

Elementos para pensar en la atención médica y en la relación médico-paciente: un acercamiento “histórico”*

Fecha de recepción: 15 de marzo de 2007

Fecha de aprobación: 20 de abril de 2007

Norma González González**
Peregrina Carbajal Dorantes***

RESUMEN

En el presente documento, se realiza una aproximación histórico-contextual que invita a pensar en la “atención médica”, y en la relación que el médico mantiene con el paciente, desde una posición crítica; para ello se hace referencia a tres momentos de la historia: la etapa grecohipocrática, la Edad Media y la llamada “sociedad moderna”, en los que con referentes muy particulares se recrean condiciones que dan origen a figuras específicas que atienden el padecimiento físico y corporal tenido como tal en cada época, y que vale la pena recordar. Para los dos primeros casos no se plantea lo que hoy conocemos como descripción y diagnóstico clínico. Así, en el marco de la crítica a los fundamentos y valores occidentales, el planteamiento de una aproximación a los orígenes de la “atención médica” como parte de la cultura y de la razón del llamado mundo moderno, nos ayuda a entender y a

* Este trabajo forma parte de los productos de investigación del proyecto: “La contextualidad social y cultural de la familia del enfermo diabético como vía de intervención y prevención de la diabetes”; el cual se desarrolla en el Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México UAEM, y en el que Peregrina Carbajal Dorantes ha participado como becaria durante el periodo 2005-2007.

** Profesora investigadora de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México UAEM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel 1. Doctora en Ciencias Políticas y Sociología por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid UCM.

*** Egresada de la licenciatura en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la UAEM.

diferenciar la presencia y desenvolvimiento de una actuación médica vinculada desde sus orígenes con los planteamientos biomédicos en torno al llamado proceso salud-enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Atención médica, salud pública, servicios de salud, medicina moderna.

ABSTRACT

This paper focuses on social and historic medical care perspective (medical scientific knowing), trying to differencing the particular context cultural and social what in the end of the XVIII century produce the medicine as reference of health. Also in this paper we refer two historic moments: the Hippocratic Greece and the Middle Age to make a difference between the modern medical care and an other forms to attend the suffer in the body and the spirit from the several ways to be human and be part of the different societies.

KEY WORD: Medical care, public health, health services, modern medicine.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el ejercicio de la medicina ha adquirido su carta de naturalización, como si se tratara de un acontecimiento sin un origen social e histórico; simplemente ocurre como algo obvio y natural, por lo que no parece necesario preguntar ni lanzar miradas distintas que nos hablen de cómo en el mundo que compartimos ha logrado consolidarse en el imaginario colec-

tivo la figura del médico, y la relación que establece con sus pacientes.

El médico, tal y como ahora se le conoce, no ha existido siempre, ni tampoco podemos sobre entender el tipo de relación que esta figura enfrenta con aquellos a quienes atiende desde su condición de médico. En uno y otro caso, existe un acoplamiento de relaciones históricas en las que parece sintetizarse un juego de encuentros y desencuentros entre dos tipos de saberes y discursos, el del médico y el del paciente.

Para entender, y de alguna manera participar de la polémica que en nuestras sociedades desde hace ya tiempo viene cuestionando al poder del médico frente al enfermo, llamando a una reflexión que facilite una mayor comunicación entre ambos (Conde, 2002; Katz, 1989), es indispensable entender la constitución histórica del saber científico en el campo de la medicina, un conocimiento que desde su conformación en el siglo XVIII (Foucault, 1999), de manera sistemática ha excluido la participación e importancia del enfermo en su propia recuperación; haciendo de la relación médico y paciente un momento que en el consultorio produce un desencuentro; hecho que con el paso del tiempo ha contribuido a silenciar y a obscurecer tanto el dolor como el saber del paciente en torno a su enfermedad, fortaleciendo el paradigma médico biológico en torno a la salud (en realidad en torno a la enfermedad), a la vez que designificando el contenido histórico y cultural de un concepto tan rico y complejo como lo es el de la salud (Granda, 2000; Mora y Hersch, 1990).

En occidente, el nacimiento de la medicina como un campo específico y reconocido de investigación científica ha sido a su vez origen de una profesión que ejerce quien hoy conocemos como médico; por lo que sin duda se requiere de un planteamiento, de un recorrido histórico contextual que ayude a entender la relación del médico con el paciente; permitiendo visualizar los análisis que en la actualidad se desarrollan al respecto.

Para poder adentrarnos en la discusión, hay que enunciar de manera general algunos elementos que en la historia de la conformación de la medicina como ciencia nos conducen a la figura médica, y a su posterior consolidación como una formación académica y un ejercicio profesional (Byrne y Rozental, 1994; Bullough, 1985); señalando a su vez la importancia y participación del paciente dentro de este proceso. Lograr este objetivo lleva implícito el distinguir de qué hablamos cuando nos referimos al "médico moderno" aquel que como se ha dicho nace del registro de un campo de conocimiento "único y verdadero" que en la construcción, identificación y cura de las enfermedades encuentra su principal objeto de estudio pero también de actuación y desarrollo profesional (Starr, 1991).

