

La medicina neohipocrática

I. HIPÓCRATES REDIVIVO

JUAN SOMOLINOS-PALENCIA*

El primer problema que enfrenta la filosofía de la medicina es distinguir sus propias ramas, y señalar las características de cada una de ellas; partir de las primeras ideas de una medicina científica que puedan explicarnos el concepto y el carácter de nuestra profesión; para después, descubrir y discutir las ideas médicas que surjan durante la práctica y la investigación.

En la antigua medicina griega se observaron dos tendencias esenciales: la mística y la racional. La primera bajo el nombre de Asclepios y la segunda bajo el de Hipócrates, de quien se conserva sus escritos: una colección, (*Corpus Hippocraticum*), cuyas diferencias temáticas y doctrinales hoy se reúnen bajo el nombre de "hipocratismos".

¿Tiene algún sentido hablar de Hipócrates? El pensamiento médico de Hipócrates se modeló desde su aparición. Todos los autores del *Corpus Hippocraticum* fueron médicos, casi todos jonios de los Siglos V y IV antes de Cristo; influidos por las ideas *physiologías*¹ de Tales de Mileto y Anaximandro.

Cien años de investigación filológica señalan el mito occidental de Hipócrates; a partir del Siglo XIX los autores del *Corpus Hippocraticum* han sido y son objeto de extensos estudios que el Positivismo impulsó en algunos investigadores.²

Sin duda desde los últimos años del Siglo V, Hipócrates fue admirado en todo el mundo griego y aunque bajo su nombre se escribió una obra discrepante en tiempo, temas y doctrinas, Hipócrates se convirtió en una tradición a la que nos apegamos. No tomemos en cuenta el fanatismo hipocrático y el culto a la personalidad del Médico griego y hagamos un examen ordenado de esa supuesta herencia del médico de Cos.

Al tratar de analizar lo substancial de ese hipocratismo y su posible presencia dentro de la medicina actual comprobamos que Hipócrates logró distinguir lo subjetivo y lo objetivo de la naturaleza y por tanto otorgó al ser humano su específica condición de hombre sano o de hombre enfermo. Racionalizó la causa de la enfermedad y el procedimiento terapéutico que produciría la curación.

Al preguntarse el médico hipocrático ¿qué es la enfermedad; qué es el hombre enfermo y cuál es el tratamiento? concluyó que todo lo abarca la *physis* o "naturaleza", entendida ésta como una integración

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 7 de mayo de 1986.

*Académico numerario.

de espíritu, forma y función.

El médico hipocrático concibió la idea "fisiológica" de enfermedad como un desequilibrio de la *Physis* del paciente, y de su relación con el cosmos que le rodea. Consideró la enfermedad como un proceso y no como una condición y colocó al enfermo como el principal protagonista de este proceso. El médico tuvo como medida de sus conocimientos la "sensación corporal" ; sólo los signos físicos del enfermo y lo que percibe el médico, deben tomarse como verdaderos! mientras que la *doxa* opinión del paciente no se consideraba verdad científica. Para Hipócrates la vida saludable era una ecuación entre el organismo y el medio ambiente.

Al mencionar el concepto de *physis*, lo hacemos de manera simple, pues su análisis nos conduciría a un extenso tratado; sin embargo es importante recordar que para los hipocráticos, la curación era el paso de la enfermedad a la salud, su principal protagonista la *physis* que contaba con dos ayudantes; el médico y el enfermo. La *physis* era armoniosa pero cuando había sido alterada por la enfermedad podía adoptar dos caminos; el primero letal y por tanto negativo; el segundo curativo y benéfico.

El médico hipocrático, tomó en cuenta sus limitaciones terapéuticas al convertirse en un simple servidor de la *physis*, sólo podía curar la enfermedad de un paciente que no hubiera sido condenado por la naturaleza. En resumen, las posibilidades de curación quedaban limitadas por una *physis* divinizada, más o menos cognoscible por la inteligencia y experiencia del médico.

El médico hipocrático se esforzó en obtener con su arte de curar, la salud de sus pacientes; se sometió a los designios de la *physis* divinizada y para ello adoptó una actitud profesional y ética: "la de favorecer o no perjudicar". Adoptó una posición prudente, trató de cooperar "técnicamente" con el esfuerzo sanador de la *physis* y, se abstuvo de aplicar terapéuticas riesgosas o excesivas. Las metas principales de la medicina para los hipocráticos fueron la salvación, la salud y el posible decoro del hombre.

A partir de Hipócrates, la medicina griega se convierte en una "iatrotécnica" y el médico tiene que actuar bajo un conocimiento racional, entendiendo qué es la enfermedad y cómo actúa sobre el paciente.

Al concebir la medicina como una *techné*, técnica, el acto de curar quedó sujeto al médico, al enfermo y a la sociedad a la que pertenecen y determinó al acto terapéutico, lo que ahora llamamos vocación y los antiguos griegos denominaron *philotekhnie* y *phylanthropie*; aspiraciones de perfección en la práctica de la medicina y en el amor al ser humano.

El médico hipocrático, consciente de la dignidad de su profesión, al ser inteligente y experto, ayudó a la *physis* del paciente. En el acto médico, fue un simple servidor cuyas capacidades hacían honrosos sus servicios.

Toda la obra de Hipócrates anota lo valioso del médico y entre sus reglas terapéuticas resaltan:

- 1) El tratamiento por los contrarios.
- 2) El mandamiento de la prudencia (favorecer y no perjudicar).
- 3) Hacer bien las cosas.
- 4) La educación del enfermo.
- 5) Un sentido individual al tratamiento.

Platón refirió la bondad del hipocratismo en el diálogo de Sócrates y Fedro;³ ahí, Fedro asegura que sólo el conocimiento hipocrático permite conocer la naturaleza del cuerpo, y Sócrates añade: "Si existe el propósito de saber más, hay que ir más allá de Hipócrates; hay que seguir a Hipócrates y sobrepasarlo", *próstou Hippokrátou, próstou Hippokrátei*. Estos dos modos de relación con el hipocratismo pueden encontrarse en la medicina actual; pues ésta piensa y actúa con y "más allá de Hipócrates"; hoy:

- a) El saber médico comprobado por el método científico es mucho mayor.
- b) La visión científica de la realidad es cualitativamente distinta.
- c) Han cambiado las posibilidades de una técnica general y de una técnica médica en particular. En principio para el médico actual no hay nada técnicamente imposible y lo que no se consiga hoy, se conseguirá mañana.
- d) La condición social del enfermo, es muy diferente a lo concebido por Hipócrates, ya que aquella medicina griega para ricos y para pobres hoy se considera una injusticia social.
- e) Toda enfermedad humana es somática incluso las llamadas enfermedades mentales; éstas últimas inconcebibles para los hipocráticos que pensaban que el cuerpo humano era siempre expresión del alma.

Ahora bien, si los conceptos anteriores marcan una evolución "más allá de Hipócrates", también es cierto que la medicina actual contiene rasgos profundamente hipocráticos:

- a) El médico sigue siendo iatrotécnico y entiende la medicina como una técnica sujeta al "qué" y "por qué" de su diagnóstico y terapéutica.
- b) Al igual que los hipocráticos, hoy el médico sigue considerando a la física como principal ciencia de la naturaleza; y a la fisiología como la ciencia del hombre.
- c) La medicina actual al igual que la hipocrática, considera al enfermo afectado en su totalidad.

- d) A pesar de sus ambiciones, el médico actual frente a la realidad de sus enfermos, acepta en ocasiones sus limitaciones en la terapéutica.
- e) Cualquiera que sea hoy la posición del médico; individualista o colectivista, no abandona el principio hipocrático de "favorecer o no perjudicar".

El hipocratismo en la medicina actual, reside en la capacidad del médico para entender al hombre íntegramente; y esto sólo lo dan el conocimiento y la personalidad. Cuando no se tienen ambas cualidades, habrán de adquirirse mediante una educación donde se alimente, enriquezca, transforme y no se deteriore el modelo ideal que el médico tiene de sí mismo.

Corresponde al médico tomar la palabra para reconstruir los procesos biológicos observados en la antigüedad con el fin de encontrarlos útiles y vigentes.

REFERENCIAS

1. La *physiología* de los filósofos presocráticos y médicos hipocráticos constituye el primer intento de un conocimiento científico de la naturaleza.
2. La referencia a los escritos del *Corpus Hippocraticum* se hace siempre según la edición de Littré, *Oeuvres complètes d'Hippocrate* (París, 1839-1861). Ulteriores ediciones críticas (Kühlewein, *Corpus Medicorum Graecorum*, Villaret, Loeb Classical Library, Jones Festugière, Joly, Alexanderson) han mejorado, sin duda, el conocimiento de algunos de los tratados de la obra. En los últimos años han sido los investigadores españoles, los que más han realizado estudios al respecto, en particular Pedro Lain Entralgo que en su libro "La medicina Hipocrática". Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid, 1970 hace un detallado estudio filológico y filosófico del Hipocratismo, difícil de superar.
3. Platón: Obras completas. "Hippias Mayor Fedro". Ed. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1945. pp. 226-229.

