

La dimensión social en la práctica de la medicina

Dr. Jesús Humberto Del Real Sánchez

Grandeza y decadencia de la medicina

En el mundo occidental, la medicina consolidó su posición al terminar la segunda guerra mundial, con el advenimiento de nuevos antibióticos. Anteriormente sólo había sulfas, penicilina y estreptomina. Con la radio y la quimioterapia, las unidades de terapia intensiva y la realización en forma exitosa de los primeros trasplantes de riñón, constituyendo lo que llamaríamos la primera transformación social de la medicina. A partir de 1985 se inicia una serie de cambios consistentes en la incorporación de innovaciones tecno-científicas, a lo que llamaremos "biomedicina" consolidándose así la llamada segunda transformación social de la medicina, mediante una creciente intervención del poder económico y científico en la definición y el control de la salud y la enfermedad (Clark A.E. - Shim J. - Fosket J. R. - Mamo L. and Fishman J.R., *Biomedicalization: tenoscientific transformation of health, illness, and U. S. biomedicine*, American Sociological Review 2003; 68 (2): 161-194).

Aunque la medicina ha continuado avanzando, incorporando cada día nuevos conocimientos que han permitido la curación de muchas enfermedades, que antes no eran curables, y permite prolongar la vida por días, meses o incluso años bajo condiciones artificiales, etc.; al mismo tiempo inicia una caída en su prestigio social. En la década de los 80 del siglo pasado, James F Drane escribía "El prestigio de la medicina va más allá de la cura de la enfermedad, el grado de MD (doctor en medicina) confiere más prestigio que el de PhD (doctor en filosofía), y si alguien quiere realizar cambios sociales debería estudiar medicina, ya que el grado de MD le permitirá hablar con la autoridad que lo hacían los sacerdotes tradicionales" (James F. Drane, *How becoming a good doctor*, Sheed & Ward, Kansas City, 1988).

Sin embargo 20 años después aparece una nota periodística en la que se señala que por primera vez en los Estados Unidos disminuyen las solicitudes para estudiar medicina, lo cual era debido a una pérdida de prestigio social de la profesión, ya que la profesión médica en los Estados Unidos seguía siendo la mejor pagada y los médicos americanos son hasta la fecha los mejor pagados del mundo, ganando un equivalente al doble de lo que ganan los médicos europeos (Alex Williams, *The falling down professions*, The New York Times, January 6, 2008). Lo que viene ocurriendo en los Estados Unidos puede ser extrapolado a la mayoría de los países del mundo occidental, entre ellos México, aunque en nuestro país la medicina sigue siendo la carrera más solicitada.

Medicina mexicana: fuera de la realidad

El exsecretario de salud durante el gobierno de Vicente Fox y actual director de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, criticó fuertemente los planes de estudio y los libros de texto de la escuela de medicina de la UNAM, de la cual es egresado, diciendo que muchos de los contenidos de los textos estaban fuera de la realidad, especialmente en lo relativo a las enfermedades infecciosas. Las críticas de Julio Frenk a la UNAM pueden ser extrapoladas a la mayoría de las escuelas de medicina y residencias médicas (Julio Frenk, *Cuadro clínico de la enseñanza de la medicina en México*, Nexos, Enero 1, 1978).

A lo anterior hay que agregar que en prácticamente todas las escuelas de medicina de México, los planes de estudios están basados en el Informe Flexner, el cual ha sido muy criticado en Latinoamérica por estar basado en la parte biológica de la enfermedad, ignorando que el hombre es un ser biológico, psicológico, social y espiritual (Naomir Almeida Filho, *Nunca fomos flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil*, Cadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro 2007; 30 (12): 2531-2553. Pinzón C.E., *Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica*, Acta Médica Colombiana 2007; 33 (1) 33-41).

Sin embargo, a pesar de esa serie de críticas la propuesta flexneriana sigue vigente a juzgar por lo escrito por un profesor de la Escuela de Medicina del Instituto Tecnológico y Estudios Superiores de Monterrey, México, que nos dice "Hoy, en los primeros años del siglo XXI, se escucha a los expertos clamar por una reforma semejante a la propuesta por Flexner, que satisfaga las exigencias de calidad que demandan los nuevos avances científicos y tecnológicos, y la globalización" (Fernández H. J., *La educación médica en la globalización*, Medicina Universitaria 2007; 9 (35): 92-97).

La dimensión social en la medicina

A fin de tratar de evitar el reduccionismo cartesiano, inherente a los planes de estudio de la propuesta flexneriana, deberíamos tener una visión más integral como la propuesta por un profesor de la Universidad de Harvard en su libro *Las tres culturas*. *Las tres culturas* de Jerome Kagan corresponden a: ciencias naturales: biología, fisiología, genética; ciencias sociales: sociología, antropología; y ciencias humanísticas: filosofía y bioética (Kagan J., *The three cultures*, Cambridge University Press, New York, 2008).

