza? Ciertamente éste no es un pecado sólo de los médicos, sino de todos los seres humanos, pero si bien es grave en el prestamista, cuya finalidad habitual es el lucro y no servir a sus semejantes, lo es más aún en el médico, a quien se le considera como altruista.

4. *El barbarismo en el lenguaje.* El predominio del inglés en el lenguaje científico y los avances científicos con descubrimientos de muy diversa índole, unido al descuido y a la pereza de los médicos, ha llevado a que la escritura médica actual esté plagada

de barbarismos y especialmente de anglicismos. Esto no es exclusivo ni del médico ni del sujeto de habla hispana. De Gaulle criticaba esta tendencia en su país e invitaba a los científicos franceses a hablar y escribir en *français* y no en *franglais*.

Uno de los colmos en este renglón es el de llamar aplicación a una solicitud,* y entre los barbarismos más frecuentes están el hablar de implementar por desarrollar o llevar a cabo, sistémica en lugar de generalizada, severo en vez de intenso o grave y evidencia por huella o indicio.

El empleo de los barbarismos, que muchos médicos adoptan como pose, para hacer notar que su erudición es importada, es, en ese caso, un vicio que pone de manifiesto el mal gusto de quien los usa y el desconocimiento o desprecio por su lengua.

Ciertamente no es recomendable rechazar toda palabra que provenga de otra lengua; "si hoy suprimiéramos de nuestro idioma todas las palabras nacidas en otros suelos la empobreceríamos a extremos insospechables".¹ Lo recomendable es rechazar los extranjerismos inútiles cuando existe en español una voz equivalente en su significado y sí aceptar un nuevo vocablo indispensable si no existe en el español un equivalente, siempre que su construcción obedezca a las reglas gramaticales.²

5. "*Los siete pecados de la medicina*" son, según Asher: oscuridad, crueldad, malos modales, sobre-especialización, amor a lo raro o espanofilia, estupidez y pereza. El interesado en enterarse de cada uno de ellos puede consultar el artículo de Asher.³ Me concretaré a analizar brevemente algunos de ellos.

Oscuridad, en los escritos y en la exposición verbal. El texto oscuro es difícil de entender y crea confusión. Dice Asher que la oscuridad es criticable no solamente por dificultar la comprensión, sino porque se le puede confundir con profundidad, al igual que un charco superficial de agua sucia puede dar la impresión que es muy hondo.

Sepúlveda, en su artículo *Estilo del escritor médico* señala que los requisitos esenciales para un escrito médico son claridad, concisión y precisión. Insiste en que en el trabajo científico "deben emplearse simples palabras castellanas, cuyo significado se ajuste siempre a lo que el autor quiere decir" y en que "las frases y cláusulas deben ser breves y directas".

El doctor Asher reta al lector a entender la siguiente frase tomada de un trabajo científico: "De ninguna manera está lejos de ser infrecuente que la ausencia del bacilo tuberculoso no se demuestre invariablemen-

* O el de traducir el vocablo *range* como *rango*, cuando éste denota jerarquía, índole, clase, categoría, calidad, o sea *rank* en lengua inglesa. (N. del E.)

te". Concluye que "pocos podemos decir si el bacilo tuberculoso estaba presente o no (ni nos interesa)".

La crueldad es en opinión de Asher, el pecado más frecuente y más importante. Puede ser física o mental.

El decir al enfermo demasiado o muy poco sobre su enfermedad, o discutir ésta delante de él, sin tomarlo en cuenta, son tres variantes de la crueldad mental. Los adelantos de la medicina incrementan cada día más la crueldad física. A veces el enfermo es tratado más como un sujeto de investigación que como un doliente que necesita alivio, si está en nuestras manos dárselo. Ejemplos de crueldad física son "la cacería del primario" en un enfermo con carcinomatosis generalizada y la determinación del estadio de la enfermedad en un paciente con linfoma. El paciente moribundo por insuficiencia cardíaca es más feliz sin catéteres cardíacos, punciones arteriales y otras pruebas, amadas por quienes "juzgan la insuficiencia cardíaca por el gasto cardíaco en litros por minuto en vez de hacerlo por el número de escalones que pueda ascender"

Amor a lo raro. Este, dice Asher, es el pecado más común entre los jóvenes y, agregaría yo, también en quienes, independientemente de su edad, el espíritu de investigador prevalece sobre el espíritu clínico.