II. EL DIALOGO TERAPÉUTICO

HORACIO JINICH*

Una de las características esenciales de la práctica médica ha sido una relación peculiar, especial, entre el médico y el individuo que, por el hecho de sufrir, asume el papel de paciente y solicita su ayuda profesional; una relación humana *sui generis*, diferente de otras, que el médico, historiador y filósofo Lain Entralgo ha llamado "amistad o amor médico."¹

Que la relación entre el médico y el paciente ha jugado un papel predominante en la práctica médica de todos los tiempos y lugares, no cabe la menor duda.

Algunos pensadores la han considerado la parte esencial, el recurso terapéutico fundamental de la medicina, el elemento invariante a lo largo de la historia de la medicina.² En buena parte a ella se debe y explica el éxito de los médicos durante el largo periodo de ignorancia y oscurantismo que dominaron a la medicina durante la mayor parte de su historia, y aún ahora, en que la ciencia ha empezado apenas a descender los velos que impedían entender al hombre sano y enfermo, la relación médico-paciente explica muchos efectos de la praxis médica que no se entienden a través del análisis de las propiedades farmacológicas de las drogas que emplea ni de las manipulaciones que hace al cuerpo en un afán de modificar favorablemente su estructura y su función enfermas.

La relación médico-paciente nace y crece en el curso de la entrevista clínica; es en ella, en el transcurso del intercambio de ideas y emociones que tienen lugar durante la comunicación entre el médico y su enfermo, cuando se desarrolla.

Ahora bien, es un hecho que todos conocen y a muchos alarma el que la entrevista médica se esté transformando, en la actualidad, bajo el impacto de la tecnología, en un proceso de "recolección de datos" a partir de una "fuente de información". El "clínico-computadora" es un aparato "programado" para recibir y organizar la información emitida por el "paciente-computadora" y para ejecutar las operaciones, también programadas, necesarias para llegar al diagnóstico y para, a continuación, aplicar los procedimientos, técnicas y manipulaciones apropiados para realizar la terapéutica. En esta relación, el enfermo se ha convertido en "cosa", en objeto y la relación médico-paciente es, entonces, una relación "objetivante"³ que contrasta con otro tipo de relación humana: la relación interpersonal. En efecto, aquella es una relación científica, técnica u operatoria y, por tanto, objetivante, ya que convierte en objeto al otro elemento de la relación, un objeto que se trata de aprender intelectualmente, manejar y manipular.

El problema de la "cosificación" del hombre ha ocupado, por supuesto, a numerosos pensadores y filósofos, pero quizá nadie ha elevado este problema y el de las relaciones interpersonales hasta convertirlo en el problema esencial del hombre, como Martín Buber.

Martín Buber es fácilmente, el máximo pensador judío de hoy, pero el impacto de su enseñanza se ha hecho sentir bien lejos de los límites de su comunidad. Todo teólogo cristiano importante y todo filósofo de la religión acusa la señal de su influencia. J. H. Oldham dijo de su clásico "Tu y Yo", un librito de escasas cien páginas editado en 1923: "Dudo que ningún libro publicado en el siglo actual haya tenido un efecto tan acuciante para la vida de nuestro tiempo". Profeta de los actuales tiempos, no sólo explicó que el sentido de la creatura humana se despliega en las tramas de lo dialógico, sino que reclamó con fir-

*Académico titular.

meza una disposición del hombre contemporáneo hacia el diálogo franco con su prójimo. La exhortación llevaba implícita una esperanza: la de que el hombre abierto al hombre, torne hacia la fuente de su ser y en esa conversión interior realice en la convivencia interpersonal lo que hay en él de específico y superiormente humano. Profeta del diálogo, hizo del verbo la esencia de la vida.⁴

En una sola frase: "Todo vivir genuino es encontrarse con..., entrar en trato con..."⁵ Buber resumió sus enseñanzas. "Encontrarse", en el sentido buberiano, significa abrirse, dejar de ocultarse tras un ritual o un código rígido; significa relacionarse de manera total con las demás personas y con la naturaleza. Es ésta la que Buber llama la relación "yo-tú". Implica un encuentro genuino, una relación recíproca que coloca al "yo" a tono con la vida. En marcado contraste, la relación "Yo-Ello" no es un verdadero "encontrarse", sino es una relación en la que el otro es tratado como cosa, para ser usado como objeto y no como sujeto, situado en el mismo plano que uno mismo.⁶

El diálogo es posible, dice Buber, si quienes intentan realizarlo tratan de percibir no sólo lo que se dice con palabras sino en ausencia de ellas. Para este filósofo, el verdadero sentido de la religión no es el refugio en otro mundo sino la respuesta al llamado que nos llega a cada instante en nuestra vida. Hay que escuchar tanto las voces habladas como las silenciosas para que quienes entablen el diálogo puedan, mutuamente, remover la barrera que suele interponerse entre dos seres humanos. "La humanidad de nuestro tiempo-dice Buber- se esta polarizando en dos extremos: individualismo y colectivismo. Una y otra posiciones tienen graves fallas: el individualismo entiende sólo a una parte del hombre y el colectivismo entiende al hombre sólo como parte. Ni uno ni otro logran abarcar al hombre como una unidad, como un todo. El individualismo ve al hombre sólo en su relación consigo mismo. Pero el colectivismo no ve al hombre, sino sólo a la "sociedad". Con el primero, la cara del hombre se distorsiona; con el segundo se enmascara". "El rasgo fundamental de la existencia humana no es el individuo aislado, ni el conjunto de individuos, sino el hombre con el hombre."⁷

Hasta aquí Buber. ¿Cómo transpolar sus pensamientos a la particular instancia de la relación médico-paciente? El mensaje clave es *escuchar*. La acción de escuchar es la médula, el centro, el corazón del proceso terapéutico y no meramente su punto de partida. Escuchar, lejos de ser el medio para alcanzar un fin, es, a menudo, el fin en sí mismo. Trátase, eso sí, de un escuchar activo, con la atención concentrada en todas las formas y vías de expresión del enfermo, y en la totalidad de la persona, y no sólo en el órgano enfermo.

En oposición franca a la actitud médica que prevalece: autoritaria, infantilizante, habrá que optar por

la actitud democrática en la que un "Yo" diferenciado y digno dialoga con un "Tu" respetado en su propia y distintiva identidad y nunca manejado como si fuera un objeto, un "ello". El diálogo entre el médico y el enfermo es un intercambio recíproco y, en consecuencia, si el médico reduce al enfermo a alguna de sus partes o a una enfermedad, si lo disminuye a sólo eso, se disminuye a sí mismo. En la medida en que el médico conceptualiza a su paciente como un aparato mecánico descompuesto o como un aparato emisor de información, en esa misma medida se desprende de su humanidad, de su integridad, de sus propias emociones, de su completitud. El médico resulta poseído por sus posesiones, encantado por su propia magia, cautivo de la máquina que pretende controlar.⁸

Freud dijo alguna vez que lo que cura no es lo que el médico le hace al paciente sino lo que el médico y el paciente se hacen mutuamente.⁹ Sobra decir que para encontrarnos verdaderamente presentes en nuestros pacientes, con la capacidad de escuchar lo que nos dicen, sin mecanismos de defensa que distorsionan, debemos empezar por conocernos a nosotros mismos, por reconocer nuestras propias vulnerabilidades y los recursos psicológicos que empleamos para defendernos de ellas. Somos siempre nuestro primero y último paciente.

Los médicos ignoramos u ocultamos de nuestra conciencia el efecto y la influencia que la enfermedad y el enfermo ejercen sobre nosotros. La relación médico-paciente constituye no solamente la oportunidad de hacer un bien al enfermo sino también la de que el médico madure y crezca. Aprendemos con ellos, aprendemos de ellos, no solamente acerca de ellos y los males que sufren, sino acerca de nosotros mismos. La enfermedad no es sólo un adversario, es una experiencia y una lección. La enfermedad y la experiencia del enfermar son parte del proceso de crecimiento y maduración de la persona. El enfermar es no sólo un mal transitorio que es necesario suprimir cuanto antes, sino algo que deje una lección, algo que ayude a profundizar en la comprensión de la vida. Debemos reconocer el papel de la enfermedad como una forma de crítica social pues es ella la que nos permite darnos cuenta del sistema de valores personales, familiares, comunitarios y culturales que han causado y mantenido la patología. Una vez obtenida la "curación", ¿a qué clase de vida devolvemos a nuestro paciente? ¿Debemos limitarnos a devolverlos al sistema patológico cultural, familiar y personal del que ha sido víctima o debemos ayudarlo a extraer una lección de su enfermedad, a entender lo que la enfermedad trató de decirle, a descifrar de qué cosa es, la enfermedad, una metáfora?

