

Editorial

La práctica de la medicina como trabajo

Manuel Quijano Narezo

En el editorial del número anterior se hizo una sutil mención del tipo de historia triunfalista de la medicina en que los autores se deleitan en trazar biografías de personajes destacados con anécdotas sabrosas y conmemoraciones edificantes, siempre a la busca y enaltecimiento del “precursor”. La historia de la medicina, entonces, es la historia de los conocimientos transmitidos de una generación a otra agregando, si acaso, los problemas no resueltos. No obstante, uno de estos historiadores, tal vez el número uno, Henry Sigerist dice en su capítulo “La profesión de médico a través de las edades” (Historia y Sociología de la Medicina de Gustavo Molina, Bogotá 1974) “que aunque el propósito fue siempre el mismo, curar la enfermedad, la medicina siempre significó servicio y el modelo de médico varió en los diferentes periodos de la historia, de acuerdo a la estructura de la sociedad”. Es, como se ve, una interpretación diferente, culturalista y antropológica. Además, la meta de la medicina fue siempre no sólo curar la enfermedad sino conservar al hombre en salud, es decir, ajustado a su ambiente y a su sociedad y por ello se le califica ciencia social.

Ha sido una práctica reiterada en todas las sociedades y es, en última instancia, un trabajo; se puede aceptar que ha sido, también, fuente directa de obtención de medios de subsistencia para sus practicantes, pero ha tenido un “status” especial, fuera de la lista de los demás trabajos, como una actividad creadora, libre, eximiéndola de cartabones y reconociendo la relación particular entre el médico y el objeto de su práctica. En otras palabras, reconociendo que es una práctica social y se le ha librado de mandamientos que, en principio, le serían extraños.

Esto tiene cierta relación con el pensamiento marxista de que el trabajo, a pesar de su validez abstracta, ha sido siempre producto de condiciones históricas. Por ello, al intentar opinar sobre la práctica médica tiene que hacerse con relación a las formas históricas de organización social. El trabajo es una actividad orientada a un fin, que tiene un objeto sobre el que se actúa y unos medios. En la medicina hay una pequeña confusión entre el objeto y el fin, pues se le concibe como “arte de curar” el objeto, que es el humano enfermo, pero también tiene como fin el conocimiento, la enfermedad y de los modos de erradicarla. Además se diferencia, en alguna medida, de los trabajos que producen bienes que se necesitan, porque

en ella se funden el objeto y la necesidad; aquí la producción no está regida por el consumo. Como el objeto carga consigo la necesidad, se confunden ambos conceptos y es la patología (el conocimiento) lo que define y justifica la necesidad.

Los economistas se regodean en discusiones y definiciones: ¿qué es un trabajo productivo? ¿qué es la mercancía?; la fuerza de trabajo, ¿es también una mercancía? ¿debe considerarse que sólo el trabajo que deja ganancias es productivo o debe introducirse en esa consideración el concepto de plusvalía?; ¿qué es lo susceptible de apropiación, la mercancía o la fuerza de trabajo propiedad del trabajador?; ¿sólo es productivo el trabajo que se convierte en capital? (se pregunta uno si el trabajo del maestro de escuela no es productivo), ¿el trabajo del ingeniero, del supervisor, del vigilante no son productivos?; el trabajo médico que no tiene finalidad terapéutica, ¿es productivo? los trabajos del médico asalariado y el del médico “liberal” dueño de sus instrumentos de trabajo, ¿son tan diferentes? ¿son improductivos porque no dan ganancias o aumentan la plusvalía? etc. Todas estas cosas nos importan poco y no afectan el carácter primordialmente útil de nuestro quehacer, tanto en el tratamiento de enfermos como en el intento de conocer mejor la ciencia.

El trabajador médico se sitúa no sólo del lado del trabajo intelectual por saber lo que los demás ignoran, sino que está revestido de un aura de respetabilidad intrínseca a él. Esto llevaría a hablar de la “situación de clase” de los médicos; algunos se apresuran a calificar la clase médica entre las dominadoras, cuando no explotadoras. Pero aun cuando otras clases sociales conforman sus “modos de vivir” a la orientación de los médicos, no se subordinan a ellos directamente, éstos no constituyen un poder y su contacto con la comunidad se funda en la relación médico-enfermo que, por cierto, desde hace décadas se tilda de deshumanizada. En opinión de Pedro Ramos se trata más bien de un desvanecimiento de la personalidad del médico con el auge de la medicina institucional, donde, por otra parte, se cumple mejor con el deber moral. (Reflexiones sobre la medicina actual Ediciones Pramos, México, 1965).

En un libro muy comentado por filósofos y politólogos de Michel Foucault “El nacimiento de la clínica” México, Siglo XXI, 1981, se llama la atención sobre el papel incluso iniciador del saber médico como módulo de conocimiento, y agre-

ga que la constitución histórica de la medicina, como práctica subordinada y subordinadora, es un caso ejemplar de coherencia y solidez. Según él, la excelencia de su instrumento como saber concretamente imbricado en la supraestructura del mundo capitalista de producción, y la legitimación de su intervención técnica, les han garantizado una autonomía relativa en cuanto intelectuales, autonomía que si no los ha preservado totalmente del cuestionamiento político-ideológico, ha permitido a su práctica respuestas adecuadas a los cuestionamientos y a su situación de clase, que sólo en raros momentos históricos ha sido discutida.

Ahora bien, sabemos que en la práctica contemporánea los instrumentos de trabajo y gran número de técnicas auxiliares han obligado a la división del trabajo y se ha producido un vertiginoso aumento del costo de los servicios. De la misma manera que el modo de producción capitalista condujo a la concentración de los medios y de la fuerza de trabajo y de ahí derivaron las grandes metrópolis y los medios de consumo colectivos (salud, habitación, escuela, transportes, dotaciones culturales incluidas las recreativas), la ampliación de los servicios médicos no pudieron depender de servicios, autónomos y desarticulados, y se necesitó un aparato organizador del Estado para controlar y supervisar. Foucault destaca que esa reorganización de elementos de la práctica fue primordial

para la reorganización del saber: “para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento ha sido necesaria una reorganización del campo hospitalario y una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad; se ha debido envolver al paciente en un espacio colectivo y homogéneo” (pág. 275).

Por otra parte, la clase médica aceptó sin reservas, colaboró y aportó iniciativas para la intervención de un tercero entre el paciente y su médico, que paga, controla, dirige y procura los medios onerosos (hospitales y equipamiento sofisticado); un tercero que hace económicamente posible el esquema de la seguridad social, iniciado en Alemania en 1883 y que, con progresos y quiebras, ampliaciones y recortes, carácter obligatorio u optativo, ha sido implantado en casi todos los países del mundo. Es más, los médicos han reclamado como perteneciente a su propia competencia el campo de la salud pública, el de la medicina del trabajo (sanidad del lugar de trabajo), el del deterioro del ambiente y otros que tradicionalmente caían bajo el dominio del Estado o de otras profesiones. No sería de extrañar que en esta escalada de compromisos, la medicina contemporánea quiera abarcar los aspectos neuropsiquiátricos de la delincuencia, el comportamiento antisocial e inclusive “la rebelión”. Pero esto requeriría más espacios que, quizá, abordaremos próximamente.