En el repaso general que se hace de algunos rasgos distintivos del pensamiento griego hipocrático y de la Edad Media, se ofrecen pistas que ayudan a pensar en la medicina y en el médico moderno, no como resultado de una historia progresiva y unificada que ve en ambos periodos el antecedente (en ese sentido inacabado e imperfecto) de la figura del médico moderno. En realidad, la re-

cuperación de ambos lugares históricos lo que pretende hacer es señalar que en cada organización y momento de la historia, "o de las historias" (Vattimo, 1994), los integrantes de un grupo social, de una comunidad, de una sociedad, generan relaciones en diferentes ámbitos de su vida e interacción humana, y que como en el caso de la salud tienen una significación y un sentido muy particular para la sociedad de referencia o para cada grupo social, por lo que desde esta óptica no es posible presentarlos como menos acabados o inferiores con respecto al tipo de conocimiento que, por ejemplo, hoy en día domina en el campo de la biología y de la medicina.

El médico es producto de diferentes escenarios históricos que lo han llevado a conformar una trayectoria no sólo en su quehacer profesional, sino también como parte de la propia elaboración de las ciencias y de los cambios sociales y preocupaciones que se han ido transformando en diferentes momentos de la historia de los hombres. La conformación del concepto "médico", posee características específicas que tienen que ver con la discusión en torno a su propia constitución como en términos de la relación médico-paciente.

Ambos conceptos, médico y paciente, conllevan un proceso y requieren de un seguimiento puntual y exhaustivo de sus particularidades sociohistóricas y culturales; sin embargo, a lo largo del presente ensayo la atención se centra en la aproximación a contextos históricos que son clave para diferenciar la manera en que cortes específicos en la historia del hombre occidental suelen ser vistos como antecedentes de la

medicina moderna, cuando en realidad lo que se pretende enfatizar es que no existe continuidad, sino ruptura en el caso del nacimiento de la medicina moderna, y por ende del origen y presencia del médico en nuestra sociedad, así como en el seguimiento en paralelo de la relación que construye y mantiene con quien se convierte en objeto de la atención y mirada médica, el paciente.

En la actualidad, dominan dos vertientes a partir de las cuales se describe la relación del médico con el paciente: la concepción biomédica y la concepción biopsicosocial, éstas determinan el actuar del médico; ambas son resultado del proceso histórico de la conformación de la presencia médica, desde el nacimiento de la medicina como ciencia.¹

LA ATENCIÓN MÉDICA, UNA LECTURA HISTÓRICA CONTEXTUAL

En el marco de una lectura convencional en torno al proceso de gestación del médico moderno, se suele hacer referencia a antecedentes que se ubican en las culturas primitivas y en las primeras civilizaciones; aunque es muy importante enfatizar que en un sentido estricto no es posible hablar del médico tal y como lo conocemos hoy en día, ya que entonces no existe el tipo de parámetros científicos que sirven de fundamento al nacimiento de la medicina y en consecuencia a la operación de la profesión médica. Es importante aclarar que en cada periodo histórico y social, existen “ciertos personajes” que se encargan de dar remedio a los síntomas que se presentan en las personas (Hayward, 1956; López, 2000;

Rosemberg, 1969), proyectando estrategias, canales y maneras de acercamiento y contacto con quienes requieren de este tipo de atenciones.

En el presente documento, de manera muy general, se recuperan momentos históricos en los que con su propia lógica y circunstancia histórico contextual se concretan actuaciones en torno al dolor y al sufrimiento de los cuerpos y los espíritus humanos. En particular, interesa destacar la constitución del tipo de conocimiento que hoy en día define la figura del médico con el que la gran mayoría de nosotros, para bien o para mal, nos sentimos identificados.

EL PENSAMIENTO GRIEGO-HIPOCRÁTICO

Desde luego, no se puede prescindir de los griegos, de cuya cultura destacan características de la figura médica en íntima relación con la naturaleza; así como el fijar ciertas normas de conducta personal que fueron plasmadas en el *Juramento hipocrático* y que proyectan las características esenciales del actuar del médico. La importancia actual del *Juramento hipocrático* se debe a la influencia que se dice tiene en la medicina como ciencia, y en la actitud del médico en relación con el tratamiento de una enfermedad, sobre todo, con el enfermo, en cuestiones tales como los valores que resaltan un contenido ético general, y de naturaleza médica en particular como son: la gratitud, la lealtad, el beneficio, el respeto por la vida humana, el autorespeto, el respeto al arte y la reserva o secreto profesional (Sánchez, 2000); éstos son los valores éticos que van a determinar al médico que produce el pen-

samiento griego hipocrático, señalando su actuar, regido por valores morales tanto antiguos como nuevos. Antiguos en el sentido del cuidado y equilibrio de la naturaleza, en tanto valores que prevalecen dentro de los griegos en el tratamiento de la enfermedad. Los nuevos valores hacen referencia al secreto profesional y a la lealtad, como signos de corresponsabilidad con el paciente y que adquieren fuerza como parte de la educación del médico.

