



Salud & Sociedad

E-ISSN: 0718-7475

alurzua@ucn.cl

Universidad Católica del Norte

Chile

SAFORCADA, ENRIQUE; JUÁREZ, MARÍA PAULA
CONDICIONANTES DE LA MEDICINA OCCIDENTAL QUE PROPICIAN LA BARRERA
PSICOSOCIOCULTURAL ENTRE LOS EFECTORES MÉDICOS Y LAS POBLACIONES
CONSULTANTES

Salud & Sociedad, vol. 3, núm. 6, septiembre-diciembre, 2015, pp. 266-288

Universidad Católica del Norte

Antofagasta, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439744554006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONDICIONANTES DE LA MEDICINA OCCIDENTAL QUE PROPICIAN LA BARRERA PSICOSOCIOCULTURAL ENTRE LOS EFECTORES MÉDICOS Y LAS POBLACIONES CONSULTANTES

WESTERN MEDICINE FACTORS THAT ENHANCE PSYCHO-SOCIOCULTURAL BARRIERS BETWEEN PHYSICIANS AND PATIENTS

Recibido: 10 de Octubre del 2015 | Aceptado: 22 de Diciembre del 2015

ENRIQUE SAFORCADA ¹; MARÍA PAULA JUÁREZ ²
(UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, Buenos Aires, Argentina)

RESUMEN

Introducción: Las transformaciones que en el devenir histórico fueron acaeciendo en el campo de la medicina la han estructurado con una carga grande de agresividad y progresiva deshumanización que se hacen muy evidentes en las habituales interacciones de los facultativos y las poblaciones consultantes. **Objetivo:** Analizar desde una perspectiva psicosociocultural los factores que han favorecido la deshumanización y agresividad de la medicina occidental en su interacción con consultantes y pacientes. **Método:** Se utilizó el estudio y reflexión crítica de publicaciones significativas vinculadas con el objetivo, sumados a la experiencia de los autores en el campo de la Atención Primaria de Salud en el Primer Nivel de Atención. **Resultados:** Se aporta soporte teórico y fundamentos vinculados a la génesis y existencia de una barrera psicosociocultural con efecto negativo, interpuesta entre el componente formal y el informal de los sistemas de servicios de salud. **Conclusiones:** Las barreras psicosocioculturales generan negativos efectos comportamentales y afectivo-emocionales que deben ser visualizados y vivenciados como problema por los mismos profesionales. Esta es la raíz para avanzar en su deconstrucción: la concientización de su existencia, sus consecuencias y la profunda insatisfacción profesional por la baja eficacia de su accionar.

PALABRAS CLAVE: Agresividad médica; deshumanización médica; barrera psicosociocultural; consultantes.

ABSTRACT

Introduction: Changes in the field of medicine along the history have characterized it as highly aggressive and progressively dehumanized. These changes are observed in the usual everyday interactions between patients and physicians. **Objective:** To analyze the psycho-sociocultural factors which have enhanced dehumanization and aggressiveness in the patient-physician interactions in western medicine. **Method:** The reflections and discussions from meaningful publications linked to the objective of the present research were used for the analysis, along with the authors' experience in the field of Primary Health Care in the First Level of Medical Assistance. **Results:** The study provides theoretical support and other elements linked to the origin and existence of psycho-sociocultural barriers with a negative effect which rises between formal and informal components of health care systems. **Conclusions:** Psycho-sociocultural barriers generate behavioral as well as affective & emotional negative effects which physicians probably experience every day and see as problems. Being aware of this situation along with its consequences constitutes the path to begin eradicating the problem.

KEY WORDS: Medical aggressiveness, dehumanization, psycho-sociocultural barriers, patients.

1. Afiliado a la Universidad de Buenos Aires. E-mail: enrique.saforcada@gmail.com

La agresividad y la deshumanización son inherentes a la medicina occidental desde la Edad Media, profundizándose significativamente a partir del brusco giro copernicano a que fue sometida durante el Renacimiento, desde mediados del siglo XV hasta finales del XVI. Esta característica se exacerbó a lo largo de los siglos posteriores, siendo tal vez una de las causas de mayor peso en la mantención de prácticas carentes de sentido común que llevaron a tantos enfermos y enfermas a la exacerbación inútil del sufrimiento y a la muerte a través de técnicas como la tan difundida sangría o el mantenimiento de la falta de higiene por parte de los médicos en las salas de partos. A la deshumanización se le sumó la omnipotencia médica y el poder que le fue conferido, por la sociedad, a sus profesantes.

En la posguerra del segundo conflicto bélico mundial (1939-1945), acompañando la expansión imperial de Estados Unidos de Norteamérica, se instaló en el campo de la salud una estrategia mercantil dominante que desembocó, aproximadamente en la década de los 70 del siglo pasado, en la estructuración de verdaderos mercados de la enfermedad en los países ubicados dentro del campo de dominación económico política de este país. La perspectiva y dinámica de estas estructuras expandieron, hasta límites nunca previstos, la señalada naturaleza deshumanizada de la medicina.

Esta característica corrompió no sólo la dinámica de las instituciones de atención de la enfermedad, privada y pública – sanatorios y hospitales–, sino también las prácticas profesionales individuales y la formación de grado y posgrado de los profesionales de la salud – fundamentalmente de la medicina, la odontología y la psicología clínica–. Esta pérdida progresiva de valores humanos y de respeto a los derechos de las personas por parte de las profesiones de las ciencias de la salud, es hoy universal en Occidente.

Diversos autores y estudios aluden a esta cuestión (Ferrara, 1985; Kothari & Mehta, 1988; Thompson, 1990; Kalinsky y Arrúe, 1996; Emmanuelle, 1998; Saforcada, 2002; Lasso Toro, 2012; Juárez y Saforcada 2013; Gérvas y Pérez Fernández, 2013; Muller, 2014; Juárez, 2015; Illich, 1975; entre otros) sobre la cual se puede reflexionar desde el siguiente punto de vista: la racionalidad original y genuina de este espacio de interacción humana, la de la antigua medicina griega, implicó privilegiar o jerarquizar la promoción de la salud y la evitación del sufrimiento, esta racionalidad higienista fue progresivamente reemplazada por la del lucro y el poder, cuyos desarrollos acompañaron la instauración y expansión de la clínica, llegando a límites inimaginables a partir del antes señalado inicio de la posguerra y la diversificación de los campos de acción del complejo industrial-militar (Saforcada, 2015).

En el campo de la salud, este complejo se estructura como industrial-corporativo profesional (confederaciones o asociaciones médicas y odontológicas, colegios médicos, federaciones de clínicas y sanatorios, etc.) y está integrado por las grandes corporaciones de la industria químico-farmacéutica y las que producen tecnología electromecánica, electro-electrónica y físico nuclear aplicadas al diagnóstico y tratamiento de enfermedades humanas. La presencia de este complejo como relevante operador y poder fáctico en el ámbito de la salud es lo que lleva a que si lo que se quiere es contextualizar y comprender la relación médico-consultante en Occidente, no es pertinente entrar en una descripción detallada de los sistemas de servicios de salud, las políticas públicas y demás cuestiones estructurales vinculadas con la salud de un país dado que ninguno de estos elementos vigentes puede modificar lo atinente a las generalizadas características deshumanizadas de la interacción, comunicación, relación y vínculo médico-consultante.

En todo caso, lo único que podría hacer un Estado es, por un lado, legislar con amplitud y rigor para limitar ese poder fáctico del mencionado complejo y/o, por otro, transformar radicalmente la formación universitaria de los profesionales de la medicina efectuando un cambio total de paradigma, poniendo al mismo tiempo particular empeño en los dos primeros años del pregrado de modo que el alumnado tenga su primer contacto con la promoción de la salud –la vieja higiene–, no como ocurre ahora en que la primer experiencia es el trato con la muerte –los cadáveres de las disecciones– y luego con la enfermedad descontextuada –la enfermedad en la cama del hospital–. En este sentido debe destacarse que, en los hospitales escuelas, nunca llegan a asomarse al proceso de salud o sea el proceso de la vida, con sus emergentes positivos y negativos, en sus habituales contextos sociales –familias y barrios o comunidades de residencia–.

Lo planteado es muy dificultoso de lograr y mantener en el tiempo, atendiendo a las presiones que ejercerían esos poderes fácticos del mencionado complejo industrial-corporativo profesional y las resistencias que opondrían muchos de los profesores universitarios que usufructúan las dádivas de esas industrias.

Comprender los problemas inherentes al vínculo médico-consultante en la actualidad plantea la necesidad de considerar que la deshumanización se manifiesta, entre otras cuestiones, en la presencia de una barrera psicosociocultural que está causalmente vinculada con las mencionadas cuestiones estructurales relacionadas con la salud y, yendo a las raíces más profundas, con la agresividad inmanente a esta medicina surgida en el Renacimiento y sus posteriores moldeamientos.

