

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA EN MÉXICO EN EL AÑO 2000*

Fernando MARTÍNEZ CORTÉS**

Lo que en esta intervención me permito exponer son mis puntos de vista y mis reflexiones, señalando las fuentes en las que se apoyan, sobre el ejercicio actual de la medicina en nuestro país. Solamente me refiero a los aspectos que, considero de mayor relevancia y respecto a los cuales conviene discutir y reflexionar.

Puesto que, en último término, el ejercicio de la medicina es el encuentro, la relación y la interacción entre el médico y el paciente, la información que poseo y las reflexiones a que ésta ha dado lugar las dividiré en dos grupos: las relativas al paciente y las que se refieren al médico.

En lo que toca al paciente, éste puede corresponder al 76% de los hogares mexicanos que, según la última Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto en los Hogares dada a conocer el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), viven por debajo de la línea de la pobreza, la mitad de los cuales alcanza el nivel llamado pobreza extrema.¹

Utilizo el término *patología de la pobreza*, acuñado por el maestro Alejandro Celis, para calificar a la patología que entonces predominaba en el Hospital General de México, por cuya razón, y otras que en este momento no vienen a cuento, en un libro publicado en 1971, colocamos dicha situación entre los grandes problemas de México.²

Esta patología de la pobreza afecta, en mayor o menor grado, al 76% de los hogares mexicanos compuestos, según la encuesta citada, por 4.3 miembros en promedio.

* Ponencia presentada el 29 de agosto, en el tema Vínculos entre el derecho y la salud humana (Derecho a la salud).

** Médico alergólogo internista.

1 *La Jornada*, México, 21 de agosto de 2000.

2 Celis, A y Nava, J., "Patología de la pobreza", *Revista Médica del Hospital General*, 1970, vol. 22, núm. 371.

Entre sus manifestaciones más comunes está la desnutrición, la cual afecta hoy a la tercera parte de los niños mexicanos. Consecuencia de ésta y del alcoholismo es la cirrosis hepática, otra manifestación de la patología de la pobreza.

En la otra punta del espectro tenemos a los ultra-ricos, a los ricos y a los riquillos, y en medio, muchísima gente que “nomás la va pasando”. La patología propia de estos grupos es la que se ha llamado, para contrastarla con lo anterior, *patología de la abundancia*, la cual suele acompañarse de dos psicosis características: la *psicosis del colesterol* y la *psicosis de la osteoporosis*.

Los de en medio padecemos de todo un poco, pero tal vez lo característico sea el esfuerzo físico y psico-social para no descender a pobres; o el trabajo, las ansias y las artimañas para ascender a riquillos, y aun a ricos, si nos va bien.

Además de pertenecer a alguna de estas categorías, el paciente puede ser un niño, un joven o un viejo. Ya se dijo que tres de cada diez niños mexicanos están desnutridos. Recordemos además que México es un país de jóvenes y que, según el último censo, los viejos vamos en aumento.

La patología característica del joven —que por supuesto y afortunadamente no padecen todos los jóvenes— es lo que se ha llamado *vacío existencial*. Es un vacío porque no se sabe por qué y para qué se vive, porque el entorno, la sociedad y el mundo son inmensos espacios vacíos, mudos, inermes e inertes para ese individuo. Es lo mismo, más o menos, a lo que Víctor Frankl ha llamado “ausencia del ser” que, según este científico de la psique, es el origen de la depresión, la agresividad y las adicciones.³ No es necesario llamar la atención sobre la vigencia de estos problemas a lo largo y lo ancho de nuestro país. Sin embargo, vale la pena subrayar el aumento del alcoholismo entre los jóvenes y especialmente entre las mujeres.

Los viejos estamos aumentando; una inmensa mayoría de gente que “la iba pasando”, ha descendido a niveles de pobreza. Por eso su patología característica es, en ciertos aspectos, la patología de la pobreza, aunada a las llamadas enfermedades degenerativas. La soledad y el desamor, con la consiguiente depresión, es la otra característica de la patología de la vejez.