La era tecnológica en que vivimos los médicos de hoy no han logrado ocultar un fenómeno misterioso, una fuerza que, como aliada poderosa unas veces, o como enemiga implacable otras, juega un papel fun-

damental en el resultado final de la lucha en contra de la enfermedad y de la muerte. Demos a esa fuerza, mientras aguardamos a que los progresos de la ciencia nos descubran su verdadera esencia, permitiendo entonces darle un más atinado nombre, el de "amor a la vida" o, mejor, "el ansia de vivir".

¿Acaso no hemos sido testigos, los clínicos de todos los lugares y todos los tiempos, de innumerables casos que hacen evidente la existencia de esa fuerza?

El hombre que, tras fatigosa labor de muchos años, encuentra sus sueños rotos, sus esperanzas fallidas, su tarea fracasada, sus metas inaccesibles y se siente embargado por la desilusión; aquél que, por esas y otras razones, entre las cuales la más importante es la pérdida de un ser querido, experimenta sentimientos de desesperanza y desamparo, y aún aquel otro que habiendo alcanzado sus metas y habiendo llegado a la edad de la jubilación y el retiro, abandona la cotidiana brega y se enfrenta al vacío, a la rutina gris, a la ausencia de desafíos y de problemas; todos estos hombre y mujeres, ¿qué fácil es que enfermen, que no respondan a los esfuerzos terapéuticos que la ciencia les proporciona, y que mueran!

La estadística, poderoso instrumento que permite dar validez científica a las experiencias individuales, ha confirmado ese conocimiento universal. Aliada en cambio al hombre, el ansia de vivir hace milagros que la ciencia intenta atribuirse o que, con cierta modestia, trata de explicar. Una tarca urgente que apremia, un hogar cálido que espera y, sobre todo, seres a quienes se ama, instilan un oculto elixir y son el verdadero Rafael, el antiguo ángel hebreo, el dios de la medicina, el verdadero agente de la curación y la salud. Escondida en el "efecto placebo" de los medicamentos; volando en las palabras de aliento y optimismo del médico; transmitida por los ocultos caminos de la comunicación extraverbal; tonificada poderosamente por la fe y el amor; explotada artificiosamente por los hechiceros, los brujos y los charlatanes, ahí se encuentra esa fuerza poderosa, el ansia de vivir, sin cuya presencia aún ahora, en las postrimerías del siglo XX, el siglo de la ciencia y la tecnología, los médicos no hubiésemos podido ejercer.

Ya que el amor a la vida es poderosísima fuerza curativa, acaso la más potente de todas, ¿qué puede hacer el médico para movilizarla, para hacerla surgir, darle impulso, alentar su acción vivificante? Existe una condición *sine qua non*: el médico mismo debe ser poseedor de ese amor a la vida. A pesar de que su vida propia, puesto que es médico, transcurre "bajo la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los del alma", debe poder decirse diariamente, al principio y al final de la jornada, con honda convicción: ¡qué bella, qué buena es la vida!

La segunda condición es la existencia de esa comunicación total, amplia y abierta, entre el médico y el

paciente, a la que nos hemos referido en párrafos anteriores. Existe una tercera condición: el médico debe tener fe en su paciente. Fe en que aún exista en él, por escondido que se encuentre, el instinto de vivir. Fe, también, en sus cualidades ocultas, en su potencialidad creativa, en su capacidad de conocerse y aceptarse a sí mismo, en la posibilidad de enriquecer su propia existencia.

Poseedor de un secreto, el de la inevitabilidad de la muerte, el hombre esta solo y, por así decirlo, fuera de la Naturaleza. Pero la posesión del secreto es, al mismo tiempo, una especie de gracia, ya que señala a su dueño la importancia suprema de cada día, de cada minuto, del hoy y del ahora. Si otros olvidan esta verdad y llenan su mente de remordimientos por hechos pretéritos y de temores de desastres futuros, no debería olvidarla el médico nunca, y menos cuando se encuentre frente al paciente que ha perdido el amor a la vida. ¡Qué frecuente es que este tipo de enfermo haya vivido como si sólo existiesen el mañana y el ayer! Transmitir al paciente, con toda la fuerza de la convicción, con amor y amistad, la importancia suprema del único momento que en verdad puede vivir: ahora. Vivir el ahora no está reñido con la necesidad de acariciar metas e ideales. De lo que se trata es de que, si bien hay que escoger una vereda determinada, importa vivir y disfrutar cada paso. Quizá, como lo dijera Cervantes, sea más importante el camino que la posada. En todo caso, una de las tragedias de nuestra cultura occidental, de nuestra era tecnológica, es la pobreza de ideales que ofrece al hombre. En otras épocas eran el héroe, el santo, el hidalgo y el místico. Ahora la meta parece ser "un hombre o mujer bien adaptados, bien integrados". Invitar al paciente que ha perdido el amor a la vida a que, escudriñando en el interior de sí mismo, escuchando esas voces silenciadas, descubra sus propios y personales ideales, unos ideales que permitan que valga la pena luchar y sufrir con tal de tratar de alcanzarlos.

Hay otra tarea esencial del médico ante el paciente que ha perdido el amor a la vida: protegerlo de la soledad. La enfermedad y el dolor tienden a aislarlo. Aquellas fuerzas exteriores que antes lo sostenían: prestigio, posición social, se debilitan y se esfuman cuando se enferma. No le quedan a veces, más que su médico y sus recursos internos. El médico que, al hacerle sentir que lo acepta tal como es, sin reservas, le ayuda a perder el miedo de encontrarse consigo mismo. Y sus recursos internos, injustamente devaluados, y encargados ahora de las tareas de impulsarlo hacia la salud y la vida.

El descubrir, a través del contacto con sus pacientes, la fuerza y dignidad que tienen en su interior, su profundo altruismo y las cualidades positivas y valiosas que encierran, constituye la más sabia lección que pueda recibir el médico, y su más rica paga.¹⁰

1. LAIN ENTRALGO P.: *La relación Médico-Enfermo. Historia y Teoría*. 1a. Ed. Madrid. Revista de Occidente. 1964.
2. MARTINEZ CORTES F.: *¿Sirve para algo la historia de la medicina?* México. Editorial Seminario de la Medicina del Hombre en su Totalidad. 1981.
3. MARTINEZ CORTES F.: *Consulta médica y entrevista clínica*. México. Edit. Seminario de la Medicina del hombre en su Totalidad. 1979.
4. PILOSOFF N. y BUBER, M.: *Profeta del diálogo*. Montevideo Asoc. Hebrea Macabi. 1965.
5. BUBER M.: *Yo y Tú*. Buenos Aires. Ed. Galatea. 1956.
6. HODES A. BUBER, M.: *An Intimal Portrait*. Nueva York. Viking Press. 1971.
7. BUBER M.: *¿Qué es el hombre?* México. Fondo de Cultura Económica. 1949.
8. STEIN H. F. y TOWARD.: *A life of dialogue: therapeutic communication and the meaning of medicine*. En: Stein H. F. y Apprey M. Context and Dynamic in Clinical Knowledge. Univ. Press of Virginia. 1964.
9. ERIKSON E. H.: *Insight and responsibility*. N. York. W.W. Norton. 1964.
10. JNIGH H.: *El Médico, El Paciente y la Medicina*. México. Facultad de Medicina. UNAM. 1983.

III. EL REDUCCIONISMO CIENTIFICO

FERNANDO MARTINEZ-CORTÉS*

En medicina la maniobra mental llamada reduccionismo es el intento, casi siempre logrado, de reducir el proceso salud-enfermedad y la medicina a modelos contruidos con los conceptos, conocimientos y métodos de las ciencias biológicas.

Se trata de una deformación y a la vez mutilación de la realidad; ésta se deforma cuando se alteran ciertos aspectos de ella para que quepa en el modelo biomédico; se mutila cuando, siendo imposible la aplicación del recurso anterior, no queda más remedio que amputar o ignorar los hechos imposibles de ser abarcados desde el punto de vista de la medicina como biología.

En la maniobra reduccionista, el único que sale ganando es el médico. Este, al pisar un terreno firme, al descansar en conocimientos y métodos que más o menos domina, no entra en angustias; su *status* de científico no sufre menoscabo; el respaldo que le da la tradición, según veremos enseguida, y la organización preponderante de las instituciones médicas de ense-

ñanza, de investigación y asistencia de nuestros días, le impiden ver -o le permiten negar- que el campo del modelo biomédico no abarcó toda la realidad con la que tiene que ver la medicina.

El modelo biomédico de enfermedad también llamado biológico-lesional, comprende por lo menos tres procesos: El primero es el de la etiología y patogénesis; el segundo es el de la lesión o alteración de moléculas, células, órganos, etcétera, del cuerpo humano y de sus respectivas funciones; el tercero es el de las manifestaciones clínicas y paraclínicas, o sea de los síntomas, signos y datos de laboratorio o gabinete que están determinados, rígidamente determinados, por la patología, entendido este término en su cobertura actual.

