

Editorial

La antropología médica como antropología filosófica

Dr. Joaquín Ocampo Martínez*

“Los nuevos retos que enfrenta el médico, producto de sus propias acciones, requieren de un Humanismo secular, si es que la Medicina aún puede lograr sus metas y contribuir a mejores condiciones para la existencia humana.”

Dr. Joaquín Ocampo Martínez

La antropología médica, como antropología concreta, pertenece al ámbito de las ciencias sociales y estudia al ser humano desde la perspectiva del proceso salud-enfermedad, como ser biológico resultado de la evolución orgánica y como productor de una cultura.

La antropología médica, como antropología filosófica, es la reflexión sobre la condición humana desde los diferentes sistemas filosóficos que hacen posible el abordaje acerca de qué es el paciente, qué es el médico, qué es el hombre para la medicina y qué es la medicina para el hombre,¹ qué puede esperarse de una práctica médica en la que existe tal o cual concepto del hombre, o bien, en qué medida se puede afirmar que la tarea del médico va más allá de ser una mera práctica profesional, entre otras preguntas.²

En toda práctica médica subyace una concepción del mundo mágico-religiosa o científica, que determina las ideas acerca del hombre, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y que guía las acciones del médico hacia el enfermo y las actitudes de éste respecto a su condición en todo tiempo y circunstancia. Este hecho puede abordarse desde una visión filosófica del hombre y de la medicina, alrededor del médico como uno de los responsables de la procuración de salud, y del paciente en su condición de ser humano enfermo, es decir, falto de firmeza, como claramente lo indica la etimología latina del término, *infirmus*.³

En el mundo contemporáneo, la reflexión filosófica se ha dirigido, entre otros problemas, al fenómeno de la deshumanización en diversos órdenes de la

actividad humana, como resultado de una concepción neopositivista del mundo, es decir, de una manera de ver al hombre solamente en su inmediatez, desde una perspectiva biológica y cuantificable, que pasa por alto dimensiones esenciales del ser humano como la histórica y la psicosocial.

En las últimas décadas la filosofía neopositivista ha jugado un papel central en la sistematización teórico-práctica de la medicina, y en una concepción del hombre que se ha reflejado de manera directa en la relación médico-paciente, en la formación de los médicos y en las instituciones públicas y privadas responsables de la atención de la salud.

Es en este contexto neopositivista que emerge el fenómeno de la deshumanización de la práctica médica, cada vez más patente desde mediados del siglo próximo pasado, caracterizado por una problemática generada por los efectos negativos de la fragmentación de la atención médica, de la tecnificación de la medicina, de la mercantilización de los bienes para la atención de la salud, de la institucionalización de la atención, y aún del problema de la corrupción de no pocos profesionales de la medicina.

La crítica que en general se hace a la medicina contemporánea a partir del proceso de su deshumanización se puede resumir en los siguientes puntos:

- Supremacía del modelo biomédico de atención a la salud que ha propiciado la percepción del paciente por parte del médico sólo como un ente conformado por células, órganos, aparatos y sistemas, o como un sujeto de experimentación, no como sujeto moral con ciertos derechos, contextualizado e históricamente determinado.
- Se debe replantear la estructura de valores dentro de la medicina en un mundo en crisis, porque quienes tienen la tarea de mantener la salud humana tienen también responsabilidades como hombres y ciudadanos que pertenecen a la sociedad y, por lo tanto, deben involucrarse en

* Profesor Titular B Definitivo TC, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

un aprendizaje que conduzca a la reflexión sobre la salud, el bienestar, el sufrimiento y la existencia humana.

- Los lineamientos de trabajo se han enfocado a los resultados físicos en la salud del paciente y no al proceso de atención, es decir, a la interrelación entre el personal de salud y de éste con el paciente.
- El interés general se ha centrado en el sistema de atención y en la economía de mercado y no en la salud misma. Así, el médico en lugar de ser un promotor del bienestar del paciente, se ha convertido en un guardián del presupuesto del sistema de salud y/o de su propia economía. Es más un administrador que un médico.
- Poca preocupación por generar directrices en torno a la relación médico-paciente para su comunicación con él o por buscar alternativas de alivio o curación acordes con sus necesidades.
- A pesar del consenso que ha logrado desde hace más de veinticinco años la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto a la salud como el bienestar físico y mental y social del ser humano, se sigue actuando como si al hablar de medicina se hiciera sólo referencia a la enfermedad.