Otra de las características del médico, dentro de la tradición griega-hipocrática, tiene que ver con la importancia de la armonía con la naturaleza, dado que las enfermedades no son más que desordenes del cuerpo humano en su funcionamiento interno y en la relación con el medio natural externo; por lo que el médico está comprometido a dar curación para que de este modo el enfermo recobre la armonía (Hayward, 1956; Rosenberg, 1969). Durante el periodo griego hipocrático, existe una preocupación centrada en el diagnóstico, los cuidados de la dieta y el régimen de vida para un buen tratamiento, especificando el proceder del médico en el tratamiento, sin violentar la naturaleza ni propiciar en el paciente un mal, sino un bien para la obtención de su salud; el reestablecimiento, la armonía y el orden interno del cuerpo humano en su interacción con el mundo exterior (Bizkarra: 2003).

Dentro de esta concepción hipocrática, se percibe una manera de construir al médico con un cierto matiz proteccionista, pues en él recae la obligación del cuidado y de encontrar de nuevo la armonía; no obstante, el paciente también es considerado como

parte esencial en una correspondencia de necesidad de los saberes y cuidados médicos. El paciente en esta época se revela como demandante de la atención del médico; su actuar es activo, ya que en la propia recuperación se advierte una cierta colaboración de ambos (médico y paciente), siendo que parecen compartir una búsqueda que no violenta la naturaleza del ser, sino que pugna por un acoplamiento en el que destaca la responsabilidad por parte del médico en el restablecimiento de ella.

Un actuar proteccionista (de deber y obligación en el resguardo de la salud) es el carácter sobresaliente en esta época, aunque como ya se mencionó hay otros elementos como el caso de los valores, que asumen también un papel central en el ejercicio de lo que entonces es considerado como el actuar médico. Pocas personas tienen el conocimiento del cuerpo, y de saber encontrar ese equilibrio en el organismo; para tal efecto se reconoce al médico como protector y previsor de complicaciones mucho mayores que alteran la naturaleza del cuerpo humano (Katz, 1989).

Otra de las características importantes en la concepción hipocrática es la idea del arte de curar y el amor al hombre, desarrollándose en particular el concepto del quehacer médico, pues es un arte el que desempeña el médico, ya que por amor al hombre vela por su estabilidad y su restablecimiento; si no se parte de estas premisas, difícilmente se podrá colaborar en la búsqueda de la recuperación de la naturaleza alterada del cuerpo y de la mente humana. Se aprecia que lo que media en la relación médico-paciente se halla en estrecha correspondencia

con las características de reconocimiento del saber y autoridad médica (la observancia del saber), y el otro saber mismo que se incorpora según el cuidado que los seres humanos se procuran a sí mismos, y donde adquiere importancia un particular sentido de amistad, de protección y velación de la armonía de la naturaleza en el enfermo (Sánchez, 2000).

La concepción de los griegos en torno a la figura médica es uno de los momentos históricos fundamentales para entender los rasgos que caracterizan al médico de aquella época, y que constituyen premisas diferenciadoras de la configuración de la medicina como ciencia y de la formación del médico a partir de ellas, dando paso al desarrollo de la ciencia a partir del siglo XVIII, y a su vez a la relación que se gesta entre el médico y el paciente (Katz, 1989).

LA EDAD MEDIA

La gran presencia del quehacer hipocrático, bajo los preceptos del equilibrio de la naturaleza, la fe y la colaboración del paciente para con las decisiones del médico, sufrirá una drástica ruptura de cara a los tratamientos de la enfermedad a lo largo de la Edad Media (Conde, 2002). La atención y el tratamiento hacia los pacientes queda centrado en el poder de la Iglesia; Dios se convierte en el pilar fundamental para el equilibrio de la naturaleza, pues es Dios, a través del médico, quien puede lograr la estabilidad en el organismo, así los sacerdotes son los que emiten juicios sobre los padecimientos y el tratamiento de éstos, por

lo que se concede a los religiosos y sacerdotes la función de “médicos” (Conde, 2002; Katz, 1989; Sánchez, 2000).

La interacción entre el que cura y quien padece algún mal supone una mediación y participación de Dios. El médico es considerado como un intercesor y mediador entre el enfermo y la fuerza divina. Como se puede advertir, ahora la figura que domina tiene un elemento diferenciador: la participación de una divinidad dentro del tratamiento de la enfermedad del paciente; se puede apreciar que la presencia del médico se va conformando en relación con ser un instrumento de Dios para el tratamiento y cura de la enfermedad, el papel de protector y estabilizador de la naturaleza del cuerpo, le es perteneciente a él por su comunicación con Dios para su labor estabilizadora mediante la bendición y el beneplácito divino.