Pasaré revista a dos o tres de los principales acontecimientos que a través de la historia de la medicina han consolidado al modelo biomédico de enfermedad, hecho que puso en evidencia el carácter reduccionista del modelo biológico-lesional de enfermedad. Finalmente mencionaré la teoría general de los sistemas, herramienta que nos permite ampliar el modelo biológico-lesional de enfermedad e integrar el modelo biopsíquico y sociocultural de los problemas de salud que incluyen como se verá enseguida, la enfermedad según el modelo biológico-lesional y lo que hemos venido llamando padecer de carácter médico, o en forma más corta, padecer médico. Esto es fundamentalmente un proceso psíquico, social y cultural.

En los albores del siglo XIX Xavier Bichat propone el concepto de tejido como unidad anatómica y funcional del cuerpo humano, y dice que la enfermedad no es sino la alteración de la morfología y la función del tejido. Agrega Bichat que para que la medicina sea una ciencia, por lo menos deben conocerse estas alteraciones. Así nace la anatomía patológica como base de la medicina científica moderna.

Casi por el mismo tiempo, el clínico Nicolás Corvisart dice que el objeto de la medicina no es estudiar en el cadáver las alteraciones anatomopatológicas, sino descubrirlas en el hombre vivo para aplicar la terapéutica adecuada.

Por eso Corvisart desenterró del olvido, publicándolo muy enriquecido con notas propias, el folleto sobre la percusión que había publicado Auenbrugger; por eso Corvisart, al decir de su discípulo Laennec, consultaba el corazón de los enfermos "poniendo la oreja muy cerca del pecho".

En 1819, con la publicación del libro de Laennec sobre la auscultación mediata y las enfermedades del tórax, se afirma y se completa el modelo biológico-lesional de enfermedad. El deseo de Corvisart lo satisface Laennec al descubrir o precisar en todo su valor semiológico el dato clínico que desde entonces se llama signo físico.

El signo físico pone en contacto directo al médico con la lesión anatomopatológica. El soplo o el estertor que Laennec escucha a través de su rudimentario es-

*Académico titular

tetoscopio, le permiten *ver* lo que está pasando en la intimidad del tórax.

Laennec es muy categórico: Para diagnosticar las enfermedades basémonos en los signos indudables y dejemos a un lado los síntomas que no son más que alteraciones de las funciones, o en muchos casos, producto de la imaginación o sensibilidad del enfermo.

Tal consigna de Laennec es claramente reduccionista, aun en el campo de la biología misma. En efecto, dentro de ésta, la enfermedad se reduce a la lesión anatomopatológica y se deja fuera la función alterada. Pero lo que más nos importa subrayar es la exclusión de los síntomas que resultan de la imaginación y de la sensibilidad del paciente, o sea todo aquello que resulta del carácter de la persona, de sus experiencias, de sus esperanzas y temores, de su acervo cultural y de su condición social.

La consigna de Laennec cae en terreno propicio. Unos 30 años después, o sea alrededor de la mitad del siglo XIX, lo vendrá a abonar Claudio Bernard, tanto por lo que dice en su *Introducción a la Medicina Experimental*, como por lo que enseña en su curso de medicina fisiológica o medicina científica en el Colegio de Francia.

La inmensa obra bernardiana puede sintetizarse en los siguientes asertos:

Primero, introduce la función al concepto de enfermedad. Al lesionar intencionalmente ciertos órganos o puntos del cuerpo del animal de experimentación y registrar las alteraciones que consecuentemente sufre la función correspondiente, está demostrando que el sustrato de la enfermedad es alteración tanto de la estructura como de la función, y que habitualmente una es consecuencia de la otra. Además, Bernard precisa el curso que ha seguido la medicina, dentro del cual nos interesa recordar la etapa observacional precediendo a la etapa experimental. A partir de ahora la medicina experimental es sinónimo de medicina científica y tiene un método de operación manual y de racionamiento, llamados respectivamente método experimental y racionamiento experimental.

Finalmente, Bernard claramente dice que la práctica de la medicina es una y la medicina científica es otra. Agrega que él ha empeñado todos sus esfuerzos en el desarrollo de la medicina fisiológica o medicina científica, y que espera que en un futuro próximo ésta sea el fundamento de la práctica de la medicina, aunque aclara que el médico que trata con enfermos hace muchas cosas que no corresponden a la ciencia, pero sí a lo moral y a lo social.

Una vez más estamos ante el reduccionismo biomédico. Así como para Laennec la práctica de la medicina es el descubrimiento por signos ciertos y seguros de la lesión anatomopatológica, y lo que importa es lo que el médico escucha, palpa o percute y no lo que el enfermo dice, para Bernard el ejercicio de la medicina es la puesta en práctica de la medicina expe-

perimental según el modelo descubierto en el animal de experimentación.

Terminaba el siglo XIX y moría el clínico Jean Marie Charcot. Con él había trabajado Freud, quien había sido testigo de la manera como Charcot manejaba a los histéricos y había estado al tanto de las ideas del maestro de la Salpêtrière respecto al origen de esta enfermedad. La histeria -decía Charcot-, se debe a una degeneración del sistema nervioso, principalmente del cerebro, en la que la herencia juega papel importante.

Freud no pensaba así; y cuando escribe sobre este asunto con motivo de la muerte de Charcot, dice: "Claro, Charcot no podía pensar de otra manera puesto que venía de la anatomía patológica"

En efecto, este clínico había sido primero profesor de dicha materia y a ella reducía el problema que sería una de las picas puestas en el Flandes del reduccionismo biológico.

Finalmente, y ya estamos en nuestro tiempo, la teoría general de los sistemas nos ha ayudado a entender al hombre como un gran sistema constituido por subsistemas que van desde las partículas subatómicas hasta la sociedad y cultura.

En esta ordenación jerarquizada, la biología es capaz de explicar lo que sucede en la salud y en la enfermedad desde las estructuras subcelulares hasta el organismo o cuerpo humano como un todo, pero desde el subsistema siguiente que es el de persona y los que enseguida vienen: familia, comunidad, sociedad y cultura, son otras ciencias las que nos ayudarán a conocer su estructura y función en la salud y en la enfermedad. Como ya antes quedó apuntado, el modelo que abarca en su totalidad el proceso salud-enfermedad del hombre, tiene que ser biológico, pero también psíquico y sociocultural y comprender dentro de los estados patológicos a la enfermedad y al padecer médico.

En términos generales, podríamos decir que el padecer médico está constituido por las reacciones subjetivas y objetivas del paciente, las cuales están conformadas por las características de su estructura psíquica, en especial por sus experiencias sobre la enfermedad, por su condición social y por la cultura a la que pertenece. A partir de ahora, el médico debe hacer dos diagnósticos y prescribir dos terapéuticas. Uno va dirigido a la enfermedad y otro al padecer médico.

Al reduccionismo biológico en medicina lo debemos ver como un anacronismo, como la persistencia de algo que si bien abrió las puertas a la medicina científica moderna, en la actualidad se ha convertido en una rémora ante el despliegue de la medicina hacia lo que ésta debe ser en la actualidad.

Las razones o motivos por los que aún en nuestros días está vigente este tipo de reduccionismo ya fueron apuntadas al principio de esta exposición.

IV. ¿ES INCOMPATIBLE LA PRACTICA DE LAS ESPECIALIDADES MEDICAS CON LA MEDICINA HUMANISTICA?

JOSÉ LAGUNA*

Las especialidades médicas son, en principio, una consecuencia del advenimiento de tecnologías de alta complejidad; a saber tecnologías diagnósticas: estudios por imágenes, determinaciones inmunoquímicas y de enzimas circulantes y mapas cromosómicos; terapéuticas: trasplantes, microcirugía y rayos láser, o rehabilitatorias: implantación de órganos artificiales, robots para la visión o la locomoción. El disponer de tan variados procedimientos ha cambiado la antigua práctica de la medicina, con su perspectiva integral, estrecho vínculo de la relación médico-paciente y su enfoque individualista para cumplir las históricas tareas de prevenir las enfermedades, aliviar los sufrimientos e impedir la muerte prematura.

Las innovaciones tecnológicas irrumpieron con gran fuerza en la década de los años 40, después de la Segunda Guerra Mundial y aunque representan el resultado de los grandes avances de la investigación biomédica constituyen, en rigor, la expresión de un fenómeno económico, una forma de invasión del gran capital industrial y financiero. Una consecuencia inmediata ha sido la del acelerado e irrefrenable costo de la operación de los servicios; se calcula que más de la mitad del gasto en salud es debido a la aplicación, justificada o no, de distintos procedimientos tecnológicos.

La práctica de la medicina y el consecuente empleo de las tecnologías ocurre en el ámbito de los niveles de atención: el primario, a cargo del médico general, dependiente del uso de tecnologías comunes y sencillas; el secundario, prestado por especialistas, tributario de tecnologías de mayor complejidad, típicas de las ramas troncales, la medicina interna, la cirugía general, la pediatría y la ginecoobstetricia y por fin, el nivel terciario, a cargo de subespecialistas, con alta complejidad tecnológica, elevado costo e íntimamente ligado a la investigación biomédica; se trata en esencia, del campo de frontera del avance de las ciencias médicas.