La agresividad inherente a las prácticas y al empirismo médico –que cuando menos se manifiesta en la cosificación del otro u otra que consulta–, junto a la matriz

comportamental propia de los escenarios mercantilizados, constituyen los ingredientes actitudinales esenciales para la génesis y consolidación de esta barrera que se interpone entre facultativos consultados/consultadas y personas consultantes. El proceso se acentúa y profundiza cuando estas interacciones entre profesionales y población lega implica marcadas diferencias psicosocioculturales y socioeconómicas –en detrimento de quienes consultan– coartando o haciendo muy difícil la posibilidad de establecer vínculos humanos positivos basados en la dialogicidad, la empatía o el respeto a la dignidad del o de la consultante.

Indudablemente la barrera psicosociocultural es una co-construcción creciente –dado que se potencia a sí misma y sus elementos constituyentes se reproducen– entre ambas instancias o componentes de los sistemas y subsistemas de servicios de salud, el componente formal (integrado por los facultativos y técnicos; administrativos; personal de maestranza, hotelería y seguridad de las instituciones de estos sistemas) y el componente informal (las personas legas integrantes de las comunidades que concurren en consulta a estas instituciones).

Para dar a entender más pormenorizadamente a qué se hace referencia con el concepto de *barrera psicosociocultural* es primordial señalar que es un fenómeno que involucra la subjetividad y la intersubjetividad de las personas –profesionales y consultantes–, las reacciones afectivo-emocionales que generan siempre las interacciones intersubjetivas y la subsiguiente transformación gradual de las mismas en creencias, opiniones, actitudes, meta representaciones, prejuicios y construcciones axiológicas, entre otros componentes de lo que genera el contacto de la subjetividad de una persona con la de otra o con realidades humanas más complejas –instituciones, comunidades,

relación de relaciones, etc.– a través de procesos de naturaleza similar a la del *otro generalizado* de Berger y Luckman (1986).

Los mencionados efectos o productos de la dinámica intersubjetiva quedan en algo así como un espacio virtual de interacción al que se puede denominar *espacio intersubjetivo*.

Continuando imaginativamente esta reflexión, es dable idear que en este espacio se van acumulando estos productos que, cuando son negativos, dan origen y sostén a la denominada barrera psicosociocultural, pero cuando son positivos lo que se estructura son *puentes* que facilitan la comunicación reconfortante, constructora de conocimiento por ambas partes y otros frutos interpersonales que inciden benéficamente en la salud de las personas y las comunidades. Esta incidencia benéfica, demás está señalarlo, también implica a los profesionales y sus ámbitos institucionales de trabajo.

La barrera entorpece la posibilidad de llegar a los objetivos de la interacción y como es muy estable termina influyendo decisivamente en la merma de la eficacia y eficiencia de las acciones profesionales de salud pues modifica y consolida comportamientos negativos de las personas consultantes (no adhesión a las indicaciones facultativas, incomprensión de las mismas que llevan a errores en el cumplimiento de las prescripciones, desmotivación para las consultas a los sistemas de servicios de salud, incremento de la agresividad del componente informal hacia el formal, etcétera).

Todos los factores y procesos que coadyuvan en la estructuración de la barrera pueden ser transformados a través de procesos de cambio planificado, organizados a mediano y largo plazo, a partir del reconocimiento por parte de los distintos actores –grupos e instituciones sociales involucradas (médicos, consultantes, ministerios de salud en todas

sus jurisdicciones, universidades, comunidades, etc.)– de las limitaciones que impone a la relación profesional / consultante y del marcado menoscabo de la eficacia y eficiencia de los recursos que la sociedad canaliza al ámbito de la salud. Ello abre la posibilidad de asumir una perspectiva esperanzada, pero no ingenua, respecto a su posibilidad de transformación.

Atendiendo a esta cuestión, en este trabajo se reflexiona sobre cómo se instauró la cuestión de la violencia en la medicina occidental y cómo contribuyeron, primero la mercantilización profesional y luego los sesgos en la formación de los profesionales de la medicina, a generar la barrera señalada a la vez que, más recientemente, la facilitación del surgimiento y posterior consolidación de un mercado de la enfermedad que retroalimenta negativamente el obstáculo señalado y la deshumanización de la medicina.

A tal fin se desarrolla un análisis crítico en cuatro apartados, que cierra con una reflexión final sobre la temática intentando recuperar un halo esperanzado que tome como eje los legados de las medicinas orientales y de los pueblos originarios como ejemplos a considerar para la re-humanización del vínculo médico/médica / consultante desde el paradigma de Salud Pública denominado *salud comunitaria* (Saforcada y Moreira Alves, 2015).

La cuestión de la agresividad en la medicina occidental: los orígenes de la deshumanización y sus consecuencias

“El riesgo médico, el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina, no es nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina fue acompañado, por su

propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas.” (Foucault, 1976, p.158).

Lo que le faltó señalar a Foucault es que esos efectos negativos que conlleva toda intervención, ya sea diagnóstica o terapéutica, en ninguna de las medicinas de las distintas culturas tiene tanta capacidad de daño como el que ha poseído y posee en la medicina occidental.

Tal como lo plantean las filosofías orientales, la vida encierra siempre fuerzas positivas y negativas, vida y muerte, eros y tánatos, ying y yang del Tao, etcétera. Todas las prácticas médicas implican efectos benéficos y perniciosos, es decir, consecuencias iatrogénicas positivas y negativas¹.

Es curioso el error en que se incurre actualmente al tomar la expresión iatrogenia sólo para designar los efectos negativos de una acción médica, puesto que todo resultado del hacer médico es iatrogénico, pero este hacer puede tener efectos positivos o negativos y por eso se debe especificar si la iatrogenia de la que se habla es positiva o negativa.

Ahondando más en esto, hay que poner a la luz que la cuestión está en el balance de la totalidad de las consecuencias de estas acciones. Por ejemplo, una apendicectomía implica una primera acción iatrogénica negativa –la incisión quirúrgica para poder llegar al apéndice y extirparlo–, pero el paciente salva la vida, que es una consecuencia iatrogénica benéfica superior, o sea, el balance es positivo y le otorga a ese comportamiento médico un aval ético, lo legitima. Toda intervención en que el platillo

de los efectos positivos pesa menos que el de los efectos negativos debe ser caracterizada como iatrogenia negativa (mala praxis, efectos adversos de tal o cual droga, etcétera). En esto reside uno de los núcleos duros de la ética médica, psicológica y de las otras profesiones de la salud.

Vinculado con ello Foucault (1976) expresaba:

“...lo que [...] plantea el verdadero problema (son) los efectos médicamente nocivos debidos [...] a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada.” (Foucault, 1976, p.157-158).

En el plano de la interacción médico-consultante resulta que la confianza en la capacidad científico-técnica y en la moral que el consultante atribuye al médico es uno de los componentes principales de la mejoría, alivio o cura del enfermo por aquello que en el pasado la ciencia desconocía pero que algunas escuelas de medicina intuían –como la Escuela Moderna de Medicina de Viena que se cita hacia el final de este artículo–y ahora, desde hace unos veinte o treinta años, se conoce y explica a partir de la investigación científica en el campo de la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) (Márquez López Mato 2008; Steptoe, Wardle y Marmot, 2005; Woldecherkos, Shibeshi, Yinong Young-Xu y Blatt, 2007; Figueredo, 2009; entre otros).

Desde el conocimiento transdisciplinar de este sistema integrado de vehículos de

¹ Según el diccionario de la RAE, iatrogénico designa toda alteración del estado del paciente producida por el médico, indicando esta publicación su origen etimológico del griego *ιατρῆς*, médico, y de la raíz griega *γεν*, generar o producir. Por esto es necesario especificar si la iatrogenia es negativa –cuando el resultado de la acción es dañoso– o positiva –cuando es beneficioso–.

información psicológica-neurológica-inmunológica-endócrina (PNIE) no es racional –ni ético– desatender el tema del impacto y efectos que genera la palabra del médico o la médica en sus consultantes. No solo la palabra sino también sus actitudes, su mímica, todo lo que no se dice pero se expresa. Lo que se pone en palabras y comportamientos no verbales en el marco de la interacción humana –que inevitablemente se vincula con lo afectivo-emocional y la empatía– incide en la salud de las personas consultantes en forma directa o indirecta, en lo inmediato o mediatamente.

En tal sentido es interesante revisar lo referido a tratamientos con placebos (Craen, Momerman et al. 1999; Abarca, Chacón et al. 2004; Cholí Montañes y Capafons Bonet, 1991; Lemoine, 2011; Michel, 2011). Lógicamente, en estos casos el poder curativo no deviene de la sustancia fisiológica y bioquímicamente inerte que se le administra al paciente sino de la sustancia-prescripta-por-el-médico, de la palabra médica que la señala con poder terapéutico –*therapeutikós*, en griego, significa servicial, que cuida de algo o alguien–. Michel (2011) señala que:

Es necesario rebelarnos contra la idea, muy común, que el placebo sería el engaño de un médico, administrado a un paciente crédulo. ¡Error a evitar! ¡El placebo es en realidad un remedio vacío! Un remedio en el cual el médico no cree y el paciente se supone que sí... Ahora bien, este paciente que recibe un placebo no está absolutamente equivocado. Puesto que el remedio no es siempre falso... ya que la mayoría de los estudios coinciden en reconocerle, en las pruebas de doble ciego, una eficacia de alrededor del 30% de los casos. (Michel, 2011 p. 1463).