Las ciencias sociales aplicadas a la medicina estudian el proceso salud-enfermedad desde el punto de vista del paciente y de la sociedad, y su contexto sociocultural, para lo cual se definen los siguientes términos: **Disease**, enfermedad desde el punto de vista del médico, **Illness**, padecimiento, desde el punto de vista del paciente (Conrad P. and Barker K., *The social construction of illness*, Journal of Health and Social Behavior 2010; 51 (Supp 1): S67-S79).

Para demostrar la utilidad de un abordaje del proceso salud-enfermedad desde las ciencias sociales, tenemos un estudio poblacional hecho en Atemajac, en el cual la mayoría de las personas con hipertensión relacionaban su enfermedad con el stress. Sin embargo, a pesar de que existen estudios que demuestran que el manejo del stress mejora la presión arterial, ninguna de las guías de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión le concede alguna importancia (García de Alba García J. E. - Rocha Salcedo A.L. - Vargas Guadarrama L.A. y García de Alba - Verduzco J. E., *La antropología cognitiva aplicada al estudio de la hipertensión arterial en Guadalajara, Jalisco, México*, Cirugía y Cirujanos 2012; 80 (2): 247-252).

La dimensión social y los idiomas en medicina

Al finalizar la II Guerra Mundial el inglés emergió como el único idioma global. Muchos médicos recomiendan a sus residentes (médicos en proceso de especialización) que estudien solamente en revistas médicas en inglés, ignorando buena parte de la realidad ya que la mayoría de los problemas sociales de nuestro país no están descritos en publicaciones en inglés sino en español (Del Real J. H., *Diversidad lingüística, ciencia y cultura*, Vida y Salud, Febrero-Marzo, 2013, pp. 4-5).

La dimensión social en la relación médico-paciente

La relación médico paciente ha sido extensamente estudiada por numerosos autores y diversas disciplinas. Sin embargo, en la mayoría de las veces estos estudios han sido hechos por profesionales distantes de la práctica clínica, lo que no deja de conferir una apariencia de inutilidad. Pero quizás, lo más importante es, como lo comenta Clauvrel, “la medicina sigue siendo indiferente a lo que de ella se diga” (Fernández J. C., *¿A quem interessa conhecer a relacao médico paciente?*, Cadernos de Saúde Pública, Río de Janeiro 1993; 9 (1): 21-27).

Debido al poco tiempo con el que se dispone en las instituciones de salud de la seguridad y la asistencia social, los interrogatorios en la relación médico paciente, se parecen más a los interrogatorios judiciales a base de preguntas directas que no permiten al paciente expresar su punto de vista, lo cual limita importantemente el conocimiento de la personalidad, preferencias y medio sociocultural del paciente.

La relación médico paciente debiera estar centrada en el paciente y no en el paternalismo médico tradicional, como actualmente ocurre en la mayoría de los casos. A lo anterior debemos agregar que debido a la premura del tiempo, con frecuencia el médico no verifica si el paciente entendió su problema, diagnóstico e indicaciones terapéuticas, como lo demuestran los resultados del siguiente estudio (Caprara A. - Rodríguez J., *A relacao assimétrica médico paciente; repensando o vínculo terapéutico*, Cadernos de Saúde Coletiva 2004: 9 (1): 139-146):

- **39%** de los médicos no explicaron al paciente en forma clara y comprensible cuál era su problema médico;
- **58%** de los médicos no verificaron el grado de comprensión sobre el diagnóstico del paciente;
- **53%** de los médicos no comprobaron el grado de comprensión de las indicaciones terapéuticas.

Una de las ventajas que tiene el médico para controlar o dirigir la negociación de la realidad, es el uso del lenguaje. Los médicos utilizan un vocabulario sumamente complejo y técnico, no comprensible para las mayorías.

Un ejemplo de lo anterior lo tenemos en el siguiente estudio llevado a cabo en la Ciudad de México, en el cual uno de los paciente entrevistado dijo “No entiendo mi diagnóstico porque no me lo explicaron claramente, sé que tengo la tráquea inflamada y por eso lo de la traqueotomía, pero si me preguntan qué sugiero, pues sugiero, que los términos médicos sean más claros para que uno entienda qué es lo que uno tiene”. El paciente era un hombre de 49 años de edad con un cáncer broncogénico (Herrera-Kiergelher L. - Villamil Álvarez M. - Pelcastre Vuillafuerte B. - Cano Valle F. - López Cervantes M., *Relación del personal de salud con los pacientes en la Ciudad de México*, Revista de Saúde Pública, Sao Paulo 2009; 43 (4): 589-594).

Para terminar citaré a Persuad, quien nos dice “quizás sea tiempo de dejar a un lado los manuales de la relación médico paciente y re-escribir el rol del médico, que a diferencia del rol del paciente que ya está bien establecido, el rol del médico ha recibido poca atención por parte de la sociología médica, debido en buena parte a que la profesión médica se ha mostrado resistente a ello” (Persuad R., *The drama of being a doctor*, Postgraduate Medical Journal, 2005; 81: 276-277).