

ENSAYO

## A propósito de la deshumanización de la medicina

ARMANDO CORDERA-PASTOR y  
JORGE CORVERA-BERNARDELLI

La medicina actual vive una época en la que se le ataca constantemente. Por moda o por pretender

*Armando Cordera-Pastor*, Académico numerario, Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social.

*Jorge Corvera-Bernardelli*, Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

que se dispone de buena información se expresan conceptos en relación de que los médicos no hacen lo que la sociedad —o lo que el crítico— espera de ellos. En estos pronunciamientos se suele evidenciar un alto contenido emocional, pero, al mismo tiempo se aprecia un profundo desconocimiento de la realidad social y de la forma en la que funcionan los sistemas de atención médica.

Quizá lo que más frecuentemente se cuestiona sea lo que se refiere a la “deshumanización” de la

medicina. En los últimos años se han publicado artículos en revistas, periódicos y se han publicado libros acerca de este tema, unos criticando severamente modalidades de la práctica médica actual, en tanto que otros intentan integrar aspectos psicosociales al tradicional enfoque biomédico. Estos últimos indudablemente predominan; se cuentan por decenas los autores que persiguen una integración biopsicosocial y cada día aparece mayor número de artículos que intentan un enfoque holístico de la medicina.

Existen un buen número de autores que tratan de analizar situaciones actuales mediante un estudio sincrónico y diacrónico del problema. Entre ellos podríamos mencionar a Cochrane,<sup>1</sup> Foucault,<sup>2</sup> Dubos<sup>3</sup> y Jores.<sup>4</sup>

Los autores más notorios que hacen censuras son Illich,<sup>5</sup> McKwcon<sup>6</sup> y Maxmen.<sup>7</sup> Algunos se refieren a la relación médico-paciente, según el modelo de la práctica profesional usual en nuestro país entre 1910 y 1930; al hecho de no adaptarse a este modelo le llaman deshumanización del médico o de la medicina.

Si se habla de deshumanización, parece que se trata de un fenómeno nuevo, pues presupone que antes la práctica médica era humana y como consecuencia, se plantean algunas preguntas: ¿Qué es lo que conocemos de la práctica médica realizada por la generalidad de los médicos en épocas pasadas y en la actualidad? ¿Quiénes son los que hacen estas denuncias de deshumanización? ¿Por qué existe esa inquietud?

El presente ensayo intentará abordar esas tres interrogaciones, de indudable interés universal, pero que en el momento social, económico y político de la Nación Mexicana, en que se replantea la obligación del Estado respecto a la salud de sus ciudadanos, revisten importancia crítica.

El médico siempre ha estado expuesto a las ciencias humanas y las ha aprovechado en diversa medida, obteniendo los beneficios sustanciales de todo aquel que se expone a ellas: aumenta su sensibilidad para comprender a los demás, se mejora la conducta, se identifican los valores propios en relación a la comunidad. Hardeon se pregunta qué sería más útil a un endocrinólogo, si un curso sobre endocrinología o uno sobre las obras de Shakespeare, música y arte en general. Este último lo sensibilizaría para comprender mejor a sus pacientes, ya que el médico habitualmente no tiene tiempo para estudiar otra cosa que no sea el *curriculum* profesional desde que ingresa a la escuela de Medicina.<sup>8</sup>

### La práctica médica

En la primera pregunta que nos planteamos acerca del conocimiento del ejercicio de la medicina, tanto en el pasado como en la actualidad, se manifiesta una laguna en el conocimiento de la vida cotidiana en general, y desde luego de las características de la práctica médica. Sin embargo, hay indicios de que el ejercicio de la medicina siempre ha interesado a la sociedad, pues sólo así se explican las leyes de Hammurabi en 1950 a.C., que de-

prácticas inadecuadas; o las leyes egipcias de 1500 a.C., que obligaban a los médicos a seguir al pie de la letra los libros herméticos; o el juramento de Hipócrates, aún vigente para regir la conducta del médico y que se dictó alrededor del año 400 a.C., con el objeto de frenar la competencia establecida entre sacerdotes y templos; o los preceptos de Galeno, dictados en el siglo II de nuestra era y que buscaban evitar las conductas indeseables del médico.

Durante la Edad Media los valores religiosos eran aceptados con poca discusión; como consecuencia, aumentó el misticismo y con ello la fe como medio para curarse. Cosme y Damián curaban con la fe y terminaron como santos patronos de la medicina. Otros santos protegían contra ciertas enfermedades: San Roque y San Sebastián luchaban contra la peste; el Santo Job, contra la lepra, San Antonio el ermitaño, contra el ergotismo. El rezo, el ayuno y el arrepentimiento eran las principales medidas terapéuticas. El misticismo, la superstición y el dogma reemplazaron las incipientes investigaciones y el aprendizaje de lo conocido,<sup>9</sup> que se habían iniciado en los ámbitos griego, helenístico y romano.

El Renacimiento, después de la caída de Constantinopla, permitió que los eruditos difundieran los manuscritos griegos por toda Europa, dando lugar al resurgimiento del humanismo. Ahora el hombre valía por sí mismo, con derecho a la libertad cívica y a la liberación de la mente de la superstición.