En el mismo sentido, Lemoine (2011, p. 1465) afirma que “Desde una perspectiva más amplia, el efecto placebo puede ser visto como el resultado de la capacidad del médico para optimizar los efectos de la recuperación esperada, optimización inducida por la relación terapéutica”.

Los aspectos procesuales de la configuración de la barrera psicosociocultural encierran infinidad de instancias o momentos en que es bloqueado este particular y tan importante atributo de los profesionales de la medicina de influir positivamente en el restablecimiento de la salud de sus pacientes a través del puro vínculo interpersonal –tan valorado por muchos de los integrantes de la ya mencionada Escuela Moderna de Medicina de Viena o, más acá en el tiempo, por figuras relevantes de la medicina humanizada como fue Archibald Cochrane–. Otro efecto mediato de la barrera psicosociocultural, dificultando la vinculación entre profesional y consultante en el plano afectivo-emocional y empático positivo, lleva a las personas consultantes a abandonar la concurrencia a los sistemas de servicios de salud legalmente habilitados, optando por indebidas ofertas de salud como las que hacen, entre otros muchos ejemplos posibles, la Iglesia Universal del Reino de Dios y la Iglesia Victoria en Cristo de las Asambleas de Dios, tan extendidas en Argentina y Brasil, entre otros países.

En la medicina occidental y las otras profesiones centradas en la enfermedad de este espacio cultural, el componente de iatrogenia negativa ha sido siempre más lesivo e injurioso, con más carga de daño, que en cualquiera de las otras medicinas que han existido y existen en las grandes culturas (ayurveda, medicina china, medicinas árabe y persa –sobre todo la unani, que surge a partir del establecimiento del imperio Sasánida–, guaraníca, mapuche, maya, etcétera).

Ejemplos de ello sobran. Uno, es la tan difundida práctica de la sangría deplectiva de los enfermos, casi cualquiera fuera la enfermedad, que se usó hasta entrado el siglo XX y que según McKeown (1979) mató más gente en Occidente que todas las epidemias juntas.

Sirve de antiguo ejemplo raigal de este tipo de prácticas encarnizadas de la medicina occidental –agresivas, sinsentido y frustrantes– lo que relata un cronista del siglo XII, citado por Amin Maalouf:

“Thabet [un médico árabe que había sido mandado a curar unos enfermos en una ciudad tomada por los europeos y al cual le preguntan cómo le había ido, dado que volvió en pocos días] contestó: ‘Han traído a mi presencia a un caballero que tenía un absceso en la pierna y a una mujer que padecía de consunción. Le puse un emplasto al caballero; el tumor se abrió y mejoró. A la mujer le prescribí una dieta para refrescarle el temperamento. Pero llegó entonces un médico franco [francos o frany se le decía a los europeos de las cruzadas] y dijo: ‘¡Este hombre no sabe tratarlos!’ Y, dirigiéndose al caballero, le preguntó: ‘¿Qué prefieres, vivir con una sola pierna o morir con las dos?’ Como el paciente contestó que prefería vivir con una sola pierna, el médico ordenó: ‘Traedme un caballero fuerte con un hacha bien afilada’ Pronto vi llegar al caballero con el hacha. El médico franco colocó la pierna en un tajo de madera, diciéndole al que acababa de llegar: ‘Dale un buen hachazo para cortársela de un tajo’ Ante mi vista, el hombre le asestó a la pierna un primer hachazo y, luego, como la pierna seguía unida, le dio un segundo tajo. La médula de la pierna salió fuera y el herido murió en el acto. En cuanto a la mujer, el médico

franco la examinó y dijo: ‘Tiene un demonio en la cabeza que está enamorado de ella. ¡Cortadle el pelo!’ Se lo cortaron. La mujer volvió a empezar entonces a tomar las comidas de los francos con ajo y mostaza, lo que le agravó la consunción. ‘Esto quiere decir que se le ha metido el demonio en la cabeza’, afirmó el médico. Y, tomando una navaja barbera, le hizo una incisión en forma de cruz, dejó al descubierto el hueso de la cabeza y lo frotó con sal. La mujer murió en el acto. Entonces, yo pregunté: ‘¿Ya no me necesitáis?’ Me dijeron que no y regresé tras haber aprendido muchas cosas que ignoraba sobre la medicina de los frany.” (Emir Usama, 1140, citado por Maalouf, 1994 p. 152).

Transcurridos casi mil años, hoy son tres los modernos agravantes de la situación:

- a) el primero es que mientras el médico franco no se movía por ansias de lucro la medicina de la actualidad sí lo hace (Transparency International y Banco Interamericano de Desarrollo, 2007; Ugalde y Homedes, 2015);
- b) el segundo radica en que mientras la brutalidad del médico franco era burda y visible a simple vista para cualquier persona, hoy la medicina cuenta con tecnologías diagnósticas y terapéuticas que poseen gran potencial de daño no visible a simple vista y muchas veces ni siquiera predecible por parte del propio profesional que prescribe la práctica de alto riesgo;
- c) el tercero consiste en el uso planificado y masivo de la generación de miedo ante la

enfermedad potencial, hipocondría y *disease mongering*² como parte inherente a todo el marketing cotidiano que, con muy diferentes formatos y estrategias, se lleva a cabo a través del masivo accionar del complejo globalizado comunicacional por parte del complejo industrial / profesional corporativo (Anseán, 2012).

Vinculada con el agravante “b” aparece una cuestión de meneo creciente en el campo de las ciencias y profesiones de la salud, sobre todo de la medicina, que consiste en exigir con vehemencia el cumplimiento de las normativas éticas del consentimiento informado, que habitualmente no se cumplen ni siquiera formalmente en los experimentos con humanos que se hacen en los hospitales donde concurre la gente pobre con muy bajo nivel de escolarización. Por esta razón, entre otras, las leyes que regulan este tipo de acciones deberían exigir no sólo el consentimiento informado sino que las personas en las cuales se va probar un insumo terapéutico o diagnóstico tengan título universitario dado que los complejísimos procesos biológicos farmacodinámicos y de las radiaciones ionizantes no pueden ser entendidos, en una explicación formulada durante un lapso relativamente breve, ni siquiera por universitarios de disciplinas ajenas a estos campos.

En caso de que las empresas, las corporaciones o los equipos profesionales que pretenden llevar a cabo estudios experimentales sean extranjeras, la ley debería prohibirlo de modo que cada

nacionalidad experimente con sus conciudadanos y conciudadanas, y no como se hace actualmente donde las grandes corporaciones farmacéuticas y algunos equipos profesionales, especialmente de países del norte, experimentan con los ciudadanos de los países más pobres del mundo, en general del sur; a veces no tan pobres, como es el caso de Suramérica (Ugalde y Homedes, 2015).

En esta línea reflexiva Foucault planteaba que:

“...hasta la mitad del siglo XVIII nadie salía del hospital. Se ingresaba en estas instituciones para morir. La técnica médica del siglo XVIII no permitía al individuo hospitalizado abandonar la institución en vida. El hospital representaba un claustro para morir, era un verdadero ‘mortuorio’.” (1976, p.158).

y a ello agregaba:

“... durante la guerra de 1870, un célebre cirujano francés, Guérin, practicó amputaciones a varios heridos pero solo consiguió salvar a uno de los operados; los restantes fallecieron. Este es un ejemplo típico de la manera en que siempre ha funcionado la medicina a base de sus propios fracasos e inconveniencias y de que no existe un gran progreso médico que no haya pagado el precio de las diversas consecuencias negativas directamente vinculadas al progreso de que se trate.” (Foucault, 1976, p.159).

Vinculado con ello, Kothari y Mehta (1988) reflexionan sobre la violencia en la medicina moderna en el libro de Ashis Nandy *Science, hegemony & violence. A Requiem for Modernity*. Analizan la psicodinamia de la disciplina y profesión entendiendo que se

² 1992: La periodista Lynn Payer inventa el término *disease mongers*⁴ y define el *disease mongering* como la forma de tratar de convencer a gente sana que está enferma y a gente levemente enferma de que está muy enferma (Anseán, 2012 p. 1-224) // 4. Payer L. *Disease mongers: how doctors, drug companies and insurers are making you feel sick*. New York: Wiley and Sons; 1992 (Anseán, 2012 p. 1-240).

trata de un producto curioso que resulta de la combinación de la arrogancia médica, de distintas trampas de las tecnologías empleadas así como de la caprichosa creencia de los pacientes -ingenuamente esperanzada- que consideran que habiendo suficiente dinero no hay ningún problema físico o mental que los médicos no puedan resolver.