3 Frankl, V. E., *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?*, México, Fondo de Cultura Económica, 1944.

Hasta aquí hemos expuesto, en sus aspectos más generales, las características del paciente mexicano. En seguida nos ocuparemos, también de manera general, de las características del médico que va a atender a ese paciente. Empecemos con la preparación que recibe en las escuelas de medicina.

La enseñanza de la medicina tiene como centro el que se ha llamado modelo biológico-lesional de enfermedad, según el cual la enfermedad es una alteración de los órganos, células, y moléculas del cuerpo humano, que obedece a ciertas causas y que da lugar a ciertos fenómenos llamados síntomas y signos clínicos.⁴

Al conocimiento de las tres partes de este modelo concurren prácticamente todas las materias que se cursan en la carrera de medicina, salvo unas cuantas que se ocupan de los aspectos históricos y sociales de la medicina. En la actualidad, las enfermedades mentales también estudian (por lo menos esto es frecuente) tomando como base el modelo biológico-lesional de enfermedad al que nos hemos referido.

Vamos a detenernos unos momentos en las partes del modelo biológico-lesional de la enfermedad: los síntomas y signos clínicos, las causas o etiología.

En la enseñanza médica tradicional, el alumno aprende a provocar, percibir e interpretar los síntomas y signos en las asignaturas de *currículo* médico, llamadas materias clínicas, en las que se enseñan la teoría y la práctica del interrogatorio, y la teoría y la práctica de la exploración física, dividida en inspección, palpación, percusión y auscultación.

Desde 1816, cuando Laennec inventó el estetoscopio (entonces un tubo de madera con una extremidad modelada para colocarse en la pared del tórax del paciente y la otra para que el médico auscultador la colocara en su oído), se han venido sucediendo las invenciones o los descubrimientos de una serie de recursos que podemos dividir en dos grupos: los que han aumentado, graficado, medido, objetivado lo que la inspección, la palpación, la percusión, o la auscultación perciben, y por otra parte, los que hoy nos proporcionan datos que la exploración física tradicional jamás habría obtenido.

El uso de estos valiosos recursos ha dado lugar a lo que se suele denominar *tecnologización del diagnóstico*, movimiento que ha traído varias

4 Martínez Cortés, F., *Enfermedad y padecer*, México, Editorial La Medicina del Hombre en su Totalidad, 1983.

repercusiones. Empezaré por señalar la que ha tenido en la docencia de la medicina, en especial de las materias clínicas cuyo campo de enseñanza y aprendizaje es generalmente la cama de hospital donde por primera vez se encuentran el estudiante de medicina y el enfermo.

Clínica, decía por 1920 el doctor José Terrés, un clásico en la historia de la clínica mexicana, “es el arte que tiene por objeto diagnosticar el estado patológico de los enfermos, para establecer el pronóstico, instituir el tratamiento, evitar la transmisión de las enfermedades y formar bases a la patología”.⁵

Para Terrés, este diagnóstico “del estado patológico de los enfermos” comprende dos operaciones que, aunque relacionadas, son diferentes. Una es “hacer el diagnóstico de un paciente”, la otra consiste en “diagnosticar una enfermedad”.

Hacer el diagnóstico de un paciente “es adquirir idea de las alteraciones de estructura y funcionamiento de sus órganos”. En cambio, “diagnosticar una enfermedad es descubrir su existencia en un ser vivo”.

El metódico Terrés nos dice que primero debemos hacer el diagnóstico de la enfermedad y enseguida el diagnóstico del paciente. Y culmina el maestro con esta advertencia: “El médico que se satisface con diagnosticar la enfermedad no es acreedor al calificativo de clínico”.