Ello trajo como consecuencia el desarrollo de muchos espíritus libres que crearon una nueva conciencia; pero los hábitos dogmáticos estaban profundamente enraizados, lo cual hizo que la práctica médica sufriera pocas modificaciones. Sin embargo, en ese periodo se desarrolló la anatomía y se inició la fisiología, que han sido las bases de la medicina moderna.

En el siglo XVII, Bacon enfatiza la bondad del razonamiento inductivo. Descartes especula con el principio de la duda y lanza el concepto del cuerpo como máquina. Al mismo tiempo se incrementa el curanderismo y la charlatanería, que en Francia fueran inmortalizados por las sátiras de Molière. La superstición aún reinaba: se quemaba a los brujos y la Inquisición obligaba a seguir las prácticas de la Edad Media.

El siglo XVIII, si bien en su transcurso aumentan la ilustración, el racionalismo y el espíritu científico, puede también considerarse la edad de oro del charlatanismo y de la credulidad supersticiosa. Había píldoras que curaban todo, polvos mágicos; Mesmer introdujo la teoría del magnetismo animal, la frenología se consideraba una ciencia y todo eso fue fértil campo que interesados voraces utilizaron para enriquecerse.

Lefèvre,<sup>10</sup> refiriéndose a esa época, dice: "El miedo a la escasez, a la sexualidad, a la enfermedad, a la muerte y a los muertos, suscitaban mecanismos de protección que se manifestaban por prácticas mágicas. Las supersticiones hacían que el paciente viera en el médico a un sacerdote, o viceversa".

Foucault<sup>11</sup> menciona que en el siglo XVII se estudió por primera vez en Francia una epizootia de borregos que causó una mortandad catastrófica para la economía, lo que obligó a hacer un acopio de datos. Al estudiar el problema en esta forma, el gremio médico se hizo consciente de la importancia de la economía y como consecuencia, se constituyó la Real Academia de Medicina, que tanta influencia habría de tener en el desarrollo de la profesión durante los dos siglos siguientes.

En el siglo XVIII la medicina logra por primera vez que algunos pacientes salieran vivos del hospital, que hasta entonces era un claustro piadoso para bien morir. Pero además, la medicina comienza a interesarse en otras disciplinas y esta apertura permite al médico convertirse en una autoridad social que puede tomar decisiones en distintos grupos y en diferentes campos de la vida, como en problemas del agua, del trabajo, del drenaje o del aire. Al mismo tiempo se descubre la utilidad de los registros de datos al nacer, al casarse, al morir; así se inician las estadísticas médicas. El hospital comienza a convertirse en el centro de la medicina social: la medicina clínica avanza y se inicia la anatomía patológica.

Siguiendo a Foucault, sabemos que en el siglo XIX, con base en los postulados de la Revolución Francesa, se prescriben la moral, la higiene del cuerpo, la alimentación correcta y el control de la sexualidad, que debían ser vigilados por el Estado, pero que operativamente se adjudicaron a la medicina. La psiquiatría se comienza a utilizar en los delitos y en los criminales; el médico debía decidir si el acusado era un enfermo mental o un delincuente. La medicina del trabajo nace con los accidentes ferroviarios, lo cual plantea problemas de incapacidades, de seguros, de responsabilidades del empleo y del Estado. La salud del hombre interesaba al Estado en función del cuerpo, que era útil para el trabajo y para el ejército. La limpieza y la higiene eran los valores máximos para la salud.

Todo lo anterior no era agradable ni servía para que el médico fuera aceptado socialmente en esa época, pues además la medicina popular, también llamada tradicional, tenía una gran fuerza que se manifestaba por el elevado número de curanderos, herbolarios, comadronas, hueseros, verrugueros o aplicadores de sanguijuelas y ventosas.

Roemer<sup>12</sup> menciona que en México existían además —o existen— prácticas mágicas que se mezclaban con creencias de la medicina hispánica colonial y con los conocimientos científicos, todo ello reinterpretado por el proveedor de servicios de salud para hacerlo funcionar como un todo.

Los conocimientos del médico no eran sólidos, ni manejaba técnicas que le permitieran resultados más o menos sistemáticos. El respeto que algunos habían ganado estaba en relación con su personalidad, su arte para la innovación constante y su intuición para utilizar el remedio adecuado.

Se considera que fue sólo hasta 1910 cuando un paciente con una enfermedad cualquiera, que llegara a consultar a un médico general, obtendría en 50 por ciento de los casos un beneficio de esta

relación. Además, las limitaciones socioeconómicas hacían que la medicina fuera impopular. Probablemente en México no más de 4 por ciento de la población tenía acceso a la medicina científica; los estándares médicos aún no se determinaban y la capacitación dependía de lo que cada nuevo profesionalista aprendía de "su" maestro, al cual le debía servir como ayudante durante muchos años.

En esa época los clérigos y los abogados, que gozaban de alto prestigio en el siglo anterior, comenzaron a descender en la estima social, en tanto que el médico iniciaba un ascenso a costa de la declinación de la medicina popular, que ya estaba fragmentada.