Estos autores consideran que la violencia de la medicina occidental, entre otros aspectos, se vincula a que los médicos han dejado de ser naturalistas. Entienden que, paradójicamente, la palabra *médico* deriva de la expresión griega *physike*, que significa *la ciencia de la naturaleza*, sin embargo la mayor víctima de la medicina es la naturaleza misma. El antropocentrismo, el señuelo del dinero y el asombro de la modernidad han matado al naturalista. Ejemplo de ello es que, desde el primer momento, la medicina occidental experimenta con animales:

“... la disección de la rana en el laboratorio de fisiología; la experimentación con perros hasta matarlos y tirarlos en un cubo en el departamento de farmacología; monos enjaulados, manipulados y torturados en el laboratorio de psiquiatría. En la ciencia médica conferencias y ponencias han sido deliberadamente escritas con la sangre de decenas de miles de animales de experimentación.” (Kothari y Mehta, 1988, p.165).

Los autores plantean que en el marco de experimentaciones médicas los animales han sido cegados, tirados en agua hirviendo, quemados en platos calientes, congelados en hielo seco. Se los ha dejado sangrar por la exposición de la arteria carótida o por incisión a través de la vena yugular. Se les han implantado electrodos en el cerebro para estimular centros de dolor; han sido sometidos a grandes dosis de radiación y luego obligados a correr en

cintas caminadoras para ver cuánto tiempo podían sobrevivir. Los animales han sido ensordecidos, mutilados, expuestos a infecciones y enloquecidos. Las crías han sido separadas de sus madres para estudiar los efectos de la privación, siendo confinadas durante años en pequeñas jaulas o, peor aún, puestos en sillas con arnés. Muchas veces se los ha dejado morir de hambre o forzados a inhalar cancerígenos o materiales tóxicos hasta morir (Kothari y Mehta, 1988). Lo que le faltó señalar a estos autores es que este tipo de iniquidades también se han llevado adelante con seres humanos durante todo el siglo XX en países como Estados Unidos, Francia, Japón, Sudáfrica y Alemania, a veces con la anuencia y participación de organismos internacionales de salud y de universidades (Por dar solo uno de los múltiples ejemplos posibles: Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, 2011; Presidencia de la República de Guatemala, 2011).

Para Kothari y Mehta (1988), en el caso de la medicina los investigadores experimentan con animales dispuestos a transferir las ganancias clínicas de su estudio a la práctica con los pacientes, perdiendo de vista el hecho de que los seres humanos tienen sus raíces evolutivas en el mismo mundo que las demás criaturas.

“Si estamos dedicados a los servicios humanos, parte de nuestro deber es compartir nuestros derechos humanos con otras criaturas. No tenemos ningún derecho a explotar, matar y torturar para nuestros propios fines egoístas.” (Kothari y Mehta, 1988, p. 169).

Los autores consideran que la admiración por la vida no humana es algo que el estudiante de medicina aprende a mantener alejado de su conciencia y el resultado es que haciendo bien al hombre por medio de hacerle mal a los animales el médico pierde

el arte de escuchar los gritos de los animales que sufren. Y una vez que se acostumbra a ignorar un animal enfermo, se aprende a no escuchar a un ser humano desvalido (Kothari y Mehta, 1988, p. 172)

La deshumanización que devino de la agresividad de la medicina occidental

El monto de agresividad y de iatrogenia negativa de la medicina occidental a través de los siglos y el gran ahondamiento expansivo de su deshumanización a partir de la década de los '50 del siglo pasado hasta nuestros días, fundamentalmente motivada por la transformación del campo de la salud/enfermedad en uno de los más fértiles para la maximización del lucro ha generado, en el vínculo médico / consultante, una dinámica y característica de interacción obstaculizadora de la posibilidad de lograr una relación basada en el diálogo y en el trato horizontal.

El particular tipo de encuentros, donde la agresividad fue permeando —a veces mutua y con variadas formas de manifestación que la velan o desvelan en proporción variable—, ha distorsionado la finalidad que desde lo racional y desde el respeto por los derechos humanos debiera tener la atención de la salud humana, vinculada a la búsqueda de mayor bienestar de las personas consultantes, la prevención primaria del daño o su cura temprana sobre la base de la confirmación de la autoestima y el respeto a la dignidad de las personas.

Un médico o médica inconscientemente funcional a la barrera psicosociocultural es un profesional deshumanizado que ha cosificado a sus consultantes convirtiéndolos en objetos de su accionar, los ha reducido a cosas, recipientes vacíos, carentes de saberes y conocimientos, los percibe como seres incapaces de ofrecer las propias narrativas de sus vivencias de salud y de enfermedad o que estas narrativas carecen de todo valor y utilidad; seres que ya desde el proceso de formación

médica son perceptivamente modelados casi como menos que cosas, al menos, cosas apreciables:

“... [los estudiantes] pasan largas horas frente al cadáver conociendo [...] o ante un microscopio [...] o en un laboratorio [...] o inoculando bacterias en ratones o conejos [...]. Así se forma [...] la mentalidad médica. **El cadáver y el animal de hoy prefiguran al paciente de mañana.** Esto condiciona un tipo de relación médico paciente en la cual el primero es el activo y el segundo recibe pasivamente [...] sin moverse, la acción médica [...]. El estudiante desarrolla así un conjunto de expectativas que lo llevan a esperar pacientes pasivos, sometidos y obedientes y a **incubar un cierto resentimiento en contra de enfermos que oponen resistencia a sus directivas.**” [Se añaden las negritas] (Jiménez, 2005, p. 95).

Vinculado con ello puede reconocerse cómo la formación en medicina aparece como un factor que propicia un futuro escenario de desempeño laboral donde la cuestión de la agresividad y la generación de daño es parte naturalizada de la profesión, donde se anticipa un paciente, muchas veces hasta con desdén y antipatía, comenzando a sentarse las incipientes bases de lo que será la barrera y con ello la deshumanización y la disminución progresiva de la eficacia de la relación, todo lo cual trae aparejado un grado creciente de ineficacia de los sistemas de servicios de salud.

Pero en este punto de la reflexión surgen interrogantes específicos: ¿Qué se generó primero: la barrera o la deshumanización? ¿Es la barrera la que deshumaniza el vínculo o se llega a la constitución de la barrera por una deshumanización previa que la genera? ¿Es la deshumanización

causa y consecuencia de la barrera?, o ¿es la barrera solo consecuencia de la deshumanización?

La cuestión está en el poder soportar, o no, desde los consultantes, las fricciones y el lugar relegado que les toca ocupar en estos escenarios. Al respecto, Jiménez (2005) plantea que una medicina totalmente dominada por una ideología positivista niega realidad a todo aquello que escapa a la explicación científica o pseudocientífica –a lo que se agrega en este escrito que, además, opera con violencia– obteniendo como resultado en la actualidad que:

“...[muchos] pacientes y sus familias hayan perdido el acceso a un vasto tesoro de sabiduría, acumulado por milenios en la memoria cultural de la humanidad, y que los médicos [se hayan] quedado solos y abrumados frente a dilemas humanos intratables desde una actitud meramente científica.” (Jiménez, 2005; p. 93).

Las consecuencias que una relación médico/médica-consultante cosificadora y antidualógica permanezca en el tiempo y no se modifique implicará que la barrera entre los interlocutores se acreciente y grado de deshumanización llegue a ser tal que muchos consultantes preferirán no acceder más a efectores formales de la medicina occidental y concentrar sus consultas hacia efectores no legalizados o de otras medicinas ancestrales aceptadas hoy o en un futuro relativamente próximo e inevitable.

Relacionado con ello, ya Jiménez (2005) reconoce que entre los cambios en las características de la relación médico-paciente acontecidos en las últimas décadas, debe sumarse la consulta a practicantes de las llamadas medicinas alternativas, la que iguala al número de consultas que se realizan en el sistema de salud formal. Frente a ello el autor entiende que se trata de “...un síntoma más de la

incapacidad de la medicina científica de satisfacer, a pesar de sus espectaculares avances, **las profundas necesidades humanas** de sanación.” [Se añaden las negritas] (Jiménez (2005, p. 95).

Consideramos que situaciones como la descrita traen aparejado un sinsentido creciente de la medicina vinculado al hecho de que sin consultantes que soporten los efectos lacerantes de la medicina occidental podría propiciarse el ocaso de la misma, pero ¿es posible que la acción en masa de consultantes críticos dé la espalda a la medicina actual?, ¿es posible desde esa masa crítica salirse de los rumbos predeterminados de la medicina?, ¿puede existir esta medicina occidental sin consultantes pasivos?, ¿pueden los consultantes cambiar los rumbos de la medicina occidental y trazar nuevas sendas hacia su humanización?, ¿debe depositarse esta colosal tarea sólo en la figura del consultante?, ¿es sólo el médico el responsable de cambiar los rumbos de la medicina en Occidente?, o ¿se trata de un cambio de paradigma integral que involucre en la tarea de modificar esta realidad a distintos eslabones y actores implicados – médicos, consultantes, trabajadores, instituciones, universidades, ministerios de salud, políticos, legisladores, etc.–?

