
HACIA UNA MEDICINA HUMANIZADA, PERSPECTIVA DE LA POBLACION

Graciela Climent de Zajelenczyc
Ana María Mendes Diz de Cabo

I) Introducción

A lo largo de toda la historia, la medicina ha sido un espejo de la sociedad. Los progresos ocurridos durante el proceso de afinamiento de la especie humana (especialmente, en su filosofía, su estructura socioeconómica y sus derivaciones en el campo científico y tecnológico) se han reflejado nítidamente en el tipo de medicina ejercida. Esta situación es una lógica consecuencia de la naturaleza antropocéntrica de la medicina y de las diferentes y mutables concepciones de la vida y la muerte que han desarrollado las civilizaciones que se sucedieron durante la historia del hombre¹.

Sin embargo, la realidad no se presenta (absolutamente) favorable o desfavorable. Los hechos que se suceden son más o menos favorables en determinada situación; pero esta última es cambiante y en esa sucesión de realidades, se avanza y retrocede hasta llegar a una nueva realidad signada por características contradictorias.

Los avances de la medicina van arrojando pérdidas y ganancias, aunque las primeras no sean buscadas ni deseadas. Pero lo que

signa el progreso es el intento de minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias.

En la Argentina, en los últimos treinta años, ha habido significativos avances en el campo de la medicina y de la salud pública, sin embargo, al integrar la realidad, éstos no están exentos de los efectos nocivos no deseables.

En el presente trabajo intentaremos una descripción de algunos hechos de la realidad médico-sanitaria-social que no pretende ser exhaustiva. Esta parcialización no implica desconocer la relevancia de otros aspectos, sino que se debe a la limitación humana que impide abarcar la totalidad de los hechos.

En este estudio, realizado con un enfoque psicosocial, describiremos la evaluación que la población realiza de la atención médica que ha recibido desde la década del cincuenta, y la percepción que la misma tiene de los cambios producidos, tanto a nivel de procedimientos y técnicas biomédicas, como en la relación médico-paciente y en la organización de la atención de la salud.

Precisamente por su enfoque psicosocial, se pone el énfasis en la detección de valores, creencias, conocimientos y actitudes que la población tiene respecto a los temas planteados.

Para ello, en una primera etapa nos hemos abocado al análisis de datos de investigaciones que hemos realizado en los últimos doce años en el área de Capital Federal y Gran Buenos Aires, los que reflejan concretamente la evaluación que la población hace de la atención médica recibida. Estos datos, recolectados a través de la aplicación de encuestas psicosociales, provienen de dos universos:

- pacientes potenciales (o sea población en general), pertenecientes a los distintos niveles socioeconómicos, cuyas muestras han sido elaboradas por cuotas, según la distribución por niveles socioeconómicos de la población total (INDEC) (1786 casos en total).
- pacientes manifiestos (internados y ambulatorios), cuyas muestras han sido obtenidas al azar en diversos servicios de tres hospitales municipales y un sanatorio de obra social (220 casos en total).

En una segunda etapa del trabajo se procedió a la elaboración de una encuesta psicosocial para detectar la opinión que la población tiene respecto de los cambios acaecidos en el campo de la salud en estos últimos treinta años.

Esta encuesta fue aplicada a una muestra no aleatoria de 60 personas mayores de 50 años pertenecientes al nivel socioeconómico medio, y residentes en Capital Federal. Nos centramos en este nivel dado que el mismo comprende al 60 % de la población de Capital Federal, y desde el punto de vista de la "identificación psicológica" es aún mayor².

Es necesario aclarar que las conclusiones a las que se arribe en este trabajo, dado su carácter de exploratorio, no pretenden dar acabadas explicaciones de los hechos estudiados, sino simplemente mostrar tendencias que nos alertan sobre ciertos efectos sociales no deseados que se han dado concomitantemente a los innegables avances médico-sanitarios ocurridos en las últimas tres décadas.