Las conversaciones (entre el médico y el paciente) en torno a la enfermedad serán con el fin de propiciar seguridad, tranquilidad y de dar esperanzas de que habrá sanación, así como para inducir a las creencias propias de la religión católica; lo mismo ocurre con la religión árabe y la judía, que definen una relación más estrecha del médico con Dios, siendo el primero intercesor ante el segundo para lograr la recuperación del enfermo. Existen ejemplos como el Manuscrito de Bruse del siglo X “Los médicos logran lo que Dios permite. Los verdaderos médicos son los dioses” (Katz, 1989:46), configurándose la medicina teológica y equiparando al médico como a Dios, quien tiene el poder y la capacidad de sanar todo. La explicación que se da so-

bre esta concepción del médico se rige por tres creencias: a) los pacientes deben honrar a los médicos, en la medida de que su autoridad se manifiesta de Dios; b) los pacientes deben tener fe en su médico; y c) deben prometer obediencia (Katz, 1989:47). Existe la convicción de que es Dios quien da la vida, y el médico quien devuelve a la vida al enfermo, creando una correspondencia de dadores de vida que se traduce en estabilidad biológica.

LA EDAD MODERNA

Una de las transformaciones históricas más importantes después de la Edad Media, y que revolucionará muchas áreas de pensamiento, es la entrada de la Edad Moderna, en la cual domina la importancia a todo lo creado por el hombre, y que básicamente tiene que ver con movimientos artísticos, culturales e intelectuales. El desarrollo del Renacimiento y de la Ilustración² darán pie al surgimiento y conformación de las distintas ciencias, entre ellas la ciencia médica. Su característica para ser ciencia es la utilización del método científico, por lo cual se produce una situación en la que es considerado como científico, únicamente todo aquel conocimiento que pueda ser comprobable. La razón (se considera que la realidad es inteligible) se vuelve la parte central para que la ciencia cuestione todo lo que hasta entonces estaba en poder de la religión; la ciencia empieza a develar y a sacar a la luz aquello que estaba oculto, que era misterioso para los demás (Conde, 2002).

Este giro de la ciencia y de la razón como su fundamento se halla sustentado en una profunda confianza en la razón humana. Por lo tanto, surgen corrientes de pensamiento como la ilustración y el idealismo, que van dando forma a una ciencia que se apega al método científico, y en la que sólo es parte del conocimiento aquello que puede ser comprobable y percibido por los sentidos. Se llega a tomar como línea de descripción de dicho periodo el que "(...) el estudio de las ciencias es el camino para llegar a la sociedad perfecta (...)" (Sánchez, 2000: 48), ya que por medio de la razón es que puede lograrse una comprensión de la realidad; con el desarrollo de las ciencias, es viable el sueño de la sociedad perfecta, donde se verifica la existencia de todo cuanto rodea al hombre.

Una de las corrientes teóricas que se desarrolla a partir del siglo XVIII y que influye en la aparición y desenvolvimiento de la medicina como ciencia es el positivismo fundado por Augusto Comte; se trata de una perspectiva teórica nacida del empirismo, y en la que se valora la ciencia y la técnica, pues entre una de sus búsquedas centrales se encuentra el construir causas de los fenómenos que nos lleven a establecer relaciones de causa-efecto y que permitan enunciar leyes científicas (Conde, 2002; Sánchez, 2000).

A partir de este momento histórico, se puede situar el nacimiento de la medicina como ciencia, que irá de la mano con cierto prototipo de médico, que define ahora un lazo entre lo que es la construcción de conocimientos científicos, y el quehacer del médico en relación con ellos (a los conocimien-

tos científicos), por lo que su actuar se produce en función de la experimentación directa sobre el cuerpo humano. Surge la anatomía como parte fundamental del desarrollo de la ciencia, pero no sólo eso, sino que el saber anatómico impacta en la formación del médico, ya que se pasa de la observación (lo que Conde llama la medicina de la observación) a la medicina clínica, donde se van a generar instrumentos y tecnologías médicas que posibilitan al médico conocer el interior del cuerpo humano (Bizkarra, 2003), ante lo cual, en estos inicios se consolida la figura del cirujano y del médico, como dos formas distintas dentro de la acción médica.

En efecto, con el surgimiento de la medicina clínica nace el cirujano, como aquel personaje que se va a encargar de la exploración interna del cuerpo humano, mientras que el médico realizará la exploración física y superficial, en la cual detectará síntomas que ayuden a acercarse a la enfermedad del paciente y así poder dar un diagnóstico y tratamiento. Como se reconoce el objeto del cada uno (cirujano y médico) la interacción con el paciente es más directa si se trata del médico que si se requiere la actuación y los servicios de un cirujano.

