

Día del Médico, una reflexión ante la coyuntura y el contexto del sistema mexicano



Área de Investigación CISS

La práctica médica como hoy la conocemos surgió en Grecia con Hipócrates, llamado el padre de la medicina —referente de la medicina occidental, biomédica—, quien empezó a desarrollar una práctica científica, basada en métodos de observación y aprendizaje para la obtención de conocimientos empíricos. La base de su práctica fue la conservación de la salud al considerar la higiene individual y ambiental como un elemento que influye en el bienestar de las personas.¹

Lo que aún queda de esas épocas son imágenes de la figura romántica —ahora transformada— de la profesión médica, que evoca las ideas de generosidad y sabiduría, conectadas a un botiquín en mano y a una bata blanca, yendo de casa en casa a visitar a sus enfermos graves. Es decir, un símbolo de entrega al bienestar ajeno.²

Y se habla de transformación porque la imagen de la práctica ya no es necesariamente la misma. A pesar de que

¹ Juan Jaramillo-Antillón, “Evolución de la medicina: pasado, presente y futuro”, Acta Médica Costarricense, núm. 3, vol. 43, San José, julio de 2001.

² Marcia Villanueva Lozano, Cacaos, UNAM, México, 2011.

algunas personas piensan en mujeres y hombres, de diferentes edades, ejerciendo en hospitales con tecnología de punta y regresando a casa en un elegante vehículo, las condiciones en las que se ejerce esta profesión son muchas veces precarias. En los servicios públicos de salud, el equipo médico está inmerso en un sistema sumamente demandante, con condiciones laborales alejadas de las óptimas, con baja remuneración económica y servicios inadecuados para los pacientes, ante los escasos recursos económicos y humanos para brindar atención oportuna y adecuada. Parece que las reminiscencias de la nobleza y calidez de la profesión, donde se le podía dedicar tiempo y escuchar al paciente, están muy lejos de las condiciones actuales en que se da la consulta.

En México, la mayoría de las y los estudiantes de medicina terminan su formación con el deseo de realizar una especialización médica, pues la medicina general está desprestigiada y su oferta laboral es limitada.³ En 2015, casi la mitad de los médicos contratados en el sector público en México eran especialistas (48%), como se puede observar en el documento *Brecha en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud*, publicado en 2017 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Según el mismo

documento, la tendencia de crecimiento de médicos especialistas era mayor en 3 puntos porcentuales a la de médicos generales; además, del total de médicos para el sector salud en 2015, el 89.5% eran médicos en contacto con el paciente que se distribuían de la siguiente forma: 23.7% eran médicos generales, 54.2% médicos especialistas y, el restante, 22.1%, estaba conformado por pasantes, internos de pregrado y residentes.⁴

Esto es relevante cuando la realidad del sistema de salud en México nos habla de la necesidad de construir planes y programas en la materia que fortalezcan la atención primaria. Para lograrlo, se tiene que revalorar al médico general, al médico de familia, al que conoce a la comunidad y a los miembros de los hogares que atiende, tal y como se evidencia en las recomendaciones planteadas en el documento del INSP, al puntualizar la importancia de brindar recursos financieros, tecnológicos y humanos al primer nivel de atención, así como desplegar capacidades de gestión comunitaria para una atención proactiva a la población.

Junto con esto, también es indispensable una práctica médica más humana, una medicina social, donde se pueda escuchar la historia de los y las pacientes y sus enfermedades, atendiendo a los factores

³ Marcia Villanueva Lozano, "Somos médicos, no dioses". Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina, tesis doctoral, UNAM, México, 2019.

⁴ INSP, "Brecha en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud, 2017". Disponible en http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_medico_enf_esp.pdf

de riesgo y a los determinantes sociales de la salud. Si ponemos atención, encontraremos que la salud y la enfermedad no sólo son condiciones contrapuestas, sino que hablan de configuraciones específicas entre humanos y patógenos, que resultan de interacciones políticas, económicas, ecológicas, históricas y culturales. Un ejemplo claro es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Este virus es necesario para que exista la enfermedad, pero no todas las personas que lo adquieren caen enfermos. Esto en gran medida depende de las configuraciones políticas y sociales —cimentadas en relaciones de género, raza, nacionalidad, clase, entre otras—, que determinan la experiencia de la enfermedad, el acceso a cuidados y las probabilidades de mejoría.⁵

Aquí es donde cobra importancia la parte social de la medicina: el médico social. Al igual que la producción del conocimiento científico en el que se basa, el ejercicio de la medicina no está libre de valores y de contextos particulares. Desarrollar un fármaco, implementar un tratamiento o aprobar un programa de salud, no sólo consiste en hacer descubrimientos o deducciones a partir de conceptos biológicos y datos duros, sino que también implica tomar decisiones prácticas en las que, entre otras cosas, influyen intereses,

posiciones ideológicas y sesgos. La medicina social nos ayuda a hacerlos visibles, advertir cuáles podrían ser sus consecuencias, cuáles son las alternativas que han sido silenciadas y asumir la responsabilidad de los resultados.

Esto es especialmente útil para la seguridad social. Al igual que el médico, la seguridad social realiza una actividad ordenadora ante los riesgos sociales, incluidos los asociados a la salud, administrándolos y manejándolos de la manera más óptima. Si se busca mejorar la salud de la población, es necesario desarrollar un sistema de seguridad social que favorezca la práctica de una medicina más humanizada y efectiva, en la que tanto el médico como las personas atendidas cuenten con mejores condiciones para disponer plenamente de sí mismos y, de esta manera, con suerte, acercarnos al bienestar social. Finalmente, no sobra decir que esta reflexión es prioritaria ante la coyuntura y el contexto del sistema mexicano, donde el debate sobre el modelo de salud a seguir y la aprobación legislativa del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) están a la vuelta de la esquina, y donde habrá que replantearse el papel de la práctica médica y el contexto en el que se realiza.

⁵ Bernardo Moreno-Peniche, *Tribus hospitalarias*, Sociedad de Científicos Anónimos, México, 2018.