Esta descripción intenta, a la vez, ser objetiva; pero no podemos negar que los hechos del pasado; entre los que se interpone el tiempo y la distancia, pueden ser valorados más imparcialmente y así justipreciar sus consecuencias. Dado que estamos tan inmersos en ellos, se hace más difícil juzgar los hechos actuales con objetividad, sin embargo, creemos que las vivencias que los mismos posibilitan, lejos de empobrecer la interpretación de la realidad, la enriquecen, dándole sentido.

II) Crisis en la medicina y en la atención de la salud

La medicina y la atención de la salud sufren la repercusión de la crisis de una sociedad y de una época donde se advierten enfrentamientos de ideologías, desarrollos tecnológicos y oscilaciones políticas. Esta es la sociedad de consumo, de la masificación, de la creencia mágica en la tecnología, de la violencia, de la crisis de los valores.

El aceleramiento producido en nuestro siglo ha perfilado una realidad científica y sociocultural muy distinta a la de siglos anteriores. Particularmente en los últimos cincuenta años, el mundo, y por ende nuestro país, ha experimentado cambios con que se desenvolvía un ritmo desconocido hasta entonces, los que pusieron a disposición del hombre un cúmulo de nuevas ideas. Este proceso nos ha enfrentado con un conjunto de nuevos problemas, cuya solución exige nuevas respuestas. Y en esta búsqueda está empeñado el hombre, ya sea en su condición de científico, de técnico o de miembro de la comunidad.

La superespecialización, la burocratización, la automatización

de la atención y su centralización en organizaciones hospitalarias cada vez más complejas, administrativa y tecnológicamente, la pérdida de identidad del paciente dentro de ellas y la búsqueda de una atención personalizada y humanizada, son problemas fundamentales que se han ido presentando en los últimos decenios³.

Cambios en la filosofía médica

Reflexionamos entonces acerca del tipo de medicina que necesita la comunidad.

La crítica se focaliza en una medicina que en un proceso de tecnologización creciente ha ido alejándose cada vez más de las verdaderas necesidades del individuo, reemplazando las relaciones interpersonales por aparatos e instrumentos, revelándose incapaz de hacer frente a la sutil y compleja patología actual y sumando iatrogenias.

Las soluciones para hacer frente a esta crisis comprenden desde medidas prácticas de índole correctiva hasta cambios en la filosofía médica, que conduzcan a una medicina más humana. Y esto último es necesario, porque la esencia del problema es filosófico, tal como ocurre con todos los grandes problemas del hombre, y como tal ha de encararse. Son los conceptos de salud, enfermedad, medicina, ciencia y hombre, los que están en juego.

Esto lleva a tener en cuenta algunos aspectos científicos y filosóficos que subyacen a la consideración de la crisis de la medicina.

A partir de la filosofía cartesiana, hemos ido estrechando la visión del hombre y la base científico-filosófica con que se encara el proceso salud-enfermedad, hasta llegar a la medicina hoy prevalente.

La separación drástica entre el universo del pensamiento y el de las cosas tangibles marcó una escisión básica en la visualización del hombre como unidad, por lo cual, la medicina científica limitó su campo al estudio de los fenómenos corporales. A ello se agregó la consideración del organismo como una máquina, en un enfoque mecanicista que asoció el desenvolvimiento de la medicina con el de las ciencias exactas y naturales.

A partir de la idea de la escisión entre cuerpo y alma surge un reduccionismo, es decir, con la división del organismo en partes cada vez más pequeñas, para conocer su funcionamiento, condu-

ciendo a la medicina a una superespecialización sobredimensionada.

A su vez, este estudio del funcionamiento de la máquina humana se realizó en condiciones de óptima objetividad, y fueron analizados el hombre y su patología como un objeto aislado, por parte de un observador imparcial no comprometido, que se desenvolvía en un mundo artificial, es decir, en condiciones similares a las de un laboratorio.

Esto ha dado lugar a otro problema: el aumento alarmante de la experimentación en el ser humano. Los transplantes de órgano único, la utilización indebida de psicofármacos, el uso exagerado de la terapia intensiva son un ataque virtual a la salud e integridad de los hombres. A veces, el afán de indagar, hace que se olviden las normas éticas que deben regir toda conducta humana, y da lugar al surgimiento de la llamada "bioética", que, aparentemente, se propone hacer predominar la "ética de la biología" sobre la "ética del hombre", justificándose así hechos tales como la eutanasia o el aborto⁴.