Este conjunto de interrogantes –poco halagüeño en sus respuestas actuales desde intercambios donde se manifiesta un comportamiento médico acotado que se naturaliza acríticamente sin percibir el alejamiento de la población– se constituye en una problemática actual en la atención de la salud que se ve acrecentada, desde hace varias décadas, por la presencia de los poderes fácticos que actúan a favor del mercado de la enfermedad –generando intencionalmente miedo ante la enfermedad potencial, hipocondría y *disease mongering*– para quienes le es funcional un profesional deshumanizado que atienda la demanda con y en la perspectiva de la vieja línea de montaje del fordismo.

El mercado de la enfermedad y la profundización expansiva de la deshumanización en la medicina occidental

El gran poder estructurador que tuvo el proceso de desarrollo industrial iniciado a mediados del siglo XVIII y el consiguiente desarrollo, casi de inmediato, de un nuevo espacio de interacción humana denominado mercado, cuya racionalidad central giraba y gira en torno al lucro, fue tan fuerte –lo sigue siendo en forma creciente– que la influencia cultural generalizada de este fenómeno se manifestó, entre otros aspectos, en que esa racionalidad del lucro (legítima en el ámbito del mercado) comenzó a inficionar, en forma relativamente gradual, los otros espacios de interacción humana de las sociedades y a desplazar sus racionalidades centrales (como por ejemplo, entre otras, la búsqueda de la verdad en el espacio de producción científica, la generación de valor estético en el espacio del arte, el desarrollo humano en el espacio de la educación, el amor en la constitución de la pareja con vistas a la procreación y el desarrollo de una familia, la promoción de la salud y el bienestar humano en el espacio de interacción de la salud), primigenias y legítimas en tanto la naturaleza de las mismas eran coincidentes con las naturalezas de las actividades que realmente los caracterizaban en sus finalidades y hoy los caracterizan solo retóricamente.

El desplazamiento ha implicado el remplazo de las racionalidades legítimas por una única racionalidad espuria, la del lucro, que ha llevado en todos los casos a una fuerte degradación del producto de las actividades identitarias de cada espacio de interacción –esto es lo que ha ocurrido en el Occidente capitalista y neoliberal en el arte, la justicia, la educación, la ciencia, el deporte, etcétera.

A este proceso no escapó el espacio de la salud que, como consecuencia, muestra

hoy su transformación dominante en espacio de mercado, mercado de la enfermedad ya que la salud no puede generar lucro, hace falta por lo menos la amenaza real o ficticia de la enfermedad. Para que esto pudiera ocurrir no es tan carente de sensatez suponer que era necesario deshumanizar a los profesionales de la medicina y degradar lo más posible todo aquello que hace a valores humanos (ética, empatía, amor propio o autoestima, reconocimiento de la dignidad de las personas, disponibilidad, acogida y escucha del otro y la otra, etcétera).

Foucault (1976) reconoce en este escenario una crisis que se da con la manifestación de dos fenómenos simultáneos: un avance tecnológico que significó un importante progreso en la lucha contra las enfermedades y un nuevo funcionamiento económico político de la medicina, caracterizado por lo que llamó “medicalización indefinida” (1976, p.160) sin conducir al mejor bienestar sanitario que cabía esperar, sino a un curioso estancamiento de los beneficios posibles resultantes de la medicina y de la salud pública.

El autor reconoce que en este escenario el cuerpo humano se introdujo dos veces en el mercado: la primera por el asalariado, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo, y la segunda por intermedio de la salud. Es decir, con el mercado de la enfermedad el cuerpo humano entra de nuevo en una instancia de transacciones comerciales en cuanto es susceptible a la necesidad, real o inducida, de comprar la cura de sus enfermedades y reaseguros, generalmente ficticios, de mantenimiento de su salud.

Foucault (1976) plantea que desde el momento en que el cuerpo humano entra en el mercado por intermedio del consumo de salud, aparecen fenómenos que causan disfunciones en el sistema y en la medicina contemporánea. Advierte que,

contrariamente a lo que cabía esperar, la introducción del cuerpo humano y de la salud en el sistema de consumo y mercado no elevó el nivel de salud. En otras palabras, se da una paradoja económica de un “crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo del lado de la salud, la morbilidad y la mortalidad” (Foucault, 1976, p.167). Expresa:

“...¿cuál es el destino del [...] lucro derivado de la salud? [...] La remuneración que reciben los médicos, por importante que sea en ciertos países, no representa nada en los beneficios económicos derivados de la enfermedad y la salud. **Los que realmente obtienen el mayor lucro de la salud son las grandes empresas farmacéuticas** [...] Si esta situación todavía no está bien presente en la conciencia de los consumidores de salud [...] los médicos la conocen perfectamente. **Estos profesionales se dan cada vez más cuenta de que se están convirtiendo en intermediarios casi automáticos entre la industria farmacéutica y la demanda del cliente, es decir, en simple distribuidores de medicamentos y medicación.**” [Se añaden las negritas] (Foucault, 1976, p.167-168).

De esta manera, los profesionales de la salud son transformados en fuerza de trabajo, generalmente asalariada, por medio de la cual las grandes empresas hacen funcionar la maquinaria del mercado de la enfermedad con la complicidad de casi todos los gobiernos occidentales y la ceguera, acrítica y pasiva, de la población que a ellos acude.

Los desarrollos de Foucault datan de hace casi cuatro décadas y el proceso de desplazamiento de la racionalidad legítima

del espacio de interacción de la salud ha sido marcadamente veloz. Lo que el pensador francés atisbaba es hoy de una dimensión y profundidad tan abismal y negativa que –tal vez como un mecanismo de defensa– salvo la gente dedicada críticamente al tema de la salud –y no muchos de ellos– ignora o no visualiza casi absolutamente.

Vinculado al mercado de la enfermedad, Kothari y Mehta reconocen cómo se dinamiza en la habitual relación con los consultantes:

“Un adulto sano es enviado para un “regular chequeo médico”, considerado un negocio en los círculos médicos, y se va como un paciente acosado y deprimido. La razón puede ser que el médico ha detectado la señal de nada definido, pero se llama presión arterial alta. Lo que no ha molestado al paciente hasta ahora debe ser aniquilado para aliviar la científica conciencia del médico. No hay campo de la medicina en la que este estado de acercamiento policial no plantee un riesgo físico, mental y económico para el paciente.” (Kothari y Mehta, 1988, p. 64).

Vinculado con el ejemplo anterior, Gervas y Pérez Fernández (2013) afirman que:

“Cada día se marcan límites más bajos de los niveles normales de tensión arterial, lo que transforma a millones de pacientes en enfermos sin serlo. Es un ejercicio masivo de *disease mongering*, de creación de enfermedad y de introducción de miedo en las sociedades. Con ellos se gana poder y mucho dinero por el coste de los medicamentos y de los procedimientos para atender a las nuevas masas de pacientes. [...] En cualquier caso, y por

reducción al absurdo, se llegará a definir tensión normal y que no se asocia a enfermedades cardiovasculares la de 0/0 mmHg. Sin tensión, sin futuras enfermedades cardiovasculares pero muerto. No es hipérbole, pues ya se ha definido la pre-hipertensión y se recomienda su seguimiento y tratamiento, [...] El control de la tensión sólo es un resultado intermedio. El objetivo no es controlar la tensión, sino disminuir las muertes por sus complicaciones. Lo importante es la mortalidad. Pudiera suceder y sucede que el resultado intermedio se logra (se controla la tensión arterial) pero sin efecto sobre el resultado final (la mortalidad que provocan las complicaciones asociadas a la hipertensión y la mortalidad general). Y eso es lo que sucede con las hipertensiones de menos de 160/100, que se controlan, pero sin beneficios.” (Gérvas y Pérez Fernández, 2013, p. 165-166).

Kothari y Mehta (1988) advierten cómo en la escena médica estadounidense en el siglo XXI la tecnología computarizada ha conducido, con frecuencia, a desastres financieros para los pacientes y sus familias, reconociendo casos de quiebras personales debido a cuentas médicas de gran tamaño. Incluso en el caso de enfermedades que por consenso médico moderno son terminales (ataque al corazón, derrame cerebral, cáncer, falla de riñón) y que, después del tratamiento puede restablecerse sólo mínimamente el bienestar y la productividad del paciente, las facturas de los médicos son abrumadoras. Paralelamente, el mercado de la enfermedad de la medicina occidental ha ido creando -más como una industria que como ciencia- lo que Kothari y Mehta (1988) denominan *hospitales de cinco estrellas* u *hospitales palacios* que

prosperan en el mundo desde el lema *no hay servicio, sin comisiones, y, a menudo, servicios innecesarios generan comisiones*. Se produce así, de acuerdo a los autores, una doble victimización de la población: de los pobres, al negarles el derecho a tratamiento, de los ricos al ser explotados.