En suma, los aspectos humanísticos en la formación de los médicos y en el ejercicio cotidiano de la medicina se han diluido mientras más se tecnifica la atención a la salud a nivel público y privado. Si por humanismo se entiende, en buena medida, una actitud de respeto y valoración de todo lo humano –no solamente lo creado por el hombre a través de su historia, sino fundamentalmente hacia lo que debe significar cada ser humano para los otros seres humanos–, es evidente que dicha actitud se ha desdibujado paulatinamente casi en su totalidad, en muchos de los ámbitos en donde actualmente se ejerce la profesión médica.⁴

En esta problemática va implícita una idea del hombre, pese a que el neopositivismo, por su propia naturaleza, plantea que toda reflexión sobre lo humano pertenece al campo de los pseudoproblemas. Esta concepción del hombre como causa esencial de la deshumanización de las profesiones de la salud en general, se ha expresado en la noción que los médicos tienen de los pacientes que los consultan, y en su papel de procuradores de la atención.

Así se explica por qué la relación médico-paciente en el seno del neopositivismo es de carácter objeto, es decir, una relación en donde el médico percibe al paciente sólo como un objeto y un medio para obtener recursos económicos, a veces desorbitados; un cuerpo enfermo, impersonal y descontextualiza-

do, carente de criterio y sin capacidad para decidir por sí mismo; un aparato al que hay que reparar anomalías, sean lesiones o disfunciones, es decir, un objeto al que se puede manipular como a cualquiera de las máquinas creadas por el hombre, con el fin de recuperar su eficiencia.⁵

Por su parte, en muchas ocasiones el médico se convierte también en un objeto, un engrane de esa maquinaria institucional o mercadotécnica; despersonalizado, programado para reparar el daño corporal de otros; generador de instrucciones para sus subalternos y pacientes, e irreflexivo y calculador, pendiente sólo del dato y de su imagen exterior.

Las múltiples críticas a los efectos del neopositivismo en la medicina, por parte de algunas corrientes filosóficas ha dado lugar a propuestas que en el fondo exigen un retorno al humanismo desde sus propias perspectivas, la crítica a la deshumanización de la medicina, sólo han llegado al nivel de denuncia en su mayor parte, curiosamente, por profesionales no médicos, y ello tiene una explicación.⁶

A diferencia del médico greco-latino de la antigüedad y del árabe medioeval, proclives al quehacer filosófico, el médico contemporáneo formado en el esquema neopositivista y biologicista de las escuelas y facultades de medicina –en un afán de que el paciente recupere la normalidad anatomofisiológica y en aras de la objetivación de sus problemas de salud, en términos esencialmente cuantitativos– se ha olvidado de analizar lo que hace y lo que está más allá de sus observaciones y registros. En la antigüedad, por ejemplo, los médicos hipocráticos, y más tarde Claudio Bernard en el siglo XIX, afirmaron en su momento que el médico debe tratar a enfermos no a enfermedades.⁷

Al respecto, conviene recordar que la enfermedad no es una entidad independiente que se puede desarrollar fuera de un ser vivo, que está dotada de voluntad, y que se introduce al organismo para causarle daño. La enfermedad es sin lugar a duda un proceso biológico, pero en esencia es un constructo, es decir, un modelo teórico que la medicina ha creado con fines de sistematización, para el estudio y comprensión del proceso salud-enfermedad en muchos de sus aspectos.

Es así que en la enfermedad como constructo y abstracción se distinguen cuatro elementos: los factores o agentes responsables de las anomalías que presenta el paciente; el proceso deletéreo que tiene lugar en el paciente como resultado de la acción de estos factores o agentes; el conjunto de datos sobre los malestares o lesiones que refiere el paciente y que puede o no corroborar el médico, y finalmente la cantidad y distribución de los afectados por cierta enfermedad en tiempo y espacio.