Por otra parte, la necesidad de establecer leyes generales que explicaran el funcionamiento del cuerpo humano, llevaba implícita la concepción de causalidad unifactorial: una causa dada produce un efecto dado. Resultó pues, imprescindible, categorizar las distintas alteraciones, tanto en lo referente a la causa como a su efecto, y así surgió la taxonomía médica, basada fundamentalmente en la presunta causa de la afección o en su anatomía patológica, (es decir, orientada por entero hacia la enfermedad), taxonomía que no ha cambiado sustancialmente hasta nuestros días.

En base a esta concepción de la medicina, la tecnología actuó como catalizador, y su utilización ha sido casi ilimitada, estimulando esta medicina orientada a la enfermedad y a la curación, organizada según especialidades, que considera al paciente como una máquina a la que se debe reparar, y que trata de encuadrar las nuevas patologías según la nosología tradicional⁵.

Obviamente, este enfoque es insuficiente cuando se trata del ser humano, e inadecuado para el abordaje de la patología prevalente en nuestra época; trastornos funcionales, afecciones psicósomáticas, enfermedades crónicas y degenerativas, entre otras. Y esto es así porque el peso de lo sociocultural en la vida del hombre le da una nueva perspectiva al problema: ya no es sólo la enfermedad lo que preocupa, sino la enfermedad del hombre en su circunstancia.

Diversos factores determinaron el cambio de la filosofía médica y todos ellos convergen en el propósito de transformar la medicina en una ciencia social. Uno de esos factores fue el control de las enfermedades transmisibles, que al reducir la mortalidad favoreció el envejecimiento de la población y, por ende, el aumento de patologías crónicas que no pueden ser abordadas exclusivamente por medio de medidas higiénicas y sanitarias. Estas motivan a investigar los factores psicosociológicos que se hallan presentes en su génesis. Por otra parte, la cronicidad implica cambios en el hábito de vida del paciente y su familia y de la sociedad, determinando nuevos comportamientos que es preciso comprender.

A partir de las circunstancias mencionadas se ha ido perfilando la necesidad de una nueva medicina, que estudie los problemas de salud con criterio ecológico, es decir, tomando en cuenta los múltiples condicionantes del medio físico-biológico-cultural. Es preciso que la etiología se busque en la historia del paciente, sus relaciones familiares, sus costumbres, su nivel de vida, sus creencias, sus valores; factores que también tendrán relevancia para lograr un diagnóstico adecuado y el éxito en el tratamiento.

Y esto es todo un desafío para la medicina, porque implica trascender la interpretación de las dolencias del cuerpo para abarcar también su mente, sus emociones, sus sentimientos, es decir, el hombre todo y su relación con el contexto.

Por lo tanto, es necesario adherir a una nueva concepción de la medicina. El hombre ya no puede ser interpretado únicamente con un enfoque científico-natural.

Teilhard de Chardin ha afirmado que "probablemente los métodos histológicos y fisiológicos de análisis han dado ya todo lo que podía esperarse de ellos; para progresar más hay que orientar el esfuerzo en una nueva dirección. La medicina deberá ser completada por la incorporación de las ciencias del espíritu"⁶.

El progreso en el conocimiento de nosotros mismos, como dijo Alexis Carrel⁷, requiere los esfuerzos simultáneos de diversos especialistas que deben ser compendiados en una "síntesis inteligible".

Interdisciplina y enfoque sintético se imponen como insoslayables en la nueva medicina, tanto al nivel conceptual de la teoría, como al operacional de la práctica. Los descubrimientos de la biología y de la físico-química permiten un mayor conocimiento de lo orgánico; los avances de las ciencias humanas brindan la imagen de

un objeto que no se agota en dicho nivel sino que lo trasciende⁸.

Sin embargo debemos señalar que el enfoque sintético no debe aparecer como contrapuesto ni excluyente del analítico, sino que deben complementarse en una visión integral y dinámica del hombre y de la sociedad, así como del fenómeno salud-enfermedad. Es sólo entonces que la medicina encara al hombre como persona y adquiere el carácter de ciencia antropológica.