Por otra parte, el poder fáctico de las corporaciones empresarias que actúan en el campo de la enfermedad corrompen los poderes públicos de modo de proteger sus intereses a costa del daño a la salud de las sociedades. Valga como ejemplo, dentro de la infinidad que podrían traerse a cuento, lo que señalan Gérvas y Pérez Fernández:

“Estaría justificado el uso preventivo de la finasterida si con la prevención primaria pretendiésemos evitar los cánceres de próstata indolentes que no amenazan la vida. No está justificado el uso de la finasterida si con la prevención primaria se pretende evitar el desarrollo de cánceres agresivos mortales, pues su efecto paradójico es justamente el opuesto: facilitar el desarrollo de cánceres invasivos. La agencia estadounidense del medicamento (FDA) tardó 9 años (pues no lo hizo hasta el 2011) en obligar a incluir en el prospecto de la finasterida su efecto oncogénico sobre la próstata y el peligro del desarrollo de cánceres agresivos.” (Gérvas y Pérez Fernández, 2013 p. 240)

ULTIMAS REFLEXIONES

La medicina occidental es sólo uno de los cuerpos existentes de conocimiento y prácticas en salud, se trata del desarrollo más reciente que orienta o encausa hegemonícamente a todas las ciencias de la salud en universidades y prácticas profesionales en Indoafroiberoamérica.

En este escenario, el presente trabajo intentó hacer un recorrido que permita visualizar la relación médico-consultante a través de dos grandes categorías macrosociales –agresividad y mercado de la enfermedad– que han atravesado y atraviesa a la medicina occidental. Partiendo del análisis de las mismas, se advierte cómo se fue instituyendo una barrera psicosociocultural entre el componente formal y el informal de los sistemas de servicios de salud y cómo en nuestros días el mercado de la enfermedad ha calado hondo en el afianzamiento de esta barrera profundizando la deshumanización en la atención de la salud.

Si bien se ha dado cuenta de un escenario complejo marcado por fuertes notas de desilusión, se quiere finalizar rescatando, desde el actual paradigma de salud comunitaria (Saforcada y Alves, 2015), el halo esperanzado y propositivo que debe transitar toda crítica que se erija. Es un deber ético combinar la necesaria dosis de lucidez y denuncia crítica de la realidad deshumanizante en salud con una propuesta superadora. Atendiendo a lo planteado advertimos la necesidad de reconocer medicinas, médicos y agentes de salud que respondan a cánones diferentes a los de la llamada medicina científica occidental, que promueven vínculos médico-consultante humanizados. En este sentido, las medicinas orientales y las de los pueblos originarios del continente Americano, sobre todo Suramérica y América Central, son muestras a considerar para la humanización de dicha relación.

Todos los pueblos ancestrales, dentro de sus propias culturas, han generado conocimientos y prácticas en salud, muchos vigentes y activos en la actualidad; estos emergentes culturales siempre han implicado un papel altamente valorado en cada sociedad. Su denominador común es la carencia de pautas violentas o de agresividad y la ausencia de un eje centrado en el lucro proveniente del tratamiento de la enfermedad y apoyado en la hipocondría de

la población sumada al miedo al sufrimiento y la muerte.

Dentro de estos saberes y prácticas en salud se destaca el de los persas de la antigüedad, el de los chinos, japoneses, árabes y hebreos que forjaron medicinas altamente desarrolladas, al igual que pueblos originarios de la América precolombina como los mayas, incas, mapuches, tobas y guaraníes, entre otros. Inclusive, rastreando las concepciones y prácticas en salud de pueblos ya extinguidos se detectan medicinas arcaicas como es el caso de la asiria-babilónica, la del antiguo Egipto y la de la antigua Persia.

En la India actual, en la que están avaladas oficialmente seis medicinas, incluida la occidental, tiene prevalencia la medicina ayurvédica –su denominación significa *ciencia de la vida*–, un sistema comprensivo que combina terapias naturales con un acercamiento altamente personalizado en el tratamiento de la enfermedad que implica identificar la *constitución* (prakryti) del consultante y establecer el perfil total del proceso de salud de la persona, incluyendo la consideración de sus fuerzas y susceptibilidades de caer enfermo. Su intencionalidad es restablecer la armonía natural del individuo poniendo énfasis en cuerpo, mente y espíritu como condición de una salud integral.

La medicina tradicional china –posee el tratado médico más antiguo conocido, el Huangdi Neijing o Código del Emperador– es una medicina preventiva centrada en la sanación. Los monjes eran los encomendados de la salud de la aldea, realizaban visitas a las familias y por medio de diferentes técnicas mantenían la buena salud de sus habitantes, centrándose en las dietas, los masajes y ejercicios como el Chi-Kung como parte del estilo de vida del pueblo. Entienden al cuerpo como un microcosmos que debe vibrar armónicamente con el macrocosmos, y un desbalance energético deriva en una

enfermedad. Cuando el cuerpo está armónico con el interior y el exterior, es cuando se está en buenas condiciones de salud.

La Medicina Yunani o Unani, un relicto de la antigua medicina persa y griega de Hipócrates y Galeno, tiene fuerte presencia en el mundo musulmán, sobre todo el residente actualmente en la India, país que cuenta con un importante centro universitario de formación en esta medicina, la Facultad de Medicina Unani de la Universidad Aligarh Muslim, sita en la ciudad de Aligarh del Estado Uttar Pradesh, en el norte de este país. Su base son esas tradiciones griegas presentes, por ejemplo, en el Canon de Avicena escrito por el médico persa Ibn Sina –llamado Avicena en Occidente– alrededor del año 1000 de la era moderna. Este tratado médico involucra diversos conocimientos griegos y de otras culturas, como los escritos del médico indio Súsruta del siglo III a. c., a lo que suma desarrollos y descubrimientos químicos y fármaco-químicos del propio Ibn Sina, lo que ubica este saber como cercano al pensamiento de la medicina occidental –al pretender ser racional y científica–. Sin embargo, se distancia de esta en que propone que la vida deriva de realidades metafísicas y su principio básico es que la salud, no la enfermedad, es el estado natural. Considera al hombre de manera integral a imagen del universo, siendo la enfermedad tratada en correspondencia con la totalidad del ser humano, adaptando los tratamientos a las características del enfermo.

Respecto a los pueblos originarios de la América precolombina se advierte también cómo el concepto de salud es integral al considerar al cuerpo, mente y espíritu en armonía con la naturaleza y la cultura; así como también es humanizado, al promover acercamientos personalizados a los enfermos, por parte de los sanadores, para que los tratamientos sean eficaces.

La concepción de salud mapuche es, como en todos los pueblos, un emergente de su cultura. En la cosmovisión mapuche el orden del universo se rige por una serie de fuerzas opuestas y complementarias que deben estar en armonía. La intervención humana y/o de otros entes de la naturaleza pueden llegar a alterar ese orden para dar paso a una relación conflictiva entre el cosmos y el ser humano, entre el individuo y su medio social. Dentro de su concepto de salud es importante que el individuo esté en armonía con su entorno, los demás miembros de su comunidad y consigo mismo. La enfermedad es concebida como una pérdida de este equilibrio. Se puede entender así que en su sistema médico se mezclan la etiología con la sintomatología. El cuerpo no está dividido en órganos o sistemas orgánicos sino que la persona es un todo sistémico y no es tampoco un sistema cerrado sino que es un sistema abierto interconectado con muchos otros, todos interrelacionados.

Desde la concepción en salud de la cultura guaraní Teixeira de Menezes (2015) indaga cómo se experimenta y percibe la salud en la cultura guaraní dentro de una búsqueda espiritual a través de la deidad Nhanderu y la danza guaraní como expresiones experienciales de una vida saludable por parte de los niños indígenas, quienes desde pequeños reciben una educación salubrista para que puedan florecer como semillas de su comunidad. Como bien señala el pediatra chileno Germán Errázuriz (2006, p. 399-404):

“...todas las culturas tienen algo que aportar en el cómo vivir, y la concepción del mundo que las distintas culturas tienen debe ser respetada. Para el pueblo mapuche cuyo nombre significa hombre de la tierra, la tierra es como la madre, quien les da de comer y su importancia es vital. La concepción occidental de conversión de la producción

original de la tierra hacia otros productos que les darían más dividendos desde el punto de vista económico, es inaceptable para el pueblo mapuche, así una agricultura de subsistencia lejos de ser un síntoma de falta de iniciativa y desinterés por lograr algo más, tiene un trasfondo profundo en cuanto a su filosofía de vida.” (Errázuriz, 2006, p. 399-404)

Todas estas medicinas ancestrales han desarrollado, durante cientos o miles de años, conocimientos empíricos sobre el poder curativo de diversas sustancias naturales, preponderantemente vegetales. Este conocimiento suele ser descalificado en nuestros ambientes académicos y profesionales desde perspectivas científicas, desconociendo que no menos del 80% de las prácticas de los y las profesionales de la medicina occidental son hoy puro empirismo –ni siquiera surgen de algún incipiente intento de ensayo clínico randomizado, aquello que para Archibald Cochrane era la base de la medicina por evidencias–, es muy poca la aplicación de la ciencia y esta implica conocimientos muy fragmentarios y alejados del conocimiento integral sistémico del proceso de salud y de lo que lleva a enfermar y a la curación.