Así como los médicos de hoy casi hemos olvidado esta advertencia, también lo hemos hecho con la diferencia entre síntoma y signo, requisito fundamental para construir el razonamiento que nos conduce al diagnóstico. Para Terrés, “los síntomas son las manifestaciones de los estados patológicos” que como ya sabemos, incluyen a la enfermedad propiamente dicha y a la situación estructural y funcional de todo el organismo. El médico, gracias a su *saber médico*, encuentra entre los síntomas los signos diagnósticos, es decir, los datos o fenómenos que le permitirán hacer el diagnóstico de la enfermedad y el diagnóstico del paciente que la sufre. Aquí, entra en juego la semiótica o ciencia de los signos y los significados, para cuyo ejercicio se requiere el conocimiento del cuerpo humano en su estructura y funciones, tanto en la salud como en la enfermedad.

Basado en informes obtenidos sobre la manera como se imparten dichas materias en el Hospital General de México, dependiente de la Secretaría de Salubridad, puedo decir que al interrogatorio tradicional se le da

5 Terrés, J., *Guía del estudiante de clínica médica*, México, Imprenta Franco-Mexicana, 1920, pp. 7-10.

poca importancia y que la exploración física, también clásica o tradicional, ha sido desplazada en buena medida por la imagenología —radiografías, ultrasonido, etcétera— y las llamadas pruebas de laboratorio, para señalar sólo los recursos tecnológicos empleados con más frecuencia.

Es pertinente mencionar otra de las repercusiones de la tecnologización del diagnóstico que ligaré a lo antes expuesto. Me refiero al costo en dinero que esto implica; costo de edificios o instalaciones, costo del equipo, de su operación, mantenimiento e insumos. Esto se refleja en el alto costo del diagnóstico.

Hoy existe una corriente fincada en hechos indiscutibles, que lucha en favor de una práctica médica que no solamente tome en cuenta a la enfermedad, sino a la persona que la padece. La base o punto de partida de esta corriente es que una cosa es la enfermedad para las ciencias y tecnología médica y otra, esa misma enfermedad para la persona que la padece. Esta “cosa” que es la enfermedad para quien padece o sufre ha recibido el nombre de *padecer de carácter médico*, o simplemente *padecer*. Un paso más en esta corriente ha sido el reconocimiento de que hay *padeceres* de carácter médico, sin que exista una enfermedad propiamente dicha, y de que también existe un padecer motivado por la intervención médica. Sirvan de ejemplo el pánico que algunos pacientes sufren al estar colocados en ese aparato sarcófagomorfo donde se toman las tomografías axiales, o la angustia y la desesperanza de quienes se internan en una sala de hospital de cancerosos avanzados.

Hay dos tipos de padecer médico que en cierta manera son producto de los avances de la medicina. Me refiero en primer lugar a la incidencia de estos adelantos en enfermedades como la diabetes, la artritis reumatoide, muchas alergias y aun el cáncer. En segundo lugar, me refiero al aumento de gente vieja, producto también de los adelantos de la medicina, aunque a esto hay que sumar otros factores.

Por lo que se refiere al primer grupo, analicemos el caso de la diabetes. La diferenciación en el diagnóstico del tipo de diabetes de que se trate, y el hecho de contar con varios tipos de hipoglucemiantes y de insulinas prolonga la vida del diabético. A esto contribuyen los recursos con los que hoy se cuenta para diagnosticar y manejar terapéuticamente las complicaciones renales, oculares, etcétera. Todo esto con el costo y las molestias que su uso implica, además de la prohibición de azúcar y de ciertos alimentos, varios o algunos de los cuales forman parte importante de la dieta del paciente por razones culturales, de gusto, de facilidad o econó-

micar, o por casi todas estas razones juntas, como sucede con el desayuno habitual de muchos trabajadores, el cual consiste en una torta de tamal y un vaso de atole que pueden comprar por dos o tres pesos en casi cualquier esquina de esta ciudad; todo esto, o sea el hecho de tomar o inyectarse medicamentos y de modificar su dieta habitual, produce en el paciente un malestar, un padecer de carácter psíquico, social, cultural y a veces también económico que el médico desconoce y menosprecia, limitando las denominadas consultas de control a ver el último análisis de glucosa y según los miligramos que éste reporta, ordenarle al paciente que siga “con lo mismo” o que varíe la cantidad de hipoglucemiantes o de insulina.