En 1910, Flexner lleva al cabo su famosa investigación sobre las escuelas de medicina de los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá, patrocinado por la Fundación Carnegie para el Avance de la Enseñanza;<sup>13</sup> y como consecuencia de la misma, recomienda que la atención médica se base en el conocimiento de las ciencias biomédicas, para lo cual sólo las escuelas de alta calificación podían ser acreditadas para formar médicos. Las escuelas aprobadas debían estar afiliadas a universidades y dar prioridad a la educación en laboratorios y en la experiencia clínica; y por último, todas las escuelas sin la calidad necesaria debían ser cerradas. El resultado fue el desarrollo de hospitales donde se concebía al cuerpo humano como un conjunto de aparatos y sistemas no relacionados, con un enfoque de máquina, tal y como lo había propuesto Descartes en el siglo XVII y como era la tendencia de la época (Taylor y otros). La atención médica se debía realizar en hospitales, por especialistas que se apoyaban en la tecnología, con su consiguiente equipo complicado, a lo que siguió la forma de organizar los departamentos académicos, el diseño de planes de estudio y una tendencia específica centrada en la investigación biomédica.

La imagen sentimental y nostálgica del médico general de hace 40 a 50 años, que lo era todo: sacerdote, consejero, curador, culto y humano, se basa en un periodo histórico en que la medicina popular declinaba y en la que aún no había especialistas.

El médico general, con unos cuantos libros, tenía el conocimiento necesario para trabajar aislado, solo con su paciente; que aceptaba sin el menor asomo de duda todo lo que se le dijera, pues los medios publicitarios sólo llegaban a unos cuantos y no cuestionaban la sapiencia médica. Pero precisamente cuando el médico general estaba alcanzando la cima, la ciencia médica inicia su desarrollo científico y ya no fue posible para una persona conocer todo lo nuevo y mantenerse actualizado. Como resultado, se forman las especialidades, que deben interpretarse como la consecuencia natural del desarrollo científico, técnico y socioeconómico.

La ciencia médica acepta abiertamente los avances de la física, la química, la sociología, la psicología y la técnica en general. Entonces el médico general tuvo que aceptar la fragmentación, puesto que los diagnósticos ya no eran simples ni podían ya estar basados en su arte e intuición, sino complicados y caros, con el concurso de técnicas y de

aparatos, con la consulta a otros colegas que sabían más de problemas específicos.

Ya el médico no podía seguir siendo el profesionalista aislado o solitario. Y es entonces cuando el hospital inicia su desarrollo, pues se convierte en el sitio de reunión indispensable de varios médicos con habilidades y destrezas complementarias, coordinados por el médico general, al que llamaban el médico del hombre, en tanto que el especialista lo era el de la enfermedad, ya que frecuentemente era desconocido por el paciente, con el que solo tenía relaciones esporádicas.<sup>14</sup>

El médico general perdió su posición dominante en ese tiempo, pues carecía de las habilidades de liderazgo, comunicación, y manejo del conflicto que se desarrollaron explícitamente muchos años después, cuando ya no le eran útiles para dirigir el trabajo grupal, o de equipo. En 1923 sólo 11 por ciento de los médicos de los Estados Unidos de Norteamérica eran especialistas. Cuando se comenzó a utilizar el desarrollo organizacional, o sea al principio de la década de los 60, ya había 75 por ciento de especialistas.

El médico general al estilo de 1910-1930 va perdiendo así la comunicación con sus colegas, al no poder persistir como líder del grupo. Al estar aislado, pierde confianza en sí mismo; su trabajo le obliga a estar disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, pues necesita conservar a su clientela que cada vez le es menos leal, ya que los medios de información invitan al público a acudir directamente al especialista. Esto sucede especialmente con algunas especialidades, como la gineco-obstetricia, la oftalmología, la otorrinolaringología y otras, a las que el paciente acude referido habitualmente por legos y sólo esporádicamente por el médico general. Por otra parte, el médico general tampoco cuenta con la lealtad de sus colegas, todos ellos interesados en aumentar su propia clientela.

El médico general comienza a tratar de dar a cada paciente lo que este desea y al mismo tiempo su trabajo va haciéndose cada día más difícil y frustratorio. Los personajes políticos, económicos o sociales ya no lo buscan, sino que ahora recurren al especialista, que ya no envía a sus pacientes con el colega que le va a ayudar a resolver el problema, sino que los refiere a aquellos especialistas que van a respetar la ética profesional y le van a regresar al paciente. Una salida para muchos médicos generales fue convertirse en especialistas, siempre que existía tal posibilidad.

Pero también ha habido cambios en el paciente, pues por un lado cada día se va haciendo más complicado recurrir al médico general y por otro, se constituye en símbolo de prestigio consultar a un especialista de renombre. La medicina se hace tópico de conversaciones. El radio, la prensa, el cine y la televisión van cambiando los modelos de referencia. Se habla de los especialistas en tono familiar y el que los frecuenta es siempre mejor que los demás.