Por otra parte, un aspecto relevante en este sentido, es la significativa diligencia de las corporaciones químico-farmacéuticas en actividades de espionaje para robar el conocimiento de las fitoterapias de las medicinas de nuestros pueblos originarios para lograr así aislar los principios químicos que poseen poder curativo. Pareciera que estos grandes conglomerados de científicos tienen marcadas dificultades para llegar a conocer, con el método científico y desde la perspectiva fisiopatológica y etiológica la sustancia química necesaria para curar una determinada enfermedad. Alguien podrá decir que se procede a la desapropiación del conocimiento y porque así se ahorra tiempo y dinero que habría que invertir en

investigación, sería interesante que esta afirmación alguna vez sea demostrada con rigor.

Finalmente, no se puede cerrar este último apartado sin mencionar las dos vertientes más humanizadas de la medicina occidental, por lo menos sintéticamente.

La primera de ellas emerge en forma discontinua, con niveles muy diferentes de intensidad, expansión y retracción a lo largo del devenir histórico de las concepciones y prácticas en salud de la medicina occidental. Situando el inicio de este transcurso, un tanto arbitrariamente, en la antigua medicina grecorromana cuyo surgimiento se puede situar en el Siglo VI a.c. –su figura más relevante es Hipócrates de Cos (c. 460 a 370 a.c.)–, llega a la época actual con la hegemonización casi absoluta por parte del paradigma individual-restrictivo (Saforcada, 2002) que está a la base de la medicina dominante sobre la que se efectuó el análisis crítico en este artículo.

No obstante, a lo largo de este lapso emergieron manifestaciones –surgidas de otro paradigma, o más bien, que estructuraron este nuevo paradigma denominado social-expansivo (Saforcada, 2002)– que fueron dando fundamento a lo que en la actualidad se denomina la comprensión ecosistémica del proceso de salud, con una aproximación mucho más humana y una concepción de la persona en tanto instancia de derechos y su consiguiente respeto.

En esta perspectiva la historia rescata, entre otras, la figura de Bernardino Ramazzini (1633-1714), que planteó la relación causal entre enfermedades y ambientes de trabajo; ya la unidad de análisis y acción no es el individuo de la clínica, del paradigma individual-restrictivo, sino la persona puesta en un contexto y las interacciones dentro del mismo. Continuando en esta perspectiva, en el siglo XVIII adquiere relieve el médico alemán Johann Peter Frank (1745-1821) y sus

desarrollos que dan origen a la policía o política médica. En el siglo XIX, acompañando a las revoluciones liberal burguesas de 1848 en Europa, emerge un movimiento de reforma médica con una concepción y propuesta de prácticas en salud –Rudolf Virchow, Salomon Neumann, Benoiston de Chateauneuf, Rudolf Leubuscher, Louis René Villermé, entre otros– que el médico francés Jules R. Guérin bautizó como Medicina Social (Rosen, 1985; McKeown y Lowe, 1986). Todas estas figuras e hitos históricos están en una línea de pensamiento y acción que tiene a su base el paradigma social-expansivo (Saforcada, 2002) que desemboca, entrado el siglo XX, en la Salud Pública como disciplina.

Poco o casi nada es lo que se ha podido desarrollar en el mundo la medicina social, más allá del mal uso o empleo indebido de las denominaciones que llevan nombrar medicina social a lo que nada tiene que ver con ella; muy claro ejemplo de esta mala costumbre se da con la Atención Primaria de Salud –que tiene mucho de medicina social–: en nuestra región se caracteriza profusamente como APS estrategias de acción y programas que están en sus antípodas.

En Suramérica parece que el único logro de envergadura en el desarrollo de la Medicina Social fue la carrera de medicina en la Regional sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en un corto período que va desde finales de la presidencia de Jorge Alessandri al golpe y dictadura militar del 11 de septiembre de 1973. De esta carrera lograron graduarse de médicos unos pocos alumnos integrantes de la primera cohorte, la dictadura la cerró y nunca más se volvió a abrir. Era una verdadera carrera completa, teórico práctica, de medicina social en que el primer contacto de los alumnos con el objeto de sus estudios no era un cadáver sino una familia en el barrio en que residía, cercano a la Facultad, familias que los acompañaban a

lo largo de todos sus estudios hasta la graduación (Colectivo del Proyecto Intracomunitario de Neurodesarrollo San Luís, 2011, p. 11-20).

La otra vertiente, surgida en la Facultad de Medicina de la Universidad de Viena, está configurada por los cultores de una particular concepción de la medicina desde el punto de vista teórico-práctico, que la historia a pasado a denominar Escuela Moderna de Medicina de Viena³ en la que, entre otras figuras destacadas, se formó Sigmund Freud. Lo que sobresale de esta escuela es la carga de humanismo, de empatía y su atenerse estrictamente al principio hipocrático de *primero no hacer daño* (*primum non nocere*) alejándose así, fundadamente, de muchos supuestos avances técnicos, levemente científicos, que la época ofrecía a los médicos en Europa como recursos terapéuticos. Esto llevó a furibundos ataques y búsqueda de desprestigio de estos facultativos acusándolos de nihilismo terapéutico. Los significativos desarrollos de esta corriente de concepciones y prácticas pasaron a Indoafroiberoamérica a comienzos del siglo XX, preponderantemente a Cuba, país que becó a muchos de sus médicos para su formación de posgrado en Viena, como fue el caso de Ángel A. Aballí Arellano, Pedro A. Castillo Martínez, Carlos Desvernine Galdós, Eduardo Ramírez de Arellano, Claudio Basterrechea Ugarte, Gabriel Casuso Roque, entre otros. No es descabellado pensar que el prestigio actual de la medicina cubana y la calidad humana de las prácticas de sus profesionales tiene

³ Alguno de sus más destacados integrantes fueron Karl Rokitansky (1804-1878), Josef Skoda (1805-1881), Ferdinand von Hebra (1816-1880), Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), Ludwig Turck (1810-1868), Johann Nepomuk Czermak (1828-1873), Leopold von Dittel (1815-1898), Theodor Billroth (1829-1894), Hermann Nothnagel (1841-1905), Rudolf Chrobak (1843-1910), Adolf Lorenz (1854-1946), así como los ganadores del Premio Nobel de Medicina Karl Landsteiner (1868-1940), Robert Bárány (1876-1936) y Julius Wagner-Jauregg (1857-1940).

algunas raíces en estas personas y en aquella escuela de medicina de Viena.

Con estas consideraciones se intenta en este escrito problematizar, en el seno de la sociedad y en los ámbitos académicos, la actualidad de la medicina imperante en nuestra región contraponiendo al perfil de *profesional de mercado* una alternativa humanista, dialógica y prosocial, pasando de un profesional autocrático a uno relativista cultural permeado por alternativas humanizantes, comportamientos profesionales basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos y por los principios de otras medicinas regionales reconocidas por sus concepciones ancestrales e integrales de modo de lograr una mayor aptitud para un fructífero ejercicio del juicio crítico e incrementar la posibilidad de abrirse a los enfoques comunitarios participativos, tan reclamados como única vía de solución a los problemas crecientes de salud en todo el mundo.

Avanzar en la tarea de tomar los aportes de estas medicinas humanistas milenarias, especialmente las que están presentes en nuestro continente, requiere seguir el ejemplo de Bolivia, país que crea el primer “Viceministerio responsable de la medicina indígena y la interculturalidad”, perteneciente al Ministerio de Salud que, desde la presidencia de Evo Morales implementó una política fundada en un “Modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural” cuyos residentes se forman en las zonas rurales e indígenas del país (Campos-Navarro, 2007).

En el campo de la medicina, al igual que en otras ocupaciones de naturaleza social, es posible transitar de la deshumanización a la humanización; requiere de un ejercicio de reflexión crítica y autocrítica, de choque con la realidad, que muchos profesionales pueden realizar. Probablemente ello se facilite cuando se posee una marcada sensibilidad social o capacidad de empatía por parte del profesional, de reconocer

vivencias de la otra persona y responder a ellas, de tener metarrepresentaciones (Baron-Cohen, 2011, p. 28).

Esta situaciones o instancias de cambio tal vez requieran tomar conciencia de estar internamente en lo que el pedagogo brasileño Paulo Freire (1973, 2004) denomina “situaciones límite”, que implica la necesidad de enfrentar las barreras y obstáculos que se presentan en las prácticas con las y los consultantes de las comunidades que, sobre todo, se encuentran en situación de pobreza. Se trata de que los mismos profesionales alcancen a visualizar y vivenciar como problema los negativos efectos comportamentales y afectivo-emocionales de esta barrera psicosociocultural. Esta es la raíz para avanzar en su deconstrucción: la concientización de su existencia, sus consecuencias y la profunda insatisfacción profesional por la baja eficacia de su accionar.