Los niveles de atención definen la orientación de la práctica médica. En el nivel primario se reconocen las características multifactoriales del proceso salud/enfermedad; en él se identifican y resuelven infinidad

de problemas médicos pero se atienden también otros asuntos de carácter individual o social como son ciertos aspectos de la nutrición, de la educación para la salud, la higiene personal y colectiva, la sexualidad y la planificación familiar, las relaciones del individuo con su ambiente, la salud mental. En el nivel primario se acepta la responsabilidad de influir en el estilo de vida individual, en los hábitos alimenticios, el consumo de bebidas alcohólicas o del tabaquismo, la actitud ante el ejercicio o las preocupaciones, etc. Este enfoque incide en el cuidado de problemas personales, familiares y sociales. Es una medicina con espíritu de servicio, con genuino interés por el prójimo, por identificar sus problemas y ayudarlo a que los resuelva; es en fin, la medicina humanística por antonomasia.

Tratándose de especialistas, sea del segundo o del tercer nivel, confluyen diversas circunstancias para conformar su personalidad. Todos ellos han recibido un entrenamiento largo, de 3 a 7 años, durante el cual gran parte del tiempo se dedicó al dominio de las tecnologías diagnósticas o terapéuticas, que les permitieran abordar problemas médicos concretos, casi siempre de tipo biológico y orgánico. El entrenamiento del especialista tiende a que su mayor preocupación sea la enfermedad y no el enfermo. Su educación se orienta a la solución de problemas para los que hay tecnologías disponibles. Enormes grupos de pacientes para los que no hay tecnologías quedan sin atención: enfermos congénitos, enfermos mentales, subnormales, muchos inválidos, los ancianos y en general, por razones económicas los marginados.

El medio en el que se mueve el especialista es el consultorio de referencia y el hospital, recinto de alta tecnología, gabinetes y laboratorios, equipo e instrumental de alta complejidad y proclive a la despersonalización. En estos sitios el prestigio personal se dilata; además del servicio a escala de excelencia, hay tareas educativas de alto nivel y, a menudo, se realizan investigaciones básicas o aplicadas. Aunque los especialistas, a lo largo de su vida sólo atienden a un pequeño número de pacientes y tienen en realidad escaso impacto sobre la salud de la población en general, los mueven motivaciones muy peculiares, como el orgullo profesional para realizar su trabajo con el más elevado nivel de excelencia; el reconocimiento tanto de sus pacientes como de sus compañeros, maestros y alumnos; buscan ingresos económicos elevados, lo que refuerza, en esta cultura de alto respeto a los valores económicos, su prestigio e imagen y por fin, disfrutan de ciertas ventajas marginales, imponen condiciones, horarios, tipo de consultas, uso de hospitales, etc.

El énfasis en la enfermedad y no en el enfermo como un todo, la dependencia de los procedimientos tecnológicos, deterioran en el caso de los especialistas, la correcta relación médico-paciente; a menudo se olvida que el enfermo es un individuo angustiado, inti-

*Análisis titular.

midado por los hospitales, los laboratorios, los gabinetes, los quirófanos y los propios especialistas. Se pierde la percepción de que todo paciente es una mezcla de problemas biológicos, psicológicos y sociales, que se mueve en un ambiente al que debe rechazar, modificar o adaptarse. Con frecuencia no se le da la debida importancia a las relaciones del enfermo con su ambiente, su trabajo, su educación y cultura, sus relaciones con la familia, sus temores y esperanzas.

En el ejercicio de la especialización aparecen con gran frecuencia las interconsultas; en efecto, el paciente es referido a otros especialistas, a su vez poseedores de diferentes habilidades tecnológicas y se favorece así una situación que debilita las relaciones interpersonales, base del acto médico. El especialista consultado puede aportar alguna luz a la solución del caso pero también puede, como sucede a menudo, reconocer que el problema médico por el que es consultado está fuera de su incumbencia. En todo caso, las actividades señaladas están alejadas de un enfoque integral. Esto no es una crítica a la especialización, de hecho, el especialista actúa con frecuencia como un consultante; en la Gran Bretaña, por ejemplo, tal es el nombre que reciben *consultants* en oposición a los *general practitioners*. El especialista interviene en la atención episódica de problemas médicos más o menos definidos; no proporciona atención continuada a los pacientes y por tal motivo dificulta las posibilidades de establecer un trato personal estrecho, integral, humano con el paciente. Cuando los especialistas atienden enfermos crónicos y sostienen una relación constante con el enfermo preparan las condiciones para la práctica de una medicina integral.

Otra característica, ésta más bien reciente, de la práctica de las especialidades se advierte en los grandes conglomerados urbanos, con sus centros médicos, hospitales de concentración y referencia y un trabajo médico con grandes presiones de tiempo y recursos. El resultado es que tanto en la medicina institucional como en la privada se observa la tendencia hacia el tono empresarial de los sistemas médicos; el médico insensiblemente va convirtiéndose en un empleado de organizaciones con vocación comercial; nuestro futuro apunta a que la medicina formará, cada vez más, parte del mundo de los negocios, eficientes, rentables, egocéntricos, alejados del espíritu humanita-

rio, lleno de curiosidad e interés por el prójimo, sin más móvil que satisfacer un afán de servicio. El enfoque humanista -el ser humano en su integridad como centro de nuestras preocupaciones- implica la perspectiva total, tomando en cuenta al individuo y a su ambiente; el enfoque humanista es educador, trata de que el individuo se relacione mejor con el medio, que refuerce sus buenos hábitos, cambie sus conductas perjudiciales; el enfoque humanista requiere ganarse la confianza del paciente y es la única opción para influir en ciertos aspectos de la patología médica convencional y para penetrar en esos nuevos y amenazantes problemas de la llamada patología social, las violencias, el alcoholismo, la farmacodependencia, los accidentes, etc.

Después de estas consideraciones volvamos a la pregunta motivo de esta presentación: ¿es posible que un especialista educado y entrenado para dominar los aspectos tecnológicos de la medicina pueda interesarse en establecer relaciones estrechas con un paciente cuyo estudio y manejo debe realizarse desde una perspectiva humanística integral?

La realidad es que las acciones médicas son muy variadas y diferentes y en muchas ocasiones el especialista, actuando como experto puede realizar su tarea con la máxima efectividad sin proporcionar una atención integrada, tal como ocurre constantemente en la cirugía de urgencias o los cuidados intensivos. En el caso de los pacientes habituales de la consulta ambulatoria o cuando éstos son hospitalizados, o en la atención de enfermos crónicos, es altamente criticable la postura estrecha, tecnificada, despersonalizada, por tradición y educación muy opuesta a la esencia del acto médico; el cual depende de una buena historia clínica, sea la convencional o alguna variante como la orientada a problemas de Weed. La historia clínica debe ser completa y precisa y debe registrar todos los asuntos; biológicos, psicológicos y sociales. La historia clínica es la mejor oportunidad para que el médico, especialista o no, tenga el enfoque global tan necesario para comprender al enfermo y sus relaciones con el ambiente.

Dicho esto reformulamos nuevamente la pregunta: ¿es posible que un especialista haga una buena historia clínica? ¿es posible que un especialista que hace una buena historia clínica preste la atención que requiere su paciente? Los especialistas tienen la palabra.

V. SALUD Y JUSTICIA, EMERGENCIAS UNIVERSALES.

MANUEL VELASCO-SUÁREZ*

Con la carrera de las armas, la violencia, el terrorismo y la absurda renovación de los arsenales nucleares, no podremos responder a los imperativos de la salud y vida... justicia y paz que son llamadas de urgencia universal.

Ante la injusticia social y los crecientes dispendios en experimentos explosivos y el gasto de 800 mil millones de Dlls. en armas nucleares, los médicos que por vocación debemos luchar contra la muerte no podemos seguir indiferentes.

Un nuevo juramento en el Neohipocratismo incluiría defender la vida en el planeta tierra.

Combatir el desarrollo con injusticia, la sobrepoblación con desempleo y el hambre, pero sobre todo la violencia con arrogancia y el manejo de armas nucleares que han provocado la alteración de aspectos irreversibles, del ambiente y de la vida en todas sus formas.

Por primera vez la especie humana ha alcanzado la formidable capacidad de destruirse a sí misma y comprometer para siempre el sistema ecológico que sostiene la vida.

Nuestra negligencia ha hecho que no pensemos en la posible realidad de catástrofes que se avecinan y pudieran ser todavía prevenibles.

Para sobrevivir, es urgente cambiar nuestra actitud y modo de pensar. Estos cambios requieren conocimiento, conciencia del problema y voluntad para actuar.