Sin embargo es bastante claro que sólo en esta fase de la medicina el paciente se empieza a beneficiar realmente de ella. Los medicamentos empiezan a ser útiles (basta considerar el éxito de los

antibióticos) y las intervenciones quirúrgicas son más frecuentemente beneficiosas que perjudiciales. A pesar de ello, parece que el aprecio del médico como "humano" estuviera en relación directa con factores emocionales e inversa con su capacidad técnica; es apreciado como brujo o como santo pero menospreciado como técnico. Nunca antes la medicina había sido más útil para preservar la salud y lograr el alivio de la enfermedad, pero tampoco nunca antes se había cuestionado tanto su "humanidad".

Es evidente que existe una profunda insatisfacción respecto a la medicina, una contradicción entre expectativa y logro, que va mucho más allá de una supuesta "deshumanización" del médico, que resulta ser sólo un eufemismo de insatisfacción.

### *Salud y atención médica*

Los críticos que mencionábamos en los primeros párrafos han centrado sus censuras en la medicina deshumanizada, pero también lo han hecho en lo relativo a la salud. Parece que frecuentemente se confunden los dos términos, por lo que consideramos conveniente hacer una definición de lo que es salud y lo que es atención médica, ya que ello tiene implicaciones en este tema.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no necesariamente la ausencia de enfermedad". Starfield<sup>15</sup> dice que el estado de salud es la resultante de interacciones de cuando menos cuatro fuerzas: genética, ambiente, conducta y práctica médica. La atención médica, dice, es la interacción entre los componentes funcionales de la práctica médica: diagnóstico y terapia por un lado y la conducta del paciente por el otro. Auster menciona las variables que intervienen en la salud: educación, ingreso, empleo, consumo de alcohol, raza, porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo, número de personas ocupadas en trabajo de oficina en comparación con obreros, escuela de medicina en el área, proporción de sujetos mayores de 60 años y magnitud de la población rural.<sup>16</sup> A ellas habría que agregar en América Latina: agua, drenaje, nutrición, hacinamiento. Todas esas variables deben relacionarse con la calidad de los servicios médicos utilizados. Por otra parte no debe olvidarse que la atención médica se ocupa también de una gama de aspectos sociales, que incluyen la prevención y el tratamiento de las enfermedades para su curación o control, así como la rehabilitación biopsicosocial del individuo.

En relación con la salud se puede considerar que ha habido una mejoría notable en este siglo, que en nuestro país se manifiesta por la erradicación de ciertos padecimientos transmisibles, por la disminución notable de la mortalidad general que a principios del siglo era de 36 por mil habitantes y actualmente es de 9.9, por el incremento en la expectativa de vida, que en 1900 era de 27.5 años y que ahora es de 62 años<sup>18</sup> y por muchos otros indicadores indirectos de salud.

Es evidente que no sólo ha mejorado la atención médica sino que es claro que ha mejorado la salud del hombre, por lo menos en ciertos países. Entonces, ¿porqué las denuncias a la medicina y quiénes las hacen? En términos generales se observa que las denuncias parten de grupos diversos, entre los que destacan: a) sociólogos, antropólogos y médicos que han elaborado estudios serios; b) médicos y otros proveedores de atención médica, que se ponen ellos mismos como modelos de bondad; c) usuarios de los servicios médicos y sus representantes, que presentan quejas; d) la prensa y los políticos. Sus enfoques son igualmente variados: éticos, filosóficos, políticos, biopsicológicos e ideológicos. Las más de las veces, las denuncias son poco válidas, cuando no espurias, y se identifica en ellas intereses de grupo, demagogia e ignorancia. Hasta donde sabemos no se ha hecho un análisis completo de esto y no sería posible aquí siquiera elucubrar al respecto. Es evidente, sin embargo, que la popularidad que alcanzan estas denuncias señala un malestar real, presente en toda la sociedad, que debe ser investigado en forma multidisciplinaria, con carácter prioritario, si se le desea poner remedio.

Un aspecto que se manifiesta frecuentemente en la crítica de la medicina, se puede identificar como originada en una mala relación médico-paciente. Tal relación ha dominado hasta ahora las discusiones sobre la deshumanización de la medicina, pero no parece que haya sido estudiada sistemáticamente y sólo se observan impresiones individuales, fuertemente cargadas de componentes emocionales. Con el deseo de ordenar para estudiar el modo como se lleva al cabo la práctica médica, señalaremos las siguientes categorías, que implican diferentes relaciones entre el médico y el paciente:

#### El médico solitario

El médico solitario con uno o varios ayudantes leales (durante el periodo de su formación)

Redes de colegas que mantienen un código de honor para respetar la "propiedad del cliente"

Asociaciones profesionales diversas, que van desde el agrupamiento de dos médicos hasta grupos de gran complejidad

Grupos grandes con un especialista de cada área, los que también son conocidos como "tercer partido"

Agencias intermediarias que le pagan un salario al médico.

Evidentemente, en cada caso cambiará la percepción que tiene el paciente de la imagen del médico; y por otra parte aparece aquí, por primera vez, el concepto de satisfactores desde el punto de vista del trabajador de la salud.