Y finalmente, *la pereza.* En el aspecto material, caen dentro de este defecto el omitir la realización de maniobras obligadas de exploración física, y el hacerse el desentendido de faltas a la asepsia cometidos du-

rante una maniobra. "*La pereza mental* es más común y más importante". Ejemplos de ella es aceptar el diagnóstico informado por el paciente sin intentar averiguar si efectivamente el problema articular sufrido por él correspondió a una fiebre reumática y aceptar el diagnóstico previamente emitido por otros médicos sin obtener suficiente información clínica y sin el análisis crítico necesario de los datos recogidos. La aceptación ciega de cuanto se publica en las revistas médicas es, también, una de las variantes de la pereza mental.

Es mucho podrá decirse, lo que le pedimos al médico. Pero ¿acaso la vida y la salud de nuestros semejantes pueden manejarse con negligencia?

Al analizar mi vida profesional en relación con lo expuesto anteriormente, debo reconocerme culpable de varios de los pecados señalados por Asher o de los que yo he agregado a su lista. Pero creo que esa culpabilidad no me incapacita para hacerlos notar ni invalida la intención con que he querido hacerlo.

REFERENCIAS

1. Martínez de Sousa, I.: *Dudas y errores de lenguaje.* México, Ed. Bruguera, 1974, p. 114.
2. Fernández del Castillo, F.: *El neologismo, el tecnicismo y la patología del lenguaje médico.* Cir. y Ciruj. 27: 353, 1974.
3. Asher, R.: *The seven sins of medicine.* Lancet 2: 358, 1949.

COMENTARIO OFICIAL

RUBÉN VASCONCELOS*

El doctor Luis Sánchez Medal ha presentado, con el sugestivo título de *Pecados capitales*, algunas conductas médicas contrarias a la ética profesional; de este modo ha establecido, sin duda, un parangón entre la deontología médica y la religión.

En el trabajo del doctor Richard Asher, autor que inspiró al doctor Sánchez Medal para escribir sobre los pecados, también es perceptible la influencia religiosa, pues inició así su artículo: "Son ilimitados los pecados médicos... se eligen siete con la esperanza de que los estudiantes los eviten..."; y aunque no empleó el calificativo de mortales, sí escogió el mismo número simbólico: siete. Por su parte, Sánchez Medal agrega solo cuatro, pero los llama capitales y además, al final de su trabajo se manifiesta honradamente contrito, lo que ratifica la polarización religiosa de su trabajo. Esto es, precisamente, el primer hecho importante y original por comentar, pues se considera, como planteó

Georges Dumézil, que la religión es un sistema, es decir, un pensamiento articulado que busca la explicación del mundo; además, al ratificar el valor histórico de esos rasgos aún vigentes, indica la revitalización de lo ético en su aspecto trascendente, lo cual coincide con las ideas de Müller-Armack quien afirma que "... las tendencias del conocimiento y la fe jamás habían coincidido tanto en la historia moderna."

El segundo rasgo interesante de este trabajo es que pone de manifiesto una vez más el incremento de la atención médica hacia los aspectos éticos de la profesión.

Al plantear la similitud de lo ético con lo sagrado, se supone que lo no ético es pecaminoso, es decir, manifestación de lo profano. Queda así a la vista una vuelta a los orígenes mismos de la medicina, al carácter sagrado de sus acciones —*sedare dolorem opus divinum est*— en oposición a las violaciones de la ley divina —el pecado—. Con esto se configura el fenómeno religioso en sus dos principios opuestos: lo sagrado y lo profano.

Pero esa dualidad es también ambivalencia, ya que lo

* Académico titular.