Aceptemos en primer lugar que a través de la evolución humana, la historia demuestra que la capacidad y eficiencia del hombre han sido usados para: Adquirir bienes, defenderlos, lograr poder para ampliar la influencia, preservarse y progresar en la expansión, etc.- En todo esto la guerra ha sido el último árbitro para arreglar diferencias entre los hombres y las naciones a pesar del talento y los atributos cerebrales para el razonamiento de que dispone la humanidad.

No sería del gusto de Max Plank que sus Pakets, Quanta o Photones sobre apoyos de Kepler... se extendieran con la teoría de Bohr quién decía a Einstein que no se insistiera en enmendarle la plana a Dios... para llegar a liberar, "antes que al Hombre" la fuerza atómica inmanejable después de la fisión y fusión nucleares...

Hoy parece ser que la preparación para la guerra es un factor intrínseco de la cultura humana, pero ahora mismo estamos testificando:

- 1) Que todas las armas convencionales y por lo tanto la guerra misma está llegando a ser obsoleta.
- 2) Que no se podría pelear y menos ganar en escala total con armas nucleares que destruirían la civilización y pondrían en peligro la vida en todos los niveles de la biología terrestre.
- 3) Que tampoco sería posible una guerra nuclear limitada. La menor detonación en los arsenales nucleares existentes desataría el "invierno nuclear" con las naturales desgracias de extinción para el hombre, su medio y casi toda la vida.- Mucho menos podría pensarse en una Guerra Mundial de armas convencionales, pues las superpotencias recurrirían a la escalada nuclear, para ser congruentes con el criterio militar que lo importante no es morir sino no perder... estamos confrontando los riesgos de una última pandemia, de la última enfermedad que debemos prevenir. La voluntad para actuar requiere de decisiones individuales y de grupo, de los médicos para prevenir la muerte colectiva y dejar de caminar en la oscuridad de la indiferencia que puede rayar en la abstención irresponsable.

Evadir una decisión, es decidir, ocultar la importancia de un asunto es también decidir. Hay muchas maneras de decir NO, una sola de decir SI y ninguna para decir algo diferente o intermedio...

Debemos poner en servicio nuestra experiencia y vocación con una nueva actitud frente a todo lo que ha cambiado en esta era termonuclear, para revisar principios morales incommovibles y nuevas opciones éticas para actuar de acuerdo con la convicción de que todos los hombres nacen y mueren iguales, que en el transcurso de la vida siendo iguales, blancos o negros, mujeres u hombres creemos desigualarnos injustamente a pesar de los derechos civiles y capacidad de resolver nuestras diferencias con buen juicio y sin violencia.

En este proceso debemos constituirnos como una fortaleza de la justicia y la razón para los pueblos del mundo, hasta alcanzar la ciencia de una sola humanidad con todas las razas, religiones, ideologías políticas, nacionalidades, etc.

Trabajando con y para una sola conciencia humana incluiríamos en nuestro trabajo diario la protección de la vida en la tierra, la cooperación para la protección de la salud de todos y la construcción de la paz en la justicia.

Toda la inteligencia, la asociación activa de las mentes más lúcidas en medicina requieren del ejercicio de la vocación para no frustrar a la humanidad

* No soy médico militar

que espera protección de aquellos a quienes confió la vigilancia de la vida y el cuidado de la salud... hoy en emergencia.

Por otra parte la injusticia en que vivimos no puede perdurar y se hace más evidente cuando se gastan tantos talentos y recursos económicos en detrimento del bienestar social de la salud desviando sus esfuerzos científicos y tecnológicos en instrumentos de genocidio.

Los gastos en armas sofisticadas especialmente nucleares se hacen con el robo de recursos que debieran ser para la salud y seguridad social del hombre.

Es preocupante la negligencia frente a la pérdida del respeto a la vida humana y la indiferencia, que parece jugar un papel destacado, en la patología social de la decadencia. No hay equivocación posible acerca de los efectos de la descomposición moral de una sociedad materializada, en el egoísmo del comercio y la economía del agio cuando los sistemas hegemónicos de la política fuerte, usan el átomo como factor omnipresente de disuasión por el terror...

Las reglas empíricas que gobiernan la práctica del hombre no bastaron para impedir el fracaso recurrente de la muerte por la guerra ahora aún en el caso de una pseudo-regional conflagración nuclear.

Aun la orgullosa precisión de los físicos-matemáticos nunca representará un criterio suficiente para controlar la multitudinaria fuerza de protones y neutrones desencadenados contra la vida.

Se está oponiendo la degradación de la materia en el átomo a la acción integracionista más evolucionada de la célula nerviosa, como unidad del intelecto... ¿Cuál de las dos prevalecerá?... ¿con quién lograremos la sobrevivencia?... ¿Cuál servirá más al médico para prevenir y luchar contra las enfermedades y promover la salud?... y ¿que hablar de la justicia como voluntad permanente de dar a cada quién lo que le corresponde y tiene derecho a disfrutarlo? (Justiniano)...

Nadie podría sobrevivir a un holocausto nuclear y en vez de cerrar los ojos frente a la realidad debemos juntar nuestras voces y luchar con la osadía de ser hombres.

Adendum

La Federación Mundial de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear galardonada con el Premio UNESCO 1984 y el NOBEL DE LA PAZ 1985, agrupa en más de 40 países a 150,000 Médicos (aprox.) que estamos trabajando por la PAZ y el desarme.

Aprovecho la oportunidad para invitar a todos Uds. miembros de la Academia Nacional de Medicina a formar filas activas con Médicos Mexicanos para la Prevención de la Guerra Nuclear, A. C.

No es posible que sigamos negligentes y casi cómplices del armamentismo cuando cada dos segundos muere un niño en el mundo de enfermedades que pueden prevenirse con sólo llevarles agua potable, alimentos y vacunación.

Lo que se gastó en armas en 1985 es equivalente al total de la deuda que tiene estrangulados a los países pobres frente a sus acreedores ricos (800 billones de dólares), también equivalente al PNB de todos los países en los que viven el 50 por ciento de los pobres.

En armas se gastan 2,000 millones por día; 100 millones por hora; 1.5 millones por minuto; 25,000 dólares por segundo.

El costo de una hora-gasto en armas es equivalente al gasto que se realizó en 20 años para erradicar la viruela.

El gasto de 12 horas-armas es equivalente al costo de la inmunización mundial de niños contra enfermedades infecciosas.

El costo de 4 días-armas sería suficiente para erradicar el Paludismo, primera causa aparente de mortalidad en el mundo.

Con el gasto que se hace en armas durante 6 meses se podría resolver el déficit alimenticio y sanitario de los países en desarrollo.

El costo de 3 horas-armas es igual al presupuesto de un año de la OMS (250 millones).

El médico debe demostrar su vocación y la posición de su ética profesional constantemente, pero sobre todo ahora que los valores morales requieren de su presencia, máxime cuando la vida en el planeta está en peligro.

Hay muchos otros puntos en la agenda del médico humanitario que no deben soslayarse como es la violencia abusiva en el crimen terrorista y el genocidio.

El Neohipocratismo habrá de sentirse muy lesionado cuando entre los "técnicos de la tortura" figuren a veces médicos que registren los signos vitales de la víctima y la validez de las convulsiones y hasta la inconciencia provocada a "efecto de no llegar a la muerte".

Una de las razones expuestas por el Dr. Egil Aarvick, Presidente del Comité Noruego para el Premio Nobel durante su entrega en Oslo fue que, a los médicos se les escogió para recibir este galardón, "como a un grupo y a una profesión que no es conocida por hacer daño o crear temor, sino por proteger la Salud y la vida ofreciéndose siempre con amor a sus semejantes. Su servicio en bien del sagrado don de la vida, basado en la certidumbre de su vocación, la preparación científica, conocimientos y experiencia y razonamiento lógico para aplicar su sentido común con humanitarismo y compasión... por lo tanto, dijo, nosotros escogimos al médico no sólo en relación con nuestra salud individual y bienestar, sino también por su elevada actitud moral y ejercicio de sus motivaciones superiores, cuando identifica los riesgos de

una Guerra Nuclear como la última enfermedad que podría acabar con la humanidad y la vida"...

El Comité Nobel para los Premios de la paz a través de los años ha considerado a personas, grupos o entidades que han trabajado en distintos aspectos del bienestar humano con finalidades de paz, como es el alivio del hambre y la miseria, el soporte a millones de refugiados, las luchas contra la discriminación (Apartheid) la promoción de la justicia y de los derechos humanos.

En esta ocasión el Comité señaló: "el más grande y fundamental de todos los derechos humanos, es el derecho a la vida en el presente y para las generaciones por venir y esto está en peligro... por lo tanto, se concede el Premio Nobel de la Paz 1985, a los médicos que han concentrado su atención, su trabajo y actividades para movilizar en favor de la vida, la cultura y la civilización, todos los poderes a su alcance, estimulando la buena voluntad de hombres y mujeres, jóvenes y niños para prevenir la Guerra Nuclear y despertar nuestra conciencia frente a los riesgos de la aniquilación"...