Indudablemente, los satisfactores que recibe un médico son múltiples. Entre ellos deben citarse como importantes la sensación de poder, que implica vencer a la enfermedad, y la piedad, simpatía y lástima hacia un semejante que sufre; otros,

menos directos, pueden ser la jerarquía social adquirida al través de la profesión y por último, en la sociedad en que vivimos, la capacidad de consumo que da el dinero.

Evidentemente, un estudio formal de la relación médico-paciente debe tomar en cuenta la percepción que tiene el paciente de la imagen del médico; pero también la percepción que tiene el médico —los médicos— de la imagen del paciente; y ambos, de la imagen de enfermedad y la imagen de salud.

El médico y el paciente no comparten los mismos puntos de vista acerca de lo que es salud y enfermedad. Es indispensable que el médico comprenda que la enfermedad del paciente no es la enfermedad anatómica y que no puede actuar sólo con un enfoque mecánico y por lo tanto inhumano.

El punto de partida es comprender que la enfermedad es un fenómeno recurrente, que interrumpe el bienestar y que genera explicaciones culturales respecto a su origen y prevalencia, que son aceptadas más que verificadas.<sup>19</sup> Así, cada sociedad desarrolla una visión específica de la situación del médico, del paciente y de la enfermedad.

Pero el paciente, aunque participa de esa vivencia psicosocial, también ve al mundo al través de conceptos físicos, debido a que en esta época se pone énfasis en ellos:<sup>20</sup> la contaminación, los accidentes, las agresiones. Por otro lado, en la sociedad contemporánea se hace énfasis en valores como la abundancia, el exceso, el consumismo, los automóviles rápidos, la moda cambiante, el *status*, la importancia de la competencia. El alcohol y el cigarro son símbolos de la vida social, o sea que priva el objeto, lo racional, el número. El sujeto se ha esfumado y con él su carácter de persona.

#### Humanismo y sociedad

Un enfoque que se ha dado al tema de la humanización de la medicina requiere definir si el hombre está genéticamente programado para colaborar y cooperar con sus semejantes, o si por el contrario, lo está para agredir, competir y hacer la guerra.<sup>21</sup> Los naturalistas dicen que la crueldad, la irracionalidad, la violencia, la sospecha y la interminable secuencia de crímenes, cruzadas, guerras y genocidios son la manifestación natural de un animal, que si bien ha sido amansado, siempre está preparado para atacar o defenderse cuando es retado. Por otra parte, ciertos humanistas consideran que esas son perversiones que la cultura ha impuesto a la especie humana, que aunque no está programada para que todos sus miembros sean ángeles, sí tiene preferencia por la cooperación, la ayuda y aun el altruismo.

Por otra parte, los humanistas, definidos como los que centran su interés profesional en las ciencias humanas, no son ajenos al conflicto entre expectativa y logro, que penetra no sólo a la medicina sino a todos los aspectos de la sociedad.

Las ciencias humanas mismas, que se ocupan de la vida real, la fragmentan en economía, psicología, sociología, historia, todo en nombre de hacer-

las operativas; pues cada una de ellas posee sus propios métodos, conceptos, objetivos y campos de estudio. Entonces se hace necesario crear técnicos, expertos planificadores y aun publicistas, que se encargarán de dar coherencia a los fragmentos; así el proceso se convierte en más importante que los fines. El miedo a la naturaleza de los siglos pasados se ha convertido en temor a la sociedad y por lo tanto, falta de confianza en el ser humano y como consecuencia se desarrollan elaboraciones ideológicas antirracionales: horóscopos, reviviscencias religiosas, control mental, dianética, percepción extrasensorial, etc. La moda tecnológica actual favorece los dogmas, que muchos están dispuestos a aceptar, sobre todo si han sido publicados en varios trabajos a los que por ser iguales se les llama confirmados.

El hombre está fascinado por la técnica, sin importar para qué sirve, y la sociedad sólo obtiene de ella beneficios marginales o de rebote. La sociedad no satisface sus necesidades, a pesar de la producción masiva de bienes y servicios. El hombre necesita cada día más tiempo para transportarse, para cumplir con formalidades, para realizar gestiones oficiales, con la consecuente disminución de tiempo para él mismo. El hombre no toca lo que produce, sino sólo lo que consume.

El publicista se hace indispensable como el retórico de esta sociedad, a la que aporta signos, imágenes, discursos, elige funcionarios,<sup>22</sup> "futboliza" el ambiente, hace obsoletos los objetos y estimula la moda, o sea lo efímero. Todo esto se refleja en la medicina, impidiendo que el consumidor de servicios, y probablemente también el médico, sean capaces de establecer lazos estables.

La publicidad afecta profundamente a la medicina. Se hace enorme propaganda a las hazañas médicas: se exhiben técnicas modernas utilizadas para la salvación heroica de un niño accidentado, la realización de un trasplante sensacional, la cirugía cardíaca o la aplicación de la diálisis renal, las enormes posibilidades de los tratamientos intensivos, la prolongación de una agonía; al mismo tiempo que se informa de los genocidios, de la corrupción, de la falta de agua y drenaje, que producen elevadas tasas de morbilidad y de mortalidad.

La satisfacción y la frustración marchan juntas, están allí, latentes, implícitas y de todo esto participan por igual médicos, enfermeras, administradores, funcionarios y el consumidor de servicios.