A partir de la conformación de la medicina como ciencia, la relación que se da entre el médico y el paciente la constituye una atención que privilegia lo biológico, pues según los síntomas que presente el paciente se procede a la definición y a la elaboración de diferentes medidas e instrumentos que permiten detectar de manera eficaz la enfermedad, y así poder erradicarla (Conde, 2002; Torres, 2005).

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE BAJO LA MIRADA BIOMÉDICA Y BIOPSIOSOCIAL

De acuerdo con el recorrido que acaba de plantearse es posible detectar diferentes maneras a partir de las cuales se establece la relación entre el médico y el paciente. En este sentido, y de manera esquemática, es posible referir una concepción biomédica del proceso salud-enfermedad, en la que la práctica de la medicina está marcada por un saber biológico y fisiológico en torno al cuerpo humano, de tal forma que el enfermo queda completamente sujeto (subordinado) a la autoridad de la medicina.

Esta manera hegemónica de interpretar y de actuar en relación con la salud-enfermedad ha sido motivo de una dura crítica que pretende rescatar y hacer visible la pasividad y el despojo de que se hace objeto al paciente, de sus valores y creencias, de su propia interpretación y actitud ante la enfermedad; y siempre alude a una perspectiva para la que tanto salud como enfermedad tienen un alcance y un significado más rico y complejo que la sola enunciación clínica.

La relación entre el médico y el paciente no siempre ha sido la misma; aunque podría decirse que por el simple hecho de ir al médico, ya el paciente recibe una atención prehospitalaria, centrándose en la revisión de lo que le duele o de aquello que le produce cierta incomodidad asociada a un estado de enfermedad. Sin embargo, a lo largo de la historia moderna, el médico siempre ha realizado esta revisión que poco a poco ha conformado la visión de lo que “debe” ha-

cer el médico en torno a la propia revisión y que a lo largo del recorrido, que hasta este momento hemos elaborado, este proceso del "deber hacer" es visto desde las distintas perspectivas y momentos analizados (Pensamiento griego-hipocrático, Edad Media, Edad Moderna).

El médico realiza una parte introductoria en la cual pregunta al paciente "dónde es que le duele y qué es lo que siente", para lo cual se remite a ciertas preguntas que conforman parte del historial del paciente identificando el punto anatómico en el cual hay un malestar, antes de realizar la revisión tangible al enfermo. El médico se sirve de un instrumento que es la historia clínica, en la cual se maneja una estructura cronológica de lo que el paciente ha padecido, recogiendo datos clínicos con la correspondiente y presunta objetividad (Ackerknecht, 1971; Pera, s/f: 8-9).

Algo que es importante y que impera en la moderna concepción de la medicina es la idea de dolor que se va configurando para ambos actores (médico y paciente), específicamente para el paciente se trata de una experiencia perceptiva y afectiva, determinada por el individuo que la sufre, y para lo cual el médico es quien podrá interpretar este padecimiento, definiendo en la medida de lo posible la intensidad del dolor y todo lo que deviene del mismo. A partir de esta noción se da un desencuentro en la relación del médico y el paciente; ya que no existe una corresponsabilidad ni entendimiento del padecimiento por parte del enfermo. El médico, en función del manejo de la nomenclatura científica en la que ha sido formado, refiere la enfermedad y el trata-

miento, sin llegar a una relación de comunicación con el paciente, explicando de manera más detallada y con un lenguaje que pueda ser comprensible mayores datos e información de la enfermedad que se padece, así como de los cuidados que se requieren para la pronta recuperación del enfermo. A partir de estos encuentros y desencuentros entre médicos y pacientes, se configura la visión biomédica de la relación médico-paciente.

Se puede decir que hasta el momento son ciertas características generales del deber y la obligación en el resguardo de la salud, la idea del arte de curar y la implantación del médico como el poseedor de los conocimientos, que se practican dentro de esta relación entre el médico y el paciente. Por lo consiguiente, en un primer momento se describe al médico dentro de sus actitudes y su ejercicio de poder/ autoridad ante el paciente. Para lo cual se retoman algunos ejemplos con el fin de comprender mejor los roles del médico dentro de esta relación. Desde la profesionalización del médico, predomina una postura que, de acuerdo con el modelo biomédico, ve al cuerpo humano como una máquina extraordinariamente compleja que requiere ser reparada, en tanto que a la enfermedad se le interpreta como la consecuencia de estas alteraciones concretas que ocasionan un mal funcionamiento dentro de los mecanismos biológicos que integran al cuerpo humano, por lo tanto en el médico sólo se desarrolla el interés de solucionar estas alteraciones que no le permiten al paciente estar funcionando bien, entendiendo que el médico está simplemente centrado en la enfermedad y orientado hacia ella.