La tragedia o el triunfo de la razón, diría el Maestro Fournier: tienen en medio al médico y éste siente la presencia de la espada de Damocles...

El brutal almacenamiento de armas nucleares y el peligro de los arsenales, pero sobre todo la desconfianza entre las superpotencias puede producir la guerra no necesariamente planeada sino por accidente, por error o por falla de alguna de las computadoras en las que casi se ha confiado la dignidad del hombre, de la vida en el planeta y hasta del destino en las galaxias.

VI. DESARROLLO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. UNA PROPOSICIÓN PRÁCTICA

ROGELIO GALLO*

El taller llamado de desarrollo de la relación médico-paciente fue diseñado para el estudiante de medicina.

Su elaboración ha llevado los últimos tres años de labor, intensiva, de un grupo multidisciplinario de la Universidad de Guadalajara, teniendo los siguientes objetivos. Ampliar, perfeccionar y hacer más explícita la relación médico-paciente al considerar los aspectos económicos, culturales y políticos de los médicos y otros trabajadores de la salud, que deba ser congruente con los de la población de nuestro país tanto sana como enferma.

Es este último un camino muy transitado últimamente en la información, sin retorno, dentro del ambiente político-médico, al grado que suenan como palabras ambiguas y huecas.

El grupo intenta el ejercicio de la praxis de estos interesantes conceptos.

Identificación de un problema fundamental

Se ha identificado un problema específico dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje. El médico, al egresar de la Facultad de Medicina, ha adquirido un enorme bagaje de información y ha practicado sus habilidades sobre las enfermedades orgánicas. Se le ha proporcionado alguna teoría y práctica limitada sobre la comunidad y sus necesidades, pero dentro del currículum actual de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara y en otras muchas instituciones médicas, sólo se dedican explícita y particularmente cuatro horas a analizar teóricamente las funciones de la diada médico-paciente.

En la actualidad el aprendizaje de la relación médico-paciente en su nivel emocional, se obtiene únicamente durante la práctica clínica en forma intuitiva y por el método de ensayo y error. No existe un sistema de adquisición de tales habilidades sino por identificaciones sucesivas con médicos, muchos de ellos especialistas, que son sus instructores y a quienes el estudiante observa mientras trabaja en hospitales o en la consulta de centros de salud. Dichos instructores, aun con su mejor voluntad, de ordinario no sistematizan el deseado análisis de la relación médico-paciente, por que a su vez tampoco tuvieron la oportunidad de cultivarla durante su formación.

En resumen la relación médico-paciente se esboza, se enfatiza su importancia, pero no se analiza; tampoco se adiestra al discípulo en su *modus operandi*.

*Académico numerario. Facultad de Medicina - Universidad de Guadalajara.

Si utilizamos como marco de referencia la mayoría de los modelos de atención para la salud, encontraremos que en última instancia el módulo básico operacional, su aplicatividad y desarrollo, descansará en la diada de médico-paciente y si ésta no funciona, todo el programa queda en el aire.

Es la unidad, el cimiento profundamente humano -no teórico- en donde subyace la práctica médica de cualquier modalidad.

Enfermos "psicosomáticos" con patología psicofisiológica.

El estudiante de medicina egresa de la escuela y se enfrenta a un cúmulo de pacientes, a los cuales no les acomoda ninguna etiqueta con nombres de enfermedades que conlleven alteraciones orgánicas demostrables y que se estudiaron con tanto ahínco y acuciosidad durante la carrera.

Múltiples investigadores de los más diversos países calculan que un promedio de 50 por ciento de los enfermos que acuden a un médico, general o especialista, padecen una patología funcional, de origen psicofisiológico, psicosomática, desencadenada por el estilo de vida, stress y enfermedades autodestructivas como obesidad, tabaquismo, alcoholismo, etc.

El informe nacional de terapéutica y enfermedades número 18 de 1982, México (I.N.T.E.) nos dice que de 71.602,000 consultas administradas por 52,720 médicos, computadas de enero a diciembre de 1982, 25 por ciento fueron clasificadas como trastornos funcionales, psicofisiológicos, psicotensionales.

El médico se enfrenta a estos pacientes y estará condenado al fracaso en la mayor parte de los casos, pues utiliza técnicas aprendidas para trastornos orgánicos. Entonces surgen algunas actitudes del médico, para evitar la frustración. Al paciente se le etiqueta falsamente de simulador, hipocondríaco, neurótico y a veces llegamos a despreciarlos, para mantener o aumentar nuestra autoestima. (Frenk-Westheim).

En los casos de patología funcional, las técnicas terapéuticas que deben utilizarse son especiales y se encuentran bien diferenciadas y desarrolladas. Fundamentalmente se deben conocer los mecanismos psicosociales de las relaciones humanas en todos sus niveles, comunicativos, estructurales, etc. Generalmente estas técnicas no son estudiadas en el transcurso de la carrera de medicina.

En algunos de estos casos la palabra cura, (Michael Balint) pero también la palabra enferma (Clemente Robles) como lo hará un médico deprimido, hostil, frustrado.

También las relaciones humanas curan: Curarse por relaciones humanas, suena a idealismo kantiano, pero en su apoyo viene la demostración práctica más espectacular, que ha dado el grupo Alcohólicos Anónimos, hasta ahora insuperado por el médico.

Para que el médico pueda ser útil a este tipo de pacientes, con patología no demostrablemente orgánica tiene que conocerse a sí mismo profundamente, si no, confundirá sus propios problemas, con los de esos enfermos, produciéndoles un caos, al utilizarlos en su propio beneficio psicológico o económico.

Método científico

En el taller Desarrollo de la relación médico-paciente, en cada actividad se sigue el método con el cual se ha desarrollado, por ejemplo: el lenguaje ambiguo, con el método estructuralista (Levy-Strauss) el lenguaje corporal con método experimental (de Lorenz, Timbergen), los mecanismos de adaptación y defensa en la relación médico-paciente, con el método psicodinámico (Freud). Los aspectos económicos y de modelos de atención médica con el método del materialismo histórico, etc.

Técnicas

El taller para el desarrollo de la relación médico-paciente, se constituye como un grupo operativo, con características especiales. Es autolimitado en su profundidad, por el mismo grupo, evitándose así, en lo posible, la iatrogenia sobre él mismo.

Se constituyen mesas con seis alumnos cada una con un monitor. Trabajan en equipos, y tiene evaluación continua.

La información se introduce por medios audiovisuales e investigación, y el alumno realiza trabajos de campo. El taller no constituye una gran carga de horario.

Antecedentes

De los pocos antecedentes de grupos con los mismos objetivos debemos mencionar a los grupos Balint.

El doctor y la doctora Balint, crearon en Inglaterra un grupo universalmente conocido. En dicho grupo -limitado a médicos- se analizan casos clínicos, guiados por un psicoanalista. Fundamentalmente se investigan las reacciones emocionales del médico ante el enfermo. Su propio narcisismo -con su consecuente sensación de omnipotencia- su agresividad, su dependencia, etc. Todos colaboran al autoconocimiento: son grupos extraordinariamente productivos. Desafortunadamente se hace necesario personal guía altamente especializado. Son grupos de análisis profundo con duración mínima de 2 años y con reuniones que totalizan varias horas semanales. Ideales en muchos sentidos, resultan difíciles de desarrollar ampliamente en la población médica.

El taller

El taller para el desarrollo de la relación médico-paciente, básicamente contiene 3 módulos.

Autoevaluación de la salud

Un principio básico de nuestro taller consiste en ejercer la doblemente milenaria exigencia griega "conócete a ti mismo" como condición y punto de partida para reconocer y valorar los objetos que nos rodean.

El ejercicio de la medicina se estructura en la diada médico-paciente, cuya energía de relación corre en ambas direcciones.

Médico-paciente

Si vamos a estudiar la relación médico-paciente debemos comenzar por estudiarnos a nosotros mismos.

En la Facultad nos envían a estudiar a familias de la comunidad, esa observación objetiva con frecuencia contiene los filtros emocionales, de la ciencia y técnica. Solo si previamente estudiamos nuestra propia funcionalidad y estructura familiar, nos habremos de involucrar profunda y emocionalmente en la metodología, del quehacer médico. Durante toda la carrera estudiamos, "con lupa", a los pacientes y a la sociedad pero nunca a nosotros mismos.

La autoevaluación se ha tecnificado. (Teoría de la autoevaluación) Webster, Sobieszek. Durante el taller los alumnos se autoaplican, una serie de escalas e inventarios sobre su salud física y psíquica. Algunos diseñados por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), otros por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) y algunos más por diversas universidades, aunque la mayoría de esas escalas de autoevaluación han sido originadas y perfeccionadas por los mismos estudiantes de nuestros talleres anteriores.

Son inventarios, guías para hacer un autoanálisis sobre el nivel de salud física y mental. Hábitos alimenticios y calidad de nutrición, ambiente de trabajo, recreación y vida familiar. Estas escalas e inventarios, no son calificaciones ni pruebas, son únicamente instrumentos de autodiagnóstico del estilo personal de vida.