Esta situación debe ser parcialmente responsable de que en países como los Estados Unidos de Norteamérica existan seis millones de personas con problemas mentales, de los cuales un poco más de la mitad están en tratamiento. Pero para explicarlo, el vicepresidente de ese país dijo en 1970 que las protestas juveniles eran debidas a falta de autoridad severa de los padres. Ese mismo día, 14 millones de personas trataron de demostrar médicamente que no eran aptos para el trabajo. La mitad de todos los medicamentos que se produjeron en 1975 eran tranquilizantes.<sup>23</sup>

Y en todo ese contexto social, por un lado se pide al médico que actúe como se supone lo hacía la profesión hace 50 años; que se comporte como

sacerdote y que muestre tacto, paciencia y sensibilidad. Al mismo tiempo se le somete a críticas a menudo contradictorias: si es paternalista es sólo porque le interesa conservar al cliente; si actúa técnicamente es porque ve al paciente sólo como un objeto.

En esta situación el reto es difícil, y el médico deberá no caer en recriminación, antagonismo ni conflicto, sino comprender a cada individuo como un todo, ni aumentado ni disminuido; sólo como un ser humano con las expectativas, angustias, deseos, problemas familiares y económicos que le son propios.

### *Acciones de la sociedad*

Ante el planteamiento de estos problemas, englobados si se quiere en forma simplista bajo el rubro de "deshumanización de la Medicina", ¿qué ha hecho la medicina?; o mejor dicho, ¿qué ha hecho la sociedad y qué más deberá hacer para aminorar la contradicción entre expectativa y logro?

Debe reconocerse que buena parte del problema parte del hecho de que la práctica médica actual es muy tecnificada y con márgenes de seguridad demasiado estrechos. Aun si el médico hace todo bien técnicamente, se pueden producir resultados fatales, ya que no es posible predecir cómo reaccionará el cuerpo humano al tratamiento, sobre todo estando enfermo.<sup>24</sup>

Ante la duda de explotación del paciente o de actos punibles, se recurre al litigio judicial, que si bien en nuestro país no se ha desarrollado mucho, algunos médicos y abogados consideran que es un camino por el que se puede lograr una mejor práctica médica. El país que ha tenido la mayor experiencia en este enfoque son los Estados Unidos de Norteamérica, en donde la mala práctica médica se ha convertido en tema de importancia pública, que ha involucrado a médicos, abogados, legisladores, administradores, compañías de seguros, asociaciones médicas y obviamente a los ciudadanos.

Para ganar un juicio, el paciente y su abogado deben probar que hubo negligencia o error. Para ello tratan de comprobar que la atención estuvo fuera de las normas aceptables. Pero ¿cuáles son las normas aceptables? La respuesta es poco objetiva: es aquello que es razonable, ordinario; que fue llevado al cabo en forma diligente y hábil, similar a como lo realizan otros médicos en la misma línea de trabajo, en el mismo lugar y en la misma época. El juicio deberá basarse en declaraciones de otro (u otros) médicos, que si bien hasta hace poco tiempo solían defender la postura del médico, ahora que son pagados en forma espléndida están dispuestos a declarar en su contra. La razón es que antes las demandas eran del orden de decenas de miles de dólares, en tanto que ahora se han elevado hasta los varios millones. No es sólo por la inflación, sino ante factores como son, por un lado, los altos costos de la medicina intensiva, que es larga y muy cara, pero que también incluyen el deseo de los abogados de incrementar sus ganancias.

Los abogados y los legisladores se interesan ahora por la evaluación médica tanto como las propias instituciones médicas, las cuales estaban centradas en evaluar el proceso y no los resultados. Para justificar esa tendencia legal, los abogados han expresado que las demandas judiciales crearían incentivos al médico para mejorar su práctica y además las compañías de seguros inventarían mecanismos para regular la parte económica.

Evidentemente, el enfoque legal para suprimir la insatisfacción social en relación con la medicina en la Unión Norteamericana ha resultado ser un fracaso. Ni los estándares médicos han mejorado, ni las compañías de seguros quieren asegurar a los médicos. Lo único que ha sucedido es que los médicos no aceptan casos difíciles, sus tratamientos son conservadores y defensivos; se hacen estudios paraclínicos numerosos y médicamente innecesarios, sólo para protegerse de posibles juicios y se elevan los honorarios para poder pagar los gastos legales, con lo que el enfermo resulta con tratamientos más malos y mucho más caros.

Un enfoque reciente en algunos países es la creación de un personaje llamado *ombudsman*, que es una antigua institución en Suecia, donde se creó en 1809. El *ombudsman* inicial era un funcionario designado para el Parlamento, cuya misión era escuchar las quejas de los usuarios de servicios públicos. El *ombudsman* se encargaba de estudiar el problema, para lo cual reunía datos aportados por varios grupos y gracias a su influencia moral trataba de solucionar el problema con base en la justicia, la ética y otros componentes culturales. Su reciente aceptación en varios países, tales como el resto de los países escandinavos, Gran Bretaña, Francia, Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica ha hecho que algunas instituciones médicas de éste último país lo hayan implantado con muchas esperanzas para resolver conflictos. El naderismo y organizaciones similares de los Estados Unidos, así como las procuradurías del consumidor, los tribunales de lo contencioso y otras estructuras semejantes, son variantes de la idea del *ombudsman*.