Esta forma de comprender la medicina adquirió en este siglo una dimensión científica y una técnica ordenada, pero ya en el siglo pasado encontramos importantes trabajos que le han servido de base⁸.

En este proceso, un cambio significativo fue el generado por S. Freud (1856-1939) cuyo aporte contribuyó al logro de una concepción caracterizada por superar la dicotomía entre lo orgánico y lo espiritual, al considerar "al enfermo como un hombre".

Alrededor de 1848, R. Virchow reconocía la importancia de los factores socioeconómicos en la aparición de las epidemias, manifestando: "la medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala", frase que alienta la militancia del médico en la causa del bienestar comunitario.

Ya en nuestro siglo, Van Wizacker en su trabajo "Enfermedad social y curación social" (1930) remarca cómo la condición social de la existencia humana puede afectar física y psíquicamente al hombre. A partir de estos conceptos estructuró su medicina antropológica entendiendo al enfermo como "ser viviente", pero, además, como "elemento personal" que se encuentra influido constantemente por los factores sociales que lo rodean y que él mismo contribuye a crear. Con su método biográfico, personal y antropológico, manifiesta la necesidad de que el médico trabaje concibiendo a cada ser como una persona en la que se insertan sus propias experiencias y sobre quien repercute la situación social existente, sobre la cual también es posible intervenir.

En 1933, ya Alexis Carrel había afirmado que "tanto en la enfermedad como en la salud, el cuerpo mantiene la misma unidad; ningún trastorno queda limitado a un solo órgano. Sólo conociendo al hombre en su totalidad y simultáneamente bajo sus aspectos anatómicos, fisiológicos, mentales y sociales, se lo comprenderá cuando está enfermo"⁷.

M. Balint, en 1957, desarrolló un método para proporcionar conocimientos psicológicos al médico general, para interpretar al

paciente y su enfermedad⁹. Su discípulo, N. Beusaid, indica que el paciente debe ser asumido en su totalidad por el médico, destacando que para ello este último "debe estar disponible, saber escuchar y satisfacer el reclamo del enfermo"⁸.

Vemos que las posiciones descriptas intentan dar al hombre su verdadera dimensión de unidad biopsíquica-social que se interrelaciona permanentemente con su ambiente. Demuestran, además, una tendencia hacia la tan deseada humanización de la medicina, que ha ido pasando a través de tres etapas principales: la del psicoanálisis, la de la medicina psicosomática y, finalmente la de la medicina antropológica, por la cual aún se está luchando.

Por mucho que avance la medicina, el compuesto de espíritu y materia es el que debe prevalecer sobre los elementos del arte de prevenir y de curar, ya que el fin de la medicina es el hombre.

Concepto de salud

Es evidente que esta evolución de la filosofía de la medicina nos lleva a la necesidad de redefinir el concepto de salud. Siendo la realidad intrínsecamente cambiante, las definiciones no deben perpetuarse; como menciona Mechanic¹⁰ "la medicina se moldea con la cultura de la época".

Tomando los aportes de varios autores argentinos (11, 12, 13) y la definición de la OMS, conceptualizamos a la salud como la posibilidad de una persona de gozar de una armonía biopsíquica-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio ambiente.

Esto implica, en primer lugar, considerar al hombre como unidad, y, en segundo lugar, significa que la salud no es un estado inalterable ni es una mera adaptación al medio. El hombre vive en constante interacción con el medio ambiente físico-biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables. Algunas producen placer, satisfacción y favorecen el desarrollo, mientras otras provocan dolor, molestias, conflictos que dificultan o detienen el desarrollo; y de esa interacción en la que el hombre está luchando con el medio, aceptando lo favorable y rechazando lo desfavorable, surge el nivel de salud. No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de lo conflictivo y la imposibilidad de resolver el conflicto en cualquiera de las áreas (física, psíquica o social) lo que le imprime la idea de enfermedad.

El hombre estará sano en tanto resuelva los conflictos que se le plantean, construyendo en ese accionar la idea dinámica de salud, que incluye, fundamentalmente, el criterio de ser activo que participa en la obtención de su salud.