La mayoría pueden ser contestadas en forma anónima lo cual hace posible ver los niveles de salud física, y de depresión emocional, así como los hábitos autodestructivos. Con esos elementos es posible que el grupo se autovalore en conjunto, lo cual facilita el cambio o correlación, hacia donde el grupo lo desee utilizando módulos especiales. Se aplica el concepto de Freud y Suzuki: El conocimiento conduce a la transformación, la teoría y la práctica no deben separarse. En el acto mismo de conocerse a uno mismo, uno se transforma.

Debemos diferenciar este concepto: el conocimiento teórico no tiene función transformadora. Por tal motivo se vive **grupalmente** la citada autoevaluación.

Múltiples investigaciones realizadas en varios países y nuestros estudios, evidencian claramente que la salud del médico, como gremio, tiene características especiales.

De cada 100.000 médicos, de 36 a 77 se suicidan al año, frecuencia tres veces mayor que la observada en la población general: la medicina es la más auto-destructiva. (Ortiz Q.) 1981.

Los médicos ingleses presentan dos y media veces más afecciones psiquiátricas que los componentes de la población general la depresión neurótica y funcional, y el alcoholismo, son tres veces más comunes entre ellos que en el resto de los habitantes de Inglaterra. (Murray, R. M., Brit. J. Psychiat, 131: 1-10, 1977). Entre las causas de muerte evidenciadas en un estudio (E.U.A.) la diabetes presenta incidencia mayor entre médicos 3.02 por ciento más y las cardiopatías 35.1. Desde luego los médicos tienen un pronóstico mucho más favorable en enfermedades bacterianas. (Neumonía, mortalidad 42.6 por ciento inferior a la media). (Dickinson, Martín).

En el grupo Hidra estudiamos una muestra de 150 médicos generales en ejercicio profesional tomando en cuenta múltiples variables. Agrupándolos por edad, sexo, ejercicio de medicina general o especialidad, con trabajo institucional o privado o ambos, etc.

Encontramos que el médico padece o está altamente expuesto a lo que Fusch, llamó "Enfermedades del modo de vivir". Y su sistema de vida, le hace más expuesto a cierta morbilidad que a otros grupos. Su calidad de vida está altamente deteriorada, aunque sus ingresos económicos sean adecuados. Nuestros resultados provisionales, con un error estadístico, calculado en 8 por ciento fueron sorprendentes.

De los médicos que colaboraron anónimamente en las encuestas: 18 por ciento NUNCA midieron su glicemia. 61 por ciento NUNCA se dosificaron Colesterol ó Triglicéridos. 50 por ciento NUNCA les fue practicado electrocardiogramas. 62 por ciento NUNCA se les hizo examen prostático.

Comprobamos estos hechos a pesar de que en los últimos años, al solicitar trabajo en algunas instituciones gubernamentales para la salud, se exige una superficial revisión física.

Según nuestras cifras, obtenidas por autoevaluación, de 150 médicos, 35 por ciento son fumadores. 48 por ciento no practican deportes o ejercicio físico, o lo practican en forma irregular. Padecen sobrepeso un 40 por ciento y un porcentaje elevado se autoconsideran bebedores de alcohol. Medimos altos índices de depresión psicológica. Los resultados fueron muy similares a la encuesta publicada en el Journal del American Medical Association (J.A.M.A. Nov. 23/30, 1984; Vol. 252: No. 20 Pág. 2846-2848) sobre médicos de California que mostró un 15 por

ciento de fumadores, 24 por ciento beben alcohol todos los días, 73 por ciento no practican ejercicio físico, 58 por ciento con sobrepeso.

Algunas de estas características son específicamente más frecuentes dentro del gremio médico, comparativamente con otros profesionales lo cual tiene gran trascendencia social.

El hecho de que un médico no se encuentre en buenas condiciones físico-psíquicas para practicar una cirugía, propicia errores en ocasiones irreparables, pues el material de acción del médico es la vida humana, lo más valioso para la propia humanidad.

Aun ignorando el enfoque ético, si el médico presenta enfermedades autodestructivas, alcoholismo, tabaquismo, obesidad, etc. lo descalifica en muchísimos casos para ser un promotor de la salud. Emite lo que en comunicación es llamado doble mensaje, situación esquizoide, "usted no beba, no fume, consérvese en buen peso, practique ejercicio, pero no observe lo que yo hago, sólo escuche lo que declaro".

La incongruencia, médico insano presionando al paciente a buscar su salud, genera un grave ruido en la comunicación médico-paciente, e imposibilita la educación para la salud.

El médico está inmerso en la mala salud imperante, a su vez apuntalada por los sistemas de explotación socio-económica. Otros aspectos no menos importantes, son las condiciones de trabajo del médico.

En la muestra estratificada, estudiada por nosotros, y utilizando la escala de Osgood, encontramos que 30 por ciento de los médicos consideraron su ejercicio profesional frustrante o muy frustrante, 50 por ciento piensan que su trabajo es rutinario y 40 por ciento agobiante. ¿Cómo es posible que de entusiastas estudiantes de medicina, se encuentren ya en el ejercicio de su profesión en estas dramáticas condiciones? y lo peor que no encuentren salida o solución.

Un segundo problema detectado en muchos de los participantes de talleres anteriores es el posible agotamiento del modelo biológico, de la atención médica. Un conjunto de datos desde hace muchos años, expresan la sospecha de que el modelo médico de atención para la salud ha sido rebasado por los cambios sociales, en las sociedades capitalistas y también en algunas socialistas.

El médico, se ve impelido al cambio, basado en teorías, y es obligado a ser al mismo tiempo sociólogo, terapeuta familiar educador para la salud, ejercer la medicina preventiva. Más que sanador, rehabilitador, psicoterapeuta y poseedor de alta tecnología. Por un lado se dice que está entre la clase adherida a los explotadores y por otra a los explotados. Se han perdido los perfiles de su territorio y sus funciones, viviendo una severa crisis agravada por ese debilitamiento en la delineación de su área de acción. Esto es un hecho, corroborado por multitud de estudios con metodologías diversas. Además los síntomas son pal-

pables; ejercicio médico frustrado, actitudes defensivas de los pacientes, como el acudir cada vez en mayor número a medicinas alternativas, etc. El 40 por ciento de 300 muestras consideraron que su última consulta médica fue insatisfactoria, Hidra 1985.

Colofón

La meta principal de este taller consiste en diagnosticar nuestro comportamiento y vivencia personal sobre la salud, y si es necesario y posible, mejorar la situación con apoyo del grupo. La segunda meta aspira a encontrar la propia identidad, o nuestro rol individual y social ubicándonos en el territorio del ejercicio profesional, congruente con nuestro yo, y con nuestra sociedad. Explorar y definir cuál será el campo de acción del asistente al taller. Preparándose luego para esos objetivos específicos.

Estos están contenidos en los programas y módulos en que se divide el curso, que incluye no sólo los ejercicios didácticos sino los de autocritica referentes a diversos hábitos tales como tabaquismo, control del peso corporal y alcoholismo, hábitos de trabajo, factores de riesgo según el estilo de vida, análisis de la propia sexualidad, autoanálisis de su familia y diversos aspectos sociales de la vida del educando. Esto es lo que constituye, en líneas muy generales el módulo primero.

El módulo dos se inclina hacia el estudio de los componentes básicos de las relaciones humanas, relaciones médico-paciente en sus múltiples modalidades de: prácticas médico-religiosas, biologists-positivistas, sanitaria, biológica-social, histórica, etc.

Se pone especial interés en lograr la, tan adecuada como imprescindible, relación humana, acto primordial para lograr el objetivo que se persigue. En este taller se enfatiza el enfoque metodológico de la teoría general de la comunicación, sujeto a un programa donde se analiza la comunicación, sus funciones, su teoría, sus antecedentes, el lenguaje corporal, los métodos científicos de su estudio, su coherencia, las influencias bilaterales y la comunicación no verbal durante la consulta médica. El lenguaje ambiguo, signos, lenguaje arcaico, lapsus y su aparición y relaciones durante la comunicación médico-paciente en la consulta.

La psicología del manejo de los honorarios, el dinero como símbolo, su influencia sobre la relación médico-paciente; en el trabajo institucional, en el ejercicio privado. Las diversas influencias de los honorarios de acuerdo a diferentes sistemas sociales, etc.

Las relaciones humanas, motivaciones, prestigio, estatus, seguridad, ansiedad, frustración, autoridad, dinámica de grupos.

Todo esto, escuetamente reseñado, tiene un poderoso apoyo en los materiales audiovisuales que para mayor comprensión se utilizan.

El taller Hidra ha preparado ya un escogido número de médicos de nuestra Universidad y esperamos seguir superándonos para en el futuro poder ofrecer mejor calidad en nuestro taller para beneficio de la clase médica y, por relación inmediata, del enfermo.