Si el paciente es un viejo, lo único que el médico hace es darle más o menos medicamento para su hipertensión, recetarle vasodilatadores que, en el mejor caso, solamente actúan sobre las arterias que no están esclerosadas, darle un hipnótico para sus insomnios, etcétera, sin darse cuenta que lo que necesita ese paciente es quejarse con alguien, hablar con alguien, que alguien lo tome en cuenta, que sea el médico el que rompa su soledad, por lo menos durante el tiempo que dura la consulta.

En la actualidad existen en el país ochenta escuelas o facultades de medicina. Según el anuario estadístico de la ANUIES correspondiente a 1998, había 60,824 estudiantes de medicina repartidos casi en partes iguales entre hombres (31,150) y mujeres (29,674). En todas estas instituciones, la enseñanza médica está centrada en el modelo biológico-lesional de enfermedad que ya conocemos; es el cuerpo humano el objeto de estudio y el campo de acción de los estudiantes; no es el paciente como persona el sujeto de su interés, para conocerlo y ayudarlo en la mejor solución de su problema de salud.

Según datos de la Dirección General de Población, en 1999 había 31,638 médicos en el país. Puesto que el modelo de enseñanza médico centrado en la enfermedad (entendida en los términos antes señalados) es el empleado desde hace decenas de años, podemos casi afirmar que estos médicos no fueron entrenados para ejercer una medicina fincada en la persona ni por supuesto para conocer, entender y manejar terapéuticamente el padecer del paciente.

Basado en el análisis y las reflexiones sobre la enseñanza de la medicina que acabo de exponer me permito hacer las siguientes propuestas:

Respecto a la enseñanza en las escuelas de medicina, específicamente en los hospitales que de alguna manera forman parte de éstas, insistir en

el correcto aprendizaje de las dos partes tradicionales de la clínica que son el diálogo con el paciente y la exploración física de su cuerpo, la que, como ya dijimos, comprende la inspección ocular, la palpación, la percusión y la auscultación. En dicha enseñanza debe enfatizarse la posibilidad de hacer diagnósticos con solamente estos recursos, o sea sin recurrir a endoscopías, radiografías y diversos exámenes de laboratorio.

Cuando se habla del ejercicio de la medicina, de la tarea de atender pacientes, siempre hay que tomar en cuenta la realidad social, cultural y económica del lugar o del país en que tal función se realiza. En México, con setenta millones de pobres de los 97 millones que somos, y ante la imposibilidad que hasta ahora existe de proporcionarles gratuitamente a todos una medicina altamente tecnificada, es necesario insistir en la necesidad que tienen nuestros médicos de emplear y dominar los procedimientos clínicos tradicionales, de conocer sus alcances respecto al diagnóstico del caso en que se aplican y, en consecuencia, de ofrecer un buen servicio a pesar de no contar con los recursos tecnológicos que se emplean con fines diagnósticos. Otra consecuencia de hacer una buena clínica es la de recurrir a dichos recursos tecnológicos solamente cuando éstos son indispensables, asunto que puede resolverse enviando al paciente a los hospitales donde tales recursos existen.

Para tener una idea de la frecuencia con que un buen trabajo clínico era suficiente para diagnosticar una úlcera péptica, hice tal pregunta a gastroenterólogos con más de 25 años de ejercer la especialidad. Me respondieron que dicha frecuencia se acercaba al 80%. Pero enseguida agregaron que, no obstante lo dicho, muchas veces ordenaban una endoscopía y la búsqueda de *helicobacter pilori* para protegerse ante posibles futuras reclamaciones del paciente.