Más allá de los temores y las incertidumbres, en estos escenarios es fundamental que los facultativos tomen distancia crítica y reflexiva de las situaciones advertidas, para objetivarlas y comenzar a percibir que otras realidades son posibles y que pasa por ellos hacer lo necesario para dotar de valores humanos los ámbitos profesionales de la atención de la salud de modo de poder construir *puentes facilitadores* de una comunicación mutuamente reconfortante –facultativo / consultante– y eficaz desde el punto de vista médico.

Son múltiples las vías por las que se puede llegar a asumir este desafío. En el escenario del primer nivel de atención, es razonable pensar que para propiciar la humanización de la relación médico/médica-consultante se podrían considerar las siguientes cuestiones:

- asumir un quehacer médico que no se defina desde la perspectiva de los

intereses del mercado de la enfermedad ni las manipulaciones de laboratorios, sino desde la demanda, desde las necesidades y problemáticas salubristas de las propias comunidades;

aspectos se caracterizan los ámbitos académicos y hospitalarios.

- hacerse un replanteo orientado al cambio de paradigma de las prácticas profesionales en terreno de modo de asumir como principio el humanismo en las interacciones, el respeto al cuerpo y a la espiritualidad de los y las consultantes;
- pensar la posibilidad de desarrollar, para iniciar el cambio, una estrategia de intervención de abajo hacia arriba, médico por médico o trabajando con grupos de médicos;
- diseñar políticas públicas que gradualmente se centren en la reestructuración de los sistemas de servicios de salud centrándose en la gestión de salud positiva y no en gestión de salud negativa o gestión de enfermedad;
- remarcar la valoración de las prácticas médicas comunitarias participativas, desde una perspectiva de trabajo educativo, promocional de la salud y preventivo primario de la enfermedad puertas afuera de los centros de salud y basados en los lineamientos de salud intercultural;
- el acompañamiento y procesamiento grupal –grupos de trabajo– de las vivencias positivas y negativas de los profesionales en su trabajo en terreno.

Son todos elementos que contribuirían a la humanización de nuestros médicos, médicas y sistemas de servicios de salud del Primer Nivel de Atención cubriendo las profundas deficiencias que en estos

REFERENCIAS

- Abarca A., O.; Chacón S., A; Espinosa, F.; Vera-Villarroel, P. (2005). Placebo y psicología clínica: aspectos conceptuales, teóricos e implicancias. *Terapia Psicológica*, vol. 23, núm. 1, 73-82.
- Anseán, A. (2012). Psiquiatrización de la vida cotidiana. Disease mongering en salud mental. En: A. Anseán (Director y coordinador). *Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental* (pp. 223-242). Madrid: Edicomplet.
- Baron-Cohen, S. (2011). *Empatía cero. Nueva teoría de la crueldad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Campos-Navarro, R. (2007). Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina. Recuperado de: <http://www.cepal.cl/celade/noticias/paginas/8/29208/RCamposD.pdf>
- Colectivo del Proyecto Intracomunitario de Neurodesarrollo San Luís (2011). *La estrategia de mínimo operante en el desarrollo salubrista de comunidades. Un caso concreto de aplicación: programa de neurodesarrollo San Luís. En homenaje a Juan Marconi Tassara. San Luís, Nueva Editorial Universitaria.*
- Craen, A.J.M. de; Moerman, D.E.; Heisterkamp, S.H.; Tytgat, G.N.J.; Tijssen, J.G.P.; Kleijnen, J. (1999). Placebo effect in the treatment of duodenal ulcer. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 48, 853-860.
- Choliz Montañes, M.; Capafons Bonet, A. (1991). Un intento de reconceptualización del fenómeno placebo. *Psicothema*, vol.3, nº 2, 319-336.
- Emmanuelle, E.S. (1998). *Educación, salud, discurso pedagógico*. Buenos Aires: Novedades educativas.
- Errázuriz F, G. (2006). El pueblo Mapuche: Historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de la salud (Primera parte). *Revista chilena de pediatría*, 77(3), 290-294. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000300010&lng=es&tlng=es.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud. Conceptualización del campo de la salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Figueredo, V. M. (2009). Impacto cardíaco de los factores psicosociales productores de estrés. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=6175>
- Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, Vol. 10. Nº 2, 152-170.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI. (Orig. español 1970).
- Freire, P. (2004). *El grito manso*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gérvás, J. y Pérez Fernández, M. (2013). Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los libros del lince.
- Illich I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Jiménez, J.P. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Gaceta Universitaria*, Vol. 1, 92-101.
- Juárez, M.P. (2015). Relación médico-consultante en el Primer Nivel de Atención de la Salud. Análisis y propuesta desde la pedagogía de Paulo Freire. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Juárez, M.P; & Saforcada, E. (2013). El problema de la barrera psicosociocultural interpuesta entre los profesionales de la salud y consultantes de contextos pobres estructurales. Reflexiones sobre una cuestión compleja. *Salud & Sociedad*, Vol. 4, Nº 3, 210-227.

- Kalinsky B. & W. Arrúe. (1996). "El conflicto de creencias en la relación médico/paciente. ¿Un equívoco adrede?". En: B. Kalinsky y W. Arrúe (Comps.). Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural (pp. 44-56). Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Kothari, M. & Mehta, L. (1988). Violence in modern medicine. En: Nandy, A. (Ed). Science, hegemony & violence. A Requiem for Modernity (pp.167-210). Bombay-Calcuta-Madras: Oxford University Press.
- Lasso Toro, P. (2012). "Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud?". Pensamiento Psicológico, 10 (2), 123-133.
- Lemoine, P. (2011). Pharmacologie de l'âme ou le mystère du placebo. Bull. Acad. Natle Méd., 195, n^o 7, 1465-1476.
- Maalouf, A. (1994). Las cruzadas vistas por los árabes. Madrid: Alianza Editorial.
- Márquez López Mato, A. (2008). Introducción a la psiconeuroinmunoendocrinología. Recuperado de: <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/PNIEIntro1.pdf>
- McKeown, T. (1979). The role of medicine. Oxford: Basil Blackwell.
- McKeown, T. y Lowe, C.R. (1986). Introducción a la medicina social. México: Siglo XXI.
- Michel, F-B. (2011). Présentation: l'effet placebo dans la relation médecin-malade. Bull. Acad. Natle Méd., 195, n^o 7, 1463-1464.
- Muller, M. (2014). Sana, Sana. La industria de la enfermedad. Buenos Aires: Sudamericana.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues (2011). "ÉTICAMENTE IMPOSIBLE" Investigación sobre las STD en Guatemala desde 1946 hasta 1948. Washington: Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues.
- Presidencia de la República de Guatemala (2011). Consentir el daño. Experimentos médicos de Estados Unidos en Guatemala, 1946-1948. Guatemala: Comisión Presidencial para el Esclarecimiento de los Experimentos Practicados con Humanos en Guatemala, durante el periodo 1946 a 1948.
- Rosen, G. (1985). De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud. México: Siglo XXI.
- Saforcada, E. (2015). Los cambios axiológicos en el campo de la salud en el siglo xx. Buenos Aires: Documento de cátedra (Asignatura: Psicología Sanitaria, Universidad Favaloro).
- Saforcada, E. & Moreira Alves, M. (2015). "Saúde comintária: do novo paradigma às novas estratégias de ação em saúde". En: J. Castellá Sarriera, E. Saforcada y J. Alfaro (Org.). Perspectiva psicosocial na saúde comnitária. A comunidades como protagonista (pp. 19-47). Porto Alegre: Sulina.
- Saforcada, E. (2002). Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud. Buenos Aires: Paidós. (Orig. 1991).
- Steptoe, A; J. Wardle & M. Marmot. (2005). Positive affect and health related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States), 102 (19).
- Teixeira de Menezes, A. L. (2015). A busca do Guarani de ser Karaí: a dança dos mitos e da saúde. En: J. Castellá Sarriera, E. T. Saforcada y Jaime Alfaro I. (Org.): Perspectiva psicosocial na saúde comunitária (pp. 169-182). Porto Alegre, Sulina.
- Thompson, T. L. (1990). "Patient health care: issues in interpersonal communication". En: E. Berlin Ray y L. Donohew (Comps): Communication and Health. Systems and applications (pp. 27-50). Jersey, Hillsdale: LEA.

- Transparency International y Banco Interamericano de Desarrollo (2007). Informe global de la corrupción. Edición 2006: Corrupción y salud. Washington: Transparency International y Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2015). El impacto de los investigadores fieles a la industria farmacéutica en la ética y la calidad de los ensayos clínicos realizados en Latinoamérica. *Salud Colectiva*, 11 (1), 67-86.
- Woldecherkos, A.; Shibeshi M.; Yinong Young-Xu, M.; & Blatt, C. (2007). Anxiety Worsens Prognosis in Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 49, 2021-2027. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com>