Así, se realiza el historial del paciente para determinar el momento en que sufrió la alteración; de igual manera, a la hora de realizar la revisión se hace de tal forma que permita conocer el problema que está causando ese mal funcionamiento, para lo que se incluyen (de acuerdo con el nivel tecnológico que maneja el médico) un sinnúmero de pruebas que le permiten conocer a fondo lo que está sucediendo. Desde esta óptica, se suele identificar una actitud autoritaria por parte del médico, en la medida en que de él depende que la máquina biológica del individuo enfermo logre de nuevo su funcionamiento para lo cual se asume como el único poseedor del conocimiento y la autoridad para lograrlo. El médico señala todo lo que el paciente debe de hacer para “recuperara su salud”; en cierta medida, se habla de una imposición de tratamientos, ya que el paciente no puede intervenir, pues el único que sabe cómo reparar esta máquina es el médico.

En un intento por lograr una mayor aproximación a la función que juega el médico dentro de esta relación de superioridad frente al paciente, se han realizado algunos estudios que destacan características que se producen entre pacientes con enfermedades crónicas, comparando los puntos de vista que los dos actores principales de la relación médico-paciente tienen entre ellos, en este caso, la atención del médico se vuelve mecánica, ya que en su relación con el paciente no logra establecer una comunicación, y se resume a “[...] un ritual que consiste en revisar los estudios, pruebas o expedientes, extender la prescripción médica y citar para un mes después [...]” (Torres *et al.* 2004: 18).

LA ATENCIÓN MÉDICA BAJO EL CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN

En la sociedad actual, marcada por una serie de controles institucionales para el ejercicio profesional, y a los que desde luego no escapa el ejercicio de la medicina, es importante enfatizar que el “trato mecánico” del médico, ocurre y se ve atravesado por un escenario de ajustes y exigencias administrativas.

Un estudio que se realizó sobre la atención primaria (en torno a la relación médico-paciente) en Alicante (Girón *et al.*, 2002), ayuda también a entender que el médico forma parte de una institución que le exige ciertas horas de trabajo, una cuota diaria mínima de atención a pacientes, y además una serie de documentos que necesita llenar, y sobre los cuales la institución mantiene una estricta vigilancia y seguimiento: el historial médico, las recetas, la determinación de los medicamentos, citas, análisis clínicos..., lo cual permite tener una visión del médico en relación con un trabajo que se describe como rutinario y mecánico; en una sociedad en la que existe una práctica donde muchos médicos no comunican eficientemente sobre el padecimiento del enfermo por ser corta la duración de la consulta y donde además deben de tenerse en cuenta otros factores (Collado, 1976), como las cargas de trabajo y el tiempo establecido en las dependencias para cada tarea y responsabilidad del médico.

Los médicos, al apegarse de cierto modo a este ritual, que como ya se mencionó suele ser poco personal y de poca interacción, se limitan a obtener lo necesario para consig-

nar los datos que proporciona el enfermo, y que son la base para un "buen" diagnóstico que, teóricamente, deberá traducirse en una pronta "recuperación de la salud". Con esta postura, se sugiere: "[...] el diagnóstico efectivo no depende únicamente de identificar síntomas físicos de la enfermedad sino también de ser capaz de identificar síntomas que puedan tener origen psicológico o social [...]" (Rodríguez, 2000: 7).

En el caso de la visión de los médicos que fueron entrevistados en Alicante se aprecia "[...] la insatisfacción con su papel, situándose entre el especialista y el curandero/homeópata, con un rol, en ocasiones, cercano al de mero expendedor de recetas [...]" (Girón *et al.* 2002: 565) y dentro de la misma insatisfacción, se identifican algunos factores principales que ocasionan la dificultad de la calidad de los encuentros clínicos en estas instituciones de salud, que en su caso es "[...] la falta de tiempo *atendiendo a 3 pacientes cada 10-15' no se puede ser médico*, la presión, la desorganización asistencial, y la ausencia de recursos específicos [...]" (Girón *et al.*, 2002: 565).

Como se puede advertir, existe de igual manera una insatisfacción por parte del médico al sentirse como objeto mecánico de la institución en la cual labora, ya que no le permite mantener una interacción más profunda, creando un ambiente de comunicación más estrecha y atenta entre médico y paciente. Por otro lado, es importante tener presente las dificultades que se derivan del carácter y temperamento de determinados pacientes. Cada paciente que entra a consulta suele ser de diferente carácter, algunos son difíciles, otros con-

flictivos; el médico debe mediar en algunas ocasiones con esos otros problemas que el paciente viene cargando y que a veces pertenecen a su entorno social, por que dentro de esta dimensión biomédica "el médico se siente cómodo con los problemas de tipo orgánico, y devalúa o evita los problemas de tipo psicosocial en el encuentro clínico [...]" (Girón *et al.*, 2002: 566). Lo que genera y alienta un círculo vicioso, ya que esta minimización y evasión de la experiencia y la actitud que el paciente guarda respecto a su enfermedad ocasiona una relación muy carente de cercanía y atención a las prioridades que son diferentes tanto para el paciente como para el médico, donde ya no sólo es la enfermedad, sino factores como los psicológicos y los sociales.