Cuadro 1

RICHARD ASHER	LA IGLESIA	LUIS SANCHEZ MEDAL
Lenguaje oral o escrito, confuso Crueldad, física o mental Malas maneras Sobrespecialismo	Soberbia	Barbarismos en el lenguaje Desorientación
Tontera común vs. sentido común Pereza, física o mental	Pereza	
	Avaricia	Lucro. Discriminar al pobre
Preferir lo raro, lo complicado		
	Lujuria	
	Ira	
	Gula	
	Envidia	

religioso, a lo largo de su historia, ha invadido con sus manifestaciones —hierofanías— los sectores fisiológicos, económicos, espirituales y sociales de la vida, como lo ha mostrado el rumano Mircea Eliade en su *Tratado de historia de las religiones*.

Así pues, la omnipresencia de lo religioso y la oposición, no sólo en lo psicológico, también en lo axiológico, de lo sagrado y lo maculado, se observa también en la medicina: se ha calificado a ciertas enfermedades de malditas o sagradas; los fármacos pueden ser remedio o veneno, y dentro de esta línea de pensamiento, se explica la ambivalencia por la lucha de ciertas fuerzas ocultas que se ponen de manifiesto en los hechos anormales o contradictorios motivados por su encuentro y son llamados, por eso, kratofanías, es decir, manifestaciones de fuerza. En ellas está la base de los tabúes, de lo prohibido en lo material y en lo conductual. La enfermedad y la muerte, como kratofanías manifiestan fuerzas insólitas y aterradoras. Planteada así la filiación de estos trabajos, comparemos los siete pecados elegidos por Asher y los cuatro añadidos por Sánchez Medal, con los siete de la Iglesia (cuadro 1).

Esquemáticamente se han trazado sus similitudes como líneas de enlace y es fácil observar la concordancia de las proposiciones de los dos autores entre sí y su congruencia con la doctrina de la Iglesia. Son similares dos de los cuatro propuestos por Sánchez Medal a dos de la tabla de Asher; los otros dos, el afán de lucro y la discriminación, por su pobreza, del enfermo desvalido, no son citados por Asher, es cosa claramente explicable, porque cuando presentó su trabajo, ya tenía un año de vigencia el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra y los médicos ya no recibían honorarios de sus pacientes, sino retribución del Servicio.

En cuanto a la correspondencia con la tabla religiosa de los pecados, cuatro de los de Asher y dos de Sánchez Medal

corresponden a la soberbia; dos de Asher con la pereza y dos de Sánchez Medal con la avaricia.

Coinciden pues los autores con la Iglesia, sólo en tres de los siete pecados capitales; los cuatro restantes no fueron tomados en cuenta, tal vez porque si los comete el médico, no los genera su profesión, sino su condición humana.

Una vez más, al comparar los tres criterios encontramos concordancias y desacuerdos y ante ello conviene citar una vez más a Eliade, quien ha encontrado, como resultado de sus investigaciones que... "la historia nos muestra etapas de promoción y de paralización de las experiencias religiosas, pero no logra abatir definitivamente la necesidad de una experiencia religiosa"... este ciclo de pérdida y restablecimiento de los valores religiosos, siendo dramático, obedece a que... "esos valores no han podido nunca ser definitivos".

Comentario final: Georges Dumézil opina que en la tarea de la investigación en la ciencia de las religiones, la tendencia moderna es poner esta labor bajo el signo de *logos* —o sea, de la razón— y no bajo el signo de *mana*, *sacer*, *brahman*, es decir, de la fuerza mística.

Asher y Sánchez Medal coincidieron dando mayor peso a la soberbia que a cualquier otro pecado; con esto apoyan la proposición que el grupo de trabajo de esta Academia sobre iatrogenia y ética médica, acaba de plantear en el sentido de que es la *ética del conocimiento* la más vigorosa, y que el ignorante debe ser considerado inmoral. Ahora bien: sólo el ignorante puede ser soberbio, y esta dualidad es más inmoral en el médico.

Otra proposición del mismo grupo de trabajo también cobra fuerza en esta ocasión: la ética médica encuentra su apoyo más firme en la ciencia, pero la deontología como norma de conducta del médico se encuentra, como dijo Marañón, en su conciencia.