En algunos hospitales de la Unión Norteamericana<sup>25</sup> se ha comenzado a utilizar el concepto de *ombudsman* para mejorar las relaciones paciente-médico. Al *ombudsman* lo definiríamos, según Barroso Leite<sup>26</sup> como "un delegado del cliente que investiga quejas en relación con una deficiente atención por parte de los proveedores de servicios y que cuando las considera procedentes, busca soluciones". No obstante, sin negar la utilidad a estos procedimientos, aparentan ser sólo parciales y enfocar detalles sin llegar a las raíces del problema.

Quizá una manera de mejorar la percepción del médico como "humano" sea retomar el enfoque de la medicina familiar. El médico familiar puede ser la respuesta necesaria a la especialización masiva y a ultranza. Su relación más cercana, pero sobre todo más constante y prolongada con los pacientes, pudiera recuperar las ligas de afecto y confianza que ciertamente no se establecen ante la actuación más técnica y más breve del especialista.

El campo de las ciencias biomédicas, pero también comprende importantes conocimientos y habilidades en aspectos sociales y psicológicos, por lo que se le ha reconocido como una nueva especialidad. Por otra parte, como el prestigio de las especialidades aumenta en todo el mundo, resulta doblemente conveniente darle esa categoría al médico familiar, pues eleva su *status*. Gracias a ello, ya se ha logrado un considerable aumento del interés por el estudio de la atención de primer contacto, que antes se limitaba a la medicina interna y a la pediatría.

Con tal enfoque, se han organizado numerosos cursos para preparar médicos familiares en varios países del mundo, reconociéndose como modelos los establecidos por el Jefferson Medical College de Filadelfia, a partir de 1969.<sup>27</sup> En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social y otras instituciones de salud y educativas, han desarrollado programas de capacitación que parecen estar teniendo considerable importancia social.

El *curriculum* del médico familiar, aun cuando diferente en cada sitio, tiene siempre un componente importante en ciencias sociales y humanidades, que incluyen el estudio de áreas urbanas y rurales, el conocimiento de los valores, tradiciones, expectativas y normas de diversas comunidades y desde luego, la familia con sus diversas características.

El médico familiar moderno requiere del conocimiento específico sobre la "familia", que hace indispensable estudiar el comportamiento de los distintos tipos de familia en relación con el cuidado médico. Las familias de tipo nuclear simple o numerosa, la extendida, la rural-urbana y la tribal tienen conocimientos, experiencias y expectativas diferentes, que es indispensable que el médico familiar conozca, para poder dirigir sus acciones educativas y terapéuticas de modo que sean eficientes.<sup>28</sup>

#### *Educación para los problemas de salud*

En la búsqueda de una mejor relación médico-paciente, no sólo debe el médico educarse para conocer las necesidades reales y las expectativas de los pacientes, sino que se hace indispensable que el paciente conozca mejor lo que es y puede hacer el médico. Esto obliga a una educación mutua, que haga al médico conocer de los gustos, temores, expectativas y riesgos aceptables; a la vez el paciente requiere información inteligible y accesible. Ciertamente esto no significa cursos concentrados de medicina con terminología incomprensible, sino la explicación clara del problema concreto. Con esto, el médico deberá lograr un ambiente emocional más honesto que además va a actuar como agente terapéutico, ya que si se identifican los valores y se comparten los mismos puntos de vista, las posibilidades de que disminuya el sufrimiento son ciertamente mejores.

Un aspecto de la educación del público que redundará en una atención médica más satisfacto-

ria, implica inculcar claramente cuáles son los límites de la medicina.<sup>29</sup> Cuando el médico rara vez curaba, se aceptaba como irremediable la enfermedad y la muerte y se agradecía el alivio, por pobre que éste fuera. Actualmente, se espera siempre no sólo el alivio, sino la curación; y cuando esta no se logra, se culpa al médico de incompetente. En la imagen nebulosa que el público tiene de la medicina, a veces parece que esta resulta ser, no el remedio sino la causa de la enfermedad. Es importante pues que el paciente conozca, tanto lo que se puede hacer como lo que no se puede hacer y que sea capaz de aceptarlo emocionalmente tranquilo.

La medicina contemporánea, que tanto éxito ha tenido en lo técnico, confronta en la actualidad una gama de valores humanos considerados durante siglos como innatos y derivados de leyes naturales, pero que ahora están sujetos a revisión debido a las posibilidades técnicas para llevar al cabo acciones que nunca antes se antojaron posibles. Entre estas destacan las que implican modificaciones del sexo o del código genético; las que permiten descubrir antes de las 14 semanas del embarazo si el producto va a tener una enfermedad genética que lo va a afectar a él y a su familia durante muchos años; y las que permiten continuar la función cardiorrespiratoria en ausencia de función cerebral y que han desencadenado las polémicas respecto al derecho a la vida y al derecho a la muerte.