La ejemplificación de la visión biomédica del tratamiento del enfermo permite ver el rol del médico, para quien será determinante la aceptación pasiva del paciente respecto al cumplimiento de las indicaciones dadas; que sea disciplinado con el tratamiento e ingestión de las medicinas y las dosis recomendadas, que sea constante y puntual en los encuentros médicos, con esto se logrará el control del padecimiento y la reacción positiva del diagnóstico que confirma al médico como poseedor de todo aquello que le permite reestablecer el orden y la función biológica del cuerpo humano. Desde esta postura, se describe al médico como depositario de las decisiones y conocimientos para que el paciente llegue a recobrar su salud.

Vale la pena cerrar este apartado con la siguiente reflexión. Por un lado, señalar que

el médico no se hace según sus deseos y aspiraciones individuales, sino que existen reglas y procedimientos de formación a los que debe apegarse para justamente ser investido y reconocido como “médico” en tanto una construcción social. Por otro lado, el médico (ya investido como tal), en cada vez mayor medida, tampoco actúa según sus propias medidas y preferencias, sino que su trabajo se halla subordinado y regulado por un tipo de organización social que le marca, determina y sobre todo administra tiempos y procedimientos que suelen ser sistemáticamente evaluados, y que han hecho de su saber un conocimiento regulado al interior de las instituciones sociales, ya sea de carácter público o privado.

A MANERA DE REFLEXIÓN FINAL

El médico moderno y en particular la atención médica son resultado de una manera de entender y actuar en mundo occidental que se ubica en el siglo XVIII, y que de forma dominante influye en las diferentes áreas del pensamiento y la actividad humana.

Pensar en la atención médica a la luz de lo anteriormente planteado, supone replantear a la medicina y al médico como resultado de un conocimiento acumulativo y progresivo, de tal forma que es entonces posible abrir un abanico de posibilidades de reflexión en torno a los fracasos y limitantes cada vez más evidentes (aunque aún no abiertamente reconocidos) de los avances en el conocimiento médico y sus tecnologías, ya que a cada sociedad le son propias condiciones de relación y producción que influyen de manera directa no sólo en

las llamadas condiciones de salud de quienes las integran, sino en la definición y en el concepto de lo que se entiende por salud, las estrategias para atenderla, los parámetros que se utilizan para medirla y evaluarla.

La atención médica encarna, en este sentido, un tipo de conocimiento que se ha centrado en la atención de la enfermedad, que es tomada como objeto de estudio y actuación profesional, a partir de la sistematización y descripción de un conocimiento en el que confluyen disciplinas como la biología, la química, y las diferentes ramas de la medicina.

El médico como una construcción social, desde su formación académica hasta el ejercicio mismo de la profesión, hace suya una concepción de la salud orientada, prioritaria y exclusivamente a la atención de la enfermedad, que a su vez se consigna en el cuerpo del individuo, dejando en el campo de la obscuridad (invisibilidad) a todos aquellos elementos que permiten un acercamiento al carácter cultural, social, histórico, político y económico. De ahí que en la llamada relación médico-paciente tengan lugar desencuentros que ante la posición de poder del médico, marginan y ven como accesorio y carente de valor la opinión del paciente respecto a su enfermedad. Además, hay que decir que cuando la atención médica intenta rebasar la frontera de la medicina, interesándose por las condiciones socioculturales de la salud, tampoco se sabe qué hacer, ya que se carece de herramientas para entender y tratar el problema de una manera profesional.

NOTAS

¹ El nacimiento de la medicina, como ciencia, se halla marcado por una concepción y tratamiento clínico biológico del tipo de padecimientos del ser humano que a su vez han sido catalogados como enfermedades; de tal manera que se atiende a los cuerpos enfermos en la analogía de sistemas y estructuras desajustadas que han perdido su correcto y adecuado funcionamiento, dejándose de lado las condiciones históricas, sociales y culturales que determinan y significan la condición misma de estar sano o de estar enfermo, y los diferentes mecanismos para atender o procurar uno y otro "estado" de salud-enfermedad.