Esta confesión nos conduce a otro de los problemas que hoy complican el ejercicio de la medicina. Me refiero a la llamada *medicina defensiva*, la cual comprende todo aquello que hace el médico para protegerse ante posibles reclamos del paciente y denuncias ante el Comité de Arbitraje Médico u otras instancias. Quiero enfatizar el hecho de que en este caso lo que hace o deja de hacer el doctor con su paciente es fundamentalmente para protección del médico, aunque hay veces en que sirve también para afinar el diagnóstico o de alguna manera precisar o completar el tratamiento.

Para finalizar esta llamada de atención sobre una mejor preparación clínica de nuestros médicos, indispensable en un país que vive en las con-

diciones de pobreza ya conocidas, lo que contrasta con lo caro que resulta una medicina que para todo recurre a la tecnología, daré a ustedes algunos datos sobre los resultados de los exámenes de quienes recientemente terminaron sus estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM. Se califican por separado los conocimientos teóricos y los conocimientos prácticos. Estos corresponden a la *tekné* griega, es decir, a saber hacer cosas como palpar o auscultar sabiendo por qué se hacen, o cómo se hacen y para qué se hacen. En la tradicional escala de calificaciones del cero a diez, el promedio de la calificación en los conocimientos teóricos fue de ocho mientras que en la *tekné* fue de seis.

Hasta aquí nos hemos ocupado de los conocimientos de las destrezas que se requieren para diagnosticar la entendida como una patología estructural y funcional de órganos, células o moléculas del cuerpo humano. Pero dijimos que ésta no es todo el problema que está viviendo el paciente; una cosa es la enfermedad según la medicina y otra cosa es esa misma enfermedad según la vive, la sufre, la siente, la teme el paciente. Esto es lo que hemos denominado padecer médico o simplemente padecer.⁶

Para conocer, entender y manejar terapéuticamente el padecer de un paciente se requieren importantes cambios en la actitud del médico y en el ejercicio de la clínica, particularmente en la parte de la consulta médica llamada interrogatorio y en la que tiene propósitos terapéuticos.

A este respecto, en primer lugar hay que tener en cuenta que el paciente es una persona y no un cuerpo humano; persona que tiene una intimidad, una vida, un conjunto de experiencias, creencias y conocimientos; persona que proviene de una familia y que pertenece a una cultura, que tiene una ocupación y un determinado papel social. Todo esto hace que esa persona viva, sienta, interprete y sufra de determinada manera la enfermedad que padece y por la cual ha buscado asistencia médica. Esto es lo que se le ha llamado padecer médico o simplemente padecer, que con la enfermedad que lo causa constituye los dos problemas que el médico debe ayudar a resolver.

Para que el médico conozca y comprenda el padecer de su paciente, se debe modificar la consulta médica tradicional, en especial la parte llamada *interrogatorio*. Éste debe quedar incluido en lo que se viene llamando *entrevista clínica o diálogo clínico* en el que, como el nombre lo indica, habla tanto el médico como el paciente, por lo que éste tiene oportunidad

6 Véase nota 4.

de expresar su padecer.⁷ Los mismos adelantos de la biomedicina han hecho más aparente, importante y prolongado el padecer del paciente y la necesidad de manejarlo terapéuticamente junto con la enfermedad que lo causa. Sirvan estos dos casos para ejemplificar este asunto: el primero se refiere a que, gracias a los adelantos médicos, varias enfermedades hoy se pueden controlar por años, alargando en esta misma medida la vida del paciente. Pero en muchos de estos casos, ésta es una vida en la que se padece por diferentes razones, desde la necesidad de tomar o inyectarse diariamente o a intervalos cortos determinada medicina, sujetarse a ciertos análisis, radiografías, etcétera, hasta diversas limitaciones en el vivir que afectan su calidad, así como la evidencia de que ahí está, siempre presta a descargar su golpe, la espada de Damocles de una enfermedad grave o mortal.

Si se tomara en cuenta el padecer de estos pacientes, las llamadas consultas de seguimiento del caso no se limitarían, como es común, a subir o bajar la dosis de los medicamentos que esa persona está tomando, lo cual ocurre después de que el médico hace algunas preguntas, pero no para conocer el padecer sino para ver cómo va la enfermedad.