Desde esta orientación, es claro que lo que se presenta al médico no es una enfermedad, sino un enfermo, una persona que expresa sus dolencias y su angustia y que son su familia y su comunidad quienes asumen diferentes actitudes, dependiendo de su relación con él, de su vulnerabilidad y de la posibilidad o riesgo de que otros individuos puedan encontrarse en una situación semejante.⁸ En ese sentido, un médico jamás ve una tuberculosis, un cáncer o una artritis *per se*, sólo encuentra pacientes tuberculosos, oncológicos o artríticos.

El problema surge cuando el médico pasa por alto la realidad concreta de cada paciente y aborda realidades conceptuales, constructos, es decir, cuando cree que está tratando abstracciones, enfermedades, y no enfermos. Aunque en un hospital todos los pacientes sean tuberculosos, por ejemplo, cada uno es irrepetible, puesto que cada quien reacciona corporal y psíquicamente a su condición de enfermo de manera diferente a la de los demás. El médico debe evitar en el sujeto sano la condición de enfermo, o bien, esforzarse por suprimir esta condición en el paciente. Los médicos, pues, tratan seres humanos, no conceptos, aunque se tengan que servir de ellos para la mejor comprensión de los problemas de salud.

Es esta idea del hombre en situación lo que constituye el punto de partida para comprender la condición de enfermo, porque el ser humano no sólo está en el mundo, sino que es en el mundo. Es el ser del hombre en el mundo lo que remite a un humanismo médico de carácter secular, es decir, desprovisto de mitos y de esencialismos religiosos que conducen a una fragmentación del paciente por parte del médico y, por lo tanto, a la pérdida de una visión totalizadora indispensable en el ejercicio de la práctica médica.

Una primera aproximación a ese humanismo secular es la idea del hombre en situación, que aborda en un primer plano la unidad e interdependencia de todos los fenómenos, como momentos o fases de un proceso como es la vida humana. Por ello carecen de sentido las discusiones, investigaciones o estudios clínicos que aíslan al paciente, o tratan en forma abstracta una parte de sus manifestaciones, sin conexión entre su naturaleza, su contexto social y su devenir.

Desde esta perspectiva, el abordaje del paciente en situación conlleva una caracterización del ser humano a partir de su pertenencia a una naturaleza muy peculiar, la humana. El hombre sano o enfermo forma parte de la naturaleza, pero también de una realidad distinta y muy particular: la realidad social. Esta condición del hombre como ser social constituye una síntesis integrada de naturaleza

y sociedad, en donde esta última modifica sustancialmente la primitiva condición del hombre como ser natural.⁹

El ser humano sano o enfermo se caracteriza también por su condición de ser concreto, en otras palabras, que pertenece a una determinada clase social, grupo étnico y cultura. Dicha pertenencia no es fortuita, sino que integra el ser y la personalidad de cada quien. En alto grado, se es humano en tanto que se es social, y se llega a la totalidad del ser en la medida en que se incorporan y organizan experiencias con los otros, en un sistema de expectativas mutuas y de relaciones significativas, es decir, que tienen sentido en un contexto que le es propio.

El hombre es, además, un ser histórico, producto de un desarrollo en el cual emergen nuevas potencialidades, que no se dan de una vez y para siempre en forma fija e inmutable. Dicho desarrollo es el resultado de una compleja organización neuroendocrina y reflejo de la estructura de la sociedad en un sentido más amplio, porque es de ella de donde provienen los estímulos fundamentales para la organización de las cualidades psicológicas humanas, y es en ella donde se manifiestan sus acciones conscientes o inconscientes producto de su necesidad de ser.

El ejercicio de la medicina desde el humanismo secular, y por tanto basado en este concepto del hombre sano o enfermo en situación, requiere de una modificación de las actitudes del médico actual, producto de la autocrítica y de la asimilación de lo que los pacientes piensan y perciben de él.