Todo esto y mucho más obligan al cuestionamiento de valores desde muchos puntos de vista, inclusive económicos, sociales, políticos, éticos y de creencias ancestrales. Resulta indispensable la discusión pública de cuestiones tales como los derechos del paciente y la problemática de aplicarlos en aquellos con deficiencias mentales; la legislación sobre el aborto; y muchas más que se generan en el seno de una sociedad que cambia constantemente; de una ciencia que cada día aporta nuevas teorías y conocimientos y de una verdadera explosión en los medios de comunicación que penetran todos los estratos de la sociedad. Todo ello obliga a hacer explícitos los valores sociales y a asignarles prioridades. La eficacia con que se logre, dependerá en gran parte de la claridad y precisión de la imagen de todos los factores científicos, sociales, económicos, políticos y emocionales involucrados.

### Conclusión

Sin duda existen muchos y muy variados enfoques que aquí no se han mencionado y que seguramente tienen mucha importancia en la comprensión del estado actual de la medicina dentro de las sociedades modernas. En este ensayo sólo se apunta hacia algunos puntos de vista de interés que se considera deseable sean discutidos abiertamente por todos los que participan en las disciplinas médicas.

En la búsqueda de la verdad, el progreso se logra mejor mediante el estudio y el razonamiento

entre los diversos grupos que componen nuestra sociedad. El sentimiento de frustración que da nacimiento a expresiones tales como "deshumanización de la medicina" pareciera generarse, por lo menos en parte, por una falta de comunicación entre el grupo de los proveedores y el grupo de los usuarios de la atención médica.

### REFERENCIAS

1. Cochrane, A. E.: *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. Londres, The Nuffield Provincial Hospital Trust. 1972.
2. Foucault, M.: *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI Editores. 1966.
3. Dubos, R.: *Mirage of health, utopias, progress and biological change*. Nueva York, Harper & Row. 1959.
4. Jones, A.: *La medicina en la crisis de nuestros tiempos*. México, Siglo XXI Editores. 1967.
5. Illich, I.: *Némesis médica*. Barcelona, Barral. 1975.
6. McKeown, T.: *The role of medicine; dream, miracle or nemesis?* Londres, Nuffield Provincial Hospital Trust. 1976.
7. Maxmen, J. S. S.: *The post-physician era: medicine in the twenty first century*. Nueva York, John Wiley & Sons. 1976.
8. Hardeson, O. B.: *Medicine and the humanities*. Persp. in Biol. and Med. 1977.
3. Castelazo Ayala, L. y Cordera, A.: *Deontología profesional en medicina institucional*. Bol. Méd. IMSS 16:65, 1974.
10. Lefèvre, H.: *La vida cotidiana en el mundo moderno*. Madrid, Alianza Editorial. 1972.
11. Foucault, M.: *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Educación Médica y Salud. 10:2, 1976.
12. Roemer, M.: *Health care systems in world perspective*. Ann Arbor, Health Administration Press. 1976.
13. Flexner, A.: *The Flexner report on medical education in the United States and Canada*. Washington, Science and Health Pub. Inc. 1910.
14. Rosenberg, C.: *The therapeutic revolution: medicine, meaning and social change in 19th century*. Persp. in Biol. and Med. 1977.
15. Starfield, B.: *Health services research: A working model*. New Engl. J. Med. 1973.
16. Auster, R.; Lyeson, I. y Sarchek, D.: *The production of health an exploratory study*. J. Human Res. 4:10, 1969.
17. Cordera, A. y Bobenrieth, M.: *Administración de la atención de salud*. Libro en preparación.
18. Secretaría de Programación y Presupuesto: *Estadística económica y social por entidad federativa*. México, 1981.
19. Fábrega, H.: *The function of MCS. A logical analysis*. Persp. in Biol. and Med. 1976.
20. Macklin, R.: *Consent coercion and conflicts of rights*. Persp. in Biol. and Med. 1977.
21. Hamburg, M. y Mendoza, L. A.: *Biology and ethics*. Persp. in Biol. and Med. 1976.
22. Lefèvre, H.: *Op. cit.* en 10.
23. Visscher, M. B.: *Science and values*. Persp. in Biol. and Med. 1975.
24. Epstein, R.: *Contracting out of the medical malpractice crisis*. Persp. in Biol. and Med. 1977.
25. Strain, J. y Hamerman, D.: *Ombudsman (medical-psychiatric) rounds. An approach to meeting patient-staff needs*. Ann. Intern. Med. 88:550, 1978.
26. Barroso-Leite, C.: *Ombudsman, corregedor administrativo*. Rio de Janeiro, Zahar Editores. 1975.
27. Herman, M. W. y Veloski, J.: *Family medicine and primary care trends and student characteristics*. J. Med. Educ. 52:2, 1977.
28. *Características de la familia derechohabiente del Seguro Social en la Ciudad de México*. VIII Curso para Médicos Directivos de Unidad de Atención Médica. Subdirección Médica. IMSS. 1976.
29. Powles, J.: *On the limitations of modern medicine*. Science, Medicine and Man. 1973, vol. 1.