² El Renacimiento y la Ilustración son dos etapas que caracterizan a la Edad Media. El Renacimiento es uno de los grandes momentos de la historia universal que marcó el paso del mundo medieval al mundo moderno. Es un fenómeno muy complejo que impregnó todos los ámbitos más allá de lo puramente artístico. Será a partir de este momento cuando cobra fuerza el redescubrimiento del hombre como individuo, el redescubrimiento del mundo como armonía y realidad que rodea al hombre liberado de todas las preocupaciones religiosas. En cambio, la Ilustración permite repensar en un nuevo conocimiento dentro de valores y creencias a través del conocimiento científico, es aquí cuando surgen algunas corrientes como el empirismo y el racionalismo. El ideal de la Ilustración fue el conocimiento de la naturaleza a través de la razón. En realidad no es más que el espíritu del Renacimiento llevado hasta sus últimas consecuencias, en manifiesta oposición con lo sobrenatural y lo tradicional (Ver: Gómez *et al.* 1995; Romano y Teneti, 1989; Appendini y Zavala, 1978).

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht, Ewin H (1971), *Medicina y antropología social*, Madrid, AKAL / Universitaria.
- Alonso, Luis Enrique (1999), "Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa" en *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*, Delgado, Juan Manuel y Gutiérrez, Juan (coord), Madrid, Síntesis Psicología.
- Appendini, Ida y Silvio Zavala, (1978), *Historia universal moderna y contemporánea*, México, Porrúa.
- Bizkarra, Carmelo (2003), "Historia de la Medicina" [en línea] s/f [consultado en 2003]. Disponible en http://www.zuhaiজে.com/articulos/historia_medicina7.htm
- Bullough, Bonnie (1985), *Atención médica de primer nivel*. Una guía clínica para la atención directa y personal del paciente, México, La Prensa médica mexicana.
- Byrne, N. y M. Rozental (1994), *Tendencias actuales de la educación médica y propuestas de orientación para educación médica en América Latina*, México, s/e.
- Collado, Ronaldo (1976) "Papel del médico. Medicina privada y medicina institucional" en *Médicos y estructura social*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 68-79.
- Conde, Fernando (2002), "Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina" en *Revista Española de Salud*, España.
- Conti, Laura (1972), "Estructura social y medicina" en *Medicina y Sociedad*, Aloisi, Berlinger, (coord.), Barcelona, Fontanella.

- Foucault, Michel (1999), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI Editores
- Girón, Manuel, Bebía Begoña, Elisa Medina y Manuel Simón Palero, (2002), “Calidad de la relación médico paciente un resultado de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales” en *Revista Española de Salud*, España.
- Gómez, José et al.(1995), *Historia del mundo Contemporáneo*, México, Alambra Mexicana,
- Granda, Edmundo (2000), *Salud Pública e Identidad*, Sin lugar de edición, OPS/UNL.
- Hayward J. A (1956), “Comparación entre la medicina antigua y la moderna” en *Historia de la Medicina*, México, Fondo de Cultura Económica, pp.19-22.
- Katz, Jay (1989), *El médico y el paciente: su mundo silencioso*, México, Fondo de Cultura Económica, pp.10-80.
- López, José María (2000), “Paleomedicinas o medicinas prehispánicas” en *Breve historia de la Medicina*, Madrid, Medicina y Salud, Alianza Editorial, pp.49-51.
- López, Moreno Sergio (2000), “Salud Pública y Medicina Curativa” en *Salud Pública de México*, núm. 2, vol. 42, México, pp, 88-89.
- Mckeown, Thomas Lowe C.R (1986), *Introducción a la medicina social*, México, Siglo XXI Editores.
- Mora, Carrasco Fernando y Paul Martínez Hersch, (1990), *Introducción a la medicina social y salud pública*, México, Trillas.
- Pera, Cristóbal (s/f), “El humanismo en la relación médico-paciente: del nacimiento de la clínica a la telemedicina” en *Trabajo*, núm. 6, Barcelona, p.56.
- Rodríguez, Graciela (2000), “Comunicación médico-paciente: La piedra angular de una buena práctica médica” en *Relación médico-paciente. Interacción y comunicación*, México, Edición World Health Organization, pp. 5-13.
- Romano, Ruggiero y Alberto Teneti, (1989), *Los fundamentos del mundo moderno*, Siglo XXI Editores, México.
- Rosemberg, Nancy y Lawrence Rosemberg, (1969), *Historia de la medicina moderna*, 2ª ed. México, segunda edición, Editorial Diana.
- Rosen, George (1985), *De la policía médica a la medicina social*, México, Siglo XXI Editores.
- Sánchez, Fernando (2000). “Presentación de la ética médica y presentación de la ética” en *Catecismo de ética médica*, Herder, España, pp.23-72.
- Starr, Paul (1991), *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*, FCE/SSA, México.
- Torres, Teresa et al. (2004), “Entre médicos y pacientes buenos y malos: puntos de vista de los actores de la relación médico-paciente” en *Revista de Investigación en Salud*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Torres, Teresa Margarita (2005), “Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas; las representaciones sociales” en *Ciencias sociales y ciencias de la salud Dossier*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Vattimo, Gianni (1994), “Posmodernidad: ¿una sociedad transparente?” en G. Vattimo et al. *En torno a la posmodernidad*, Barcelona, Anthropos.