

## Editorial

# Sociología de la medicina

Manuel Quijano Narezo

Se habla ahora, para todo, de la globalización; el mundo es apenas una aldea global y todo está interrelacionado, no sólo en lo comercial y económico, sino en la tecnología, en la informática y, por supuesto, en el conocimiento y la utilización de las ciencias. Hay libros dedicados por entero a la sociología de las ciencias que enfocan sus consideraciones en dos maneras: una, la apreciación de los valores de la ciencia, las necesidades de los científicos, los apoyos financieros que el Estado puede dar, los excesos y carencias y lo que opina el gran público. Otra que se refiere a los problemas sociales concretos que se producen como consecuencia de la propia ciencia, la necesidad de ciertos controles y toda clase de repercusiones en la sociedad.

Puede hablarse de la sociología *en* la medicina y de la sociología *de* la medicina. La primera consistirá en aplicar las técnicas y teorías sociológicas a los problemas médicos (como se ha hecho ya con el uso de la demografía), y la segunda considera que la medicina, al igual que la familia, la religión o la economía, son dignas de un estudio sociológico para saber en qué forma afecta a la sociedad y qué características tienen la organización y el funcionamiento de los cuidados médicos. Ejemplos muy claros son lo referente al costo de los servicios públicos y privados, los esquemas de atención a padecimientos agudos o crónicos, médicos o quirúrgicos, de niños, de ancianos o de obstetricia, el empleo de otros profesionales como enfermeras y técnicos y, como extensión de esto, la competencia de otros diversos métodos de curación, como las medicinas llamadas alternativas.

Los sociólogos consideran siempre que la comunidad es víctima y tienden, con cierta delectación, a buscar responsables: la crítica afecta principalmente la organización, administración y políticas de los servicios de salud, menos a la propia ciencia médica y a la forma de ejercerla.

El análisis "costo beneficio" que se aplica en la economía de consumo y de competencia, se emplea ahora en otros campos como los servicios gubernamentales de transportes, caminos, recursos hídricos o eléctricos y también en los servicios de salud. Se aplica para analizar los gastos en servicios de distribución colectiva y supuestamente equitativa. Otros aspectos de sociología médica serían las modalidades de entrada a las residencias, las oportunidades, la distribución, salarios, las conveniencias de la residencia piramidal y competitiva, la duración del adiestramiento, la feminización de la profesión, las preferencias de las subespecialidades, la certifi-

cación y recertificación, la necesidad de la educación continua, y la comparación de los diferentes planes de estudio.

El capítulo de sociología más tradicionalmente aplicado a la medicina ha sido la demografía. Desde el siglo XVIII en Inglaterra se empezó a estudiar numéricamente la mortalidad como indicador de la salud del pueblo; no fue sino hasta nuestro siglo, que se derivó el interés hacia la morbilidad y a las consecuencias de la acción médica.

En México entre 1970 y 1990 hubo un incremento de la población general de 48 a 91 millones, equivalente a 2.7% anual, mientras que el incremento en el número de médicos fue de 34, a 157,000 equivalente a 7.6% por año. La relación de habitantes por médico es ahora de 673, comparable a la de países desarrollados, pero la distribución es muy desigual, pues en Chiapas es de 1642 por médico mientras que en el D.F. es de 292. En los últimos años ha mejorado ligeramente la distribución de médicos pues en 1970 el Distrito Federal concentraba el 42.5% de médicos, cifra que bajó al 24.1% en 1990.

Es también sabido que el número de escuelas de medicina aumentó tres veces de 1950 a 1970, pero como la población general había crecido y el número de jóvenes que llegaba a solicitar estudios superiores hacía mucha presión, el gobierno declaró una política de puertas abiertas. En poco tiempo se vio que se estaba asfixiando a la profesión y a las universidades y se pusieron diques a base de convencimiento, recomendación de otras profesiones, exámenes de admisión y finalmente *numerus clausus* para el ingreso. No obstante, el efecto deflacionista apenas se empieza a notar por lo prolongado de la carrera, si se incluyen los años de residencias.