El otro caso es el de los viejos. Ya se sabe que en nuestro país éstos van en aumento y que, como ya dijimos, muchos de ellos sufren la patología de la pobreza y casi todos las enfermedades degenerativas, la depresión, la dependencia y la soledad. Para esa casa con muchas goteras que es la vejez, se necesitan médicos que sean capaces de identificar, comprender y manejar terapéuticamente su padecer. Para que esto sea posible, es necesario que el médico sepa manejar las técnicas terapéuticas en las que la palabra, la dicha por el médico y la pronunciada por el paciente, es el recurso terapéutico fundamental.

Terminaré con la mención de otros asuntos casi exclusivos del médico como profesional sujeto a las actuales condiciones económicas y del mercado.

Aún en los principios de la centuria pasada, la medicina formaba parte de las llamadas profesiones libres o liberales porque uno era su propio patrón. Montar nuestro propio consultorio era el signo de éxito; emplearse, vivir de una “chamba” era algo que solamente hacían los fracasados.

7 Martínez Cortés, F., *Consulta médica y entrevista clínica*, México, Editorial La Medicina del Hombre en su Totalidad, 1979.

Hoy las cosas han cambiado radicalmente como todos lo sabemos. Quiero detenerme en el estado al que ha llegado la antaño llamada profesión libre, después denominada práctica privada.

En la actualidad, el problema palpitante es la casi desaparición de la medicina privada donde el médico establecía sus condiciones de trabajo, incluidos sus honorarios. Ahora los médicos somos empleados, unos en las instituciones del Estado o paraestatales, otros en las instituciones de iniciativa privada, que van en continuo aumento y que no solamente se dedican a la construcción de hospitales, sino también a la organización de compañías de seguros médicos y a esperar la posible privatización de algunos servicios de seguridad social.

Dentro de este panorama, la medicina privada se ha visto afectada por los llamados “terceros pagadores”, entre los cuales están las ya nombradas compañías de seguros, los bancos y las organizaciones de mantenimiento de la salud, como se han traducido las Health Maintenance Organizations norteamericanas. Estos intermedios, dice el doctor H. Fernández,⁸ “más interesados en el costo que en la calidad, y con el claro objetivo de aumentar los márgenes de utilidad, integran redes de médicos (la oferta excede a la demanda) y les pagan lo que la empresa unilateralmente tabula por su trabajo profesional, en promedio 50% menos del total de los honorarios que los médicos estiman que vale su trabajo”.

Por si esto no fuera suficiente, en nuestro país cada día cobra mayor vigencia la llamada “medicina defensiva”, definida como lo que hace el médico ante y con el paciente, no precisamente para diagnosticar o curar su enfermedad, sino para defenderse de posibles demandas que se le hagan por mala atención médica. Si antes se decía que la consulta médica era una confianza frente a una conciencia, hoy es común que la consulta médica sea una mutua desconfianza, en la que paciente y médico actúan a la defensiva.

Quienes se han ocupado del tema⁹ dicen que hay factores del paciente y factores del médico que dan lugar a la medicina defensiva. Los del médico son: mala relación médico-paciente, mala clínica y pago por terceros. Sólo he señalado los principales.

⁸ Fernández Varela, H., “La situación futura del médico en lo social y lo económico”, Trabajo presentado en el Grupo de Trabajo del Consejo de Salubridad General, julio de 2000.

⁹ Paredes Sierra, R. y Rivero Serrano, O., “La medicina defensiva”, Trabajo presentado en el Grupo de Trabajo del Consejo de Salubridad General, julio de 2000.

Por lo que toca al paciente, no olvidemos que éste forma parte de una cultura del descontento, de la desconfianza, de la transa, pero también de la cultura de no asumir las propias responsabilidades. Todo este drama suele terminar en el Comité de Arbitraje Médico donde, por fortuna, rara vez se ven casos en verdad graves.