Este cambio de actitud debe orientarse hacia una apertura que haga posible el cuestionamiento sobre una serie de supuestas verdades que en la práctica han interferido sensiblemente en el desarrollo de las relaciones entre el médico y su entorno profesional y los pacientes, con efectos indeseables que finalmente redundan en perjuicio de éstos.¹⁰⁻¹² Una de estas falsas verdades es la creencia de que algo es correcto sólo por la autoridad académica de quien lo dice, no por las razones y argumentos que lo sostienen.

Pareciera más cómodo aceptar lo que se nos dice, que reflexionar sobre ello. Algo semejante ocurre cuando el médico cree que es real y verdadero solamente lo que es estadísticamente significativo. En este renglón se inscriben también las llamadas verdades absolutas, eternas e incuestionables como la referente a que el médico es el único responsable de la salud y la vida de los enfermos, enajenándole a ellos la mayor parte de esa responsabilidad. Otra falacia muy frecuente en el ámbito profesional es la tendencia del médico a priorizar sus valores y costumbres por encima de los del paciente, desconociendo así la realidad del otro.

Percibir al paciente en situación significa visualizarlo en todas sus dimensiones y en todas sus posibilidades y desventajas, en una intercomunicación franca, ajena a todo interés personal económico o afectivo, en un clima de tolerancia y respeto a la imagen que tiene de sí mismo y de sus propios valores y cosmovisión. La relación médico-paciente es, por lo general, un encuentro fraternal entre dos individuos sin parentesco, amistoso, entre dos no necesariamente amigos, y humano por encima de cualquier consideración.¹¹

En ese contexto, toda reflexión auténtica y productiva sobre el humanismo tiene que partir del aquí y ahora, sin olvidar que por incluir una conciencia histórica, dicha reflexión no puede prescindir del pasado ni de una proyección hacia el futuro.

Para concluir habrá que afirmar que el ejercicio del quehacer reflexivo acerca del hombre, particularmente en torno a cada enfermo, sugiere que todo médico debe adentrarse en el terreno de la antropología médica entendida como antropología filosófica, sin que sea estrictamente un antropólogo o un filósofo profesional, porque el hombre es el centro de la medicina y el cuestionamiento filosófico es inherente al género humano, más allá de las fronteras de cualquier disciplina y del grado de profundidad de las respuestas, siempre que la reflexión esté libre de restricciones. En nuestro tiempo, los nuevos retos que enfrenta el médico producto de sus propias acciones, requieren de un humanismo secular, si es que la medicina aún puede lograr sus metas y contribuir a mejores condiciones para la existencia humana.¹³

REFERENCIAS

1. Ocampo MJ. Las Humanidades Médicas hacia el siglo XXI. *Lab-acta* 1999; 11(3): 89-92.
2. Gillon R. An introduction to philosophical medical ethics: the Arthur case. *Brit Med J* 1985; 290: 1117-9.
3. Diccionario médico-biológico, histórico etimológico. Ediciones Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://dicciomed.eusal.es/palabra/enfermo-ma>. Citado 20/01/13.
4. Pellegrino DE, Thomasma DC. A Philosophical Basis of Medical Practice. New York: Oxford University Press; 1981.
5. Veatch RM. The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner. USA: Indiana University Press; 1991.
6. Menken M. The art of medicine revisited. *Med Educ* 1994; 28: 331-2.
7. Magner LA. History of Medicine. New York: Marcel Dekker Inc.; 1992.
8. Philip HC, et al. Bioethics for clinicians. *Can Med Ass J* 1997; 156: 2.
9. Bonifaz NR. El Humanismo en México en el siglo XX. México: UNAM; 1991.
10. Connely JE. Primary Care and the Medical Humanities. *Acad Med* 1995; 9: 751-2.
11. Aréchiga UH. La ética y praxis en el ejercicio de las profesiones para la salud. Memoria del IV Simposio Internacional. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2000.
12. Jackson M. Medical Humanities in medical education. *Med Educ* 1996; 30: 395-6.
13. Ocampo MJ. Reflexiones bioéticas sobre la "Carta del Profesionalismo Médico". *Rev Mex Ang* 2011; 39(2): 49-54.

Correspondencia:

Dr. Joaquín Ocampo Martínez
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
Tels.: (04455) 2746-6105, 5656-0691
Correo electrónico:
ananke46@hotmail.com