Esto indica que aunque sea verdad que existe un déficit de acceso a la atención a la salud en cerca de 6 millones de personas, por causas principalmente orográficas y de falta de vías de comunicación, la formación masiva de médicos no lo va a resolver sino más bien va a agravarlo al generar concentración y subutilización.

La medicina privada, aislada o de grupo, funciona con las reglas de una empresa comercial. Hace 50 años muchas de esas pequeñas empresas pertenecían a médicos individuales, o a asociaciones de ellos, que creaban así su propia herramienta de trabajo. Ahora se trata de actividades puramente lucrativas, al agregar al consultorio una toma de productos o un pequeño laboratorio clínico, o un equipo para estudios radiológicos o de medicina física. Pero mucho más que en la práctica de médicos aislados, esta búsqueda desorbitada

de la ganancia se encuentra en los hospitales privados con precios elevados por la habitación, cobro extra por todo, uso exagerado de salas de cuidados intermedios, multiplicación del costo de los medicamentos etc. Todo esto se les facilita con el florecimiento de los seguros de gastos médicos que, por cierto, castigan mucho los honorarios de los profesionales. Curiosamente, este sector de la medicina privada está en expansión a pesar de la reconocida y comentada crisis económica, lo que constituye otro campo de investigación para economistas y epidemiólogos.

Otro tema de la sociología de la profesión es el de la responsabilidad del médico, no sólo moral o profesional sino jurídica y penal. Todos sabemos que en otros países, EUA notoriamente, las demandas legales fueron aumentando en número hasta convertirse en un problema serio que afectaba la práctica profesional. Se creyó que con la protección de empresas aseguradoras, el médico se conservaría en calma pero la acumulación de casos hizo que subieran las primas a un nivel que desanimó a los médicos, al grado de propiciar un cambio radical que ha afectado la relación médico-enfermo. Se llegó al grado de demandar no por un error o negligencia sino por no advertir de una posible complicación, por banal que fuera, o bien omitir por considerarlo superfluo, un EEG o la consulta con otro especialista, o no prevenir al paciente que debería usar bastón por un cierto tiempo. Hace unos meses, al encontrar que la Fenfluoramina, usada como anorexígeno durante 25 años, puede causar daño a las válvulas cardíacas, la FDA

recomendó retirarla del mercado. Inmediatamente se desató una catarata de demandas legales pues los abogados en todo EUA olieron dinero.

Tanto dentro de las instituciones, aunque más en la práctica privada, se establece un acuerdo verbal entre médico y enfermo, ajeno a los papeles que se firman a la entrada del hospital, que se fortalece por el hecho de que el enfermo se pone libre y espontáneamente en manos del médico y otorga un consentimiento. Los enfermos mexicanos son menos dóciles para aceptar las indicaciones quirúrgicas o colaborar a su seguimiento en consultas subsecuentes, pero también son menos querellosos o vengativos si las cosas no marchan como fuera de desearse. No obstante, a finales del siglo XX nadie cree en la "fatalidad" y la gente quiere siempre encontrar una causa aceptable para cualquier complicación, más si se trata de un fallecimiento no esperado.

Lo que se vio en EUA y probablemente empieza a ocurrir en nuestro país es que los abogados, con otra intención, hacen sugerencias malévolas o suponen errores donde no los hay. En esto de las demandas ocurren cosas curiosas: un pequeño accidente, excusable ante nuestros ojos, gente del oficio, se quiere convertir en graves cargas por el público o por el abogado; y por el contrario, fallas de criterio, que nosotros condenaríamos severamente, apenas si impresionan a otros. Pero lo que otros suponen error o negligencia puede dar lugar a procesos enojosos e inútiles; a los que juzgan no puede achacárseles mala fe pero sí incompetencia en el juicio de responsabilidad.