Por último, en ese intercambio con el medio, el hombre modifica o recrea todo aquello que debe ser cambiado, lo cual significa que no se adapta meramente a él, ya que esto equivaldría a renunciar a la creación individual y colectiva.

Como ha dicho Escardó¹⁴: "en el último transfondo, la salud es una expresión vital de la misma esencia de la enfermedad, y en cualquier caso es un fenómeno que afecta la totalidad del sujeto hasta su integridad cósmica, y que en consecuencia sólo puede ser tratada como tal y desde la totalidad terapeuta".

III) Evaluación psicosocial de la atención de la salud, desde la perspectiva de la población

El grado de satisfacción de la población con respecto a su relación con el médico, a los procedimientos y técnicas biomédicas y a sus experiencias en las organizaciones de salud, condicionan el grado de utilización de los recursos disponibles en salud, posibilitando o dificultando la adopción de medidas preventivas, tanto a nivel primario como secundario y terciario.

De ello deriva la necesidad de evaluar la atención de la salud en términos de aceptación social. Esa evaluación no puede realizarse con indicadores de salud tales como tasas de morbilidad o mortalidad, o con indicadores de recursos sanitarios tales como porcentajes de camas ocupadas, número de habitantes por médico o número de egresos hospitalarios. Es necesario desarrollar y utilizar indicadores del "significado humano" de la atención médica¹³ que permitan evaluar la calidad del sistema de atención de la salud; esencialmente en términos de satisfacción de las necesidades psicosocioculturales de los pacientes, las cuales parecen ser, precisamente, aquellas que se han ido dejando de lado a lo largo de los cambios ocurridos en esta área en las últimas décadas.

Analizaremos entonces la evaluación que la población realiza de la atención médica recibida, según las tecnologías utilizadas.

Se entiende por tecnología, las diversas maneras de actuar sobre la realidad para transformarla y lograr objetivos orientados a satisfacer necesidades. Se basa en el conocimiento científico o em-

pírico y comprende la aplicación de este conocimiento, así como los medios utilizados para ello¹⁵. Implica la transformación del conocimiento en bienes y servicios; en el primer caso se habla de tecnología incorporada (aparatos, equipos) y en el segundo, de tecnología no incorporada (procedimientos, técnicas).

Dentro de las tecnologías de salud podemos distinguir las de servicios de salud, las administrativas y las de capacitación (de estas últimas no nos ocuparemos en este trabajo)¹⁶.

Las tecnologías administrativas incluyen todos los procesos destinados a recoger y analizar información, así como aquellos utilizados para planificar, implementar, controlar y evaluar cursos de acción para dar apoyo a las tecnologías de servicios de salud. Incluyen también la provisión y organización de los recursos humanos, materiales y financieros del sector salud¹⁶. En este trabajo analizaremos aquellas características de la organización de la atención médica actual que influyen en la relación médico-paciente, comparándolas con las del pasado cercano.

En las tecnologías de *servicios de salud*, incluimos, por un lado, todos los *procedimientos y técnicas biomédicas* que se utilizan en la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; muchas de éstas están incorporadas y se aplican por medio de aparatos, equipos, medicamentos, vacunas, etc. En estas tecnologías también incluimos los *modos de relación del equipo de salud-paciente*, que hacen referencia al grado de comunicación establecido y a las bases psicosociales de la misma. Estas son las tecnologías a las que daremos especial énfasis en este trabajo.

Organización de la atención médica actual

Es evidente que la práctica libre o privada de la medicina está desapareciendo para dar lugar a sistemas socializados de la misma. La socialización de la atención médica responde por un lado a modificaciones que están apareciendo en las pautas de demanda, es decir que cada vez es más vigorosa en la población la conciencia de que el cuidado de su salud es su derecho, sin discriminaciones por factores geográficos, económicos ni culturales. El proceso ha llegado al punto al que Kerr White denomina "nivel de intolerancia social"¹⁷, que indica que la opinión pública de una determinada comunidad siente y decide que un estado de cosas es "intolerable" y, por ende, inaceptable para el futuro de esa comunidad. Es en-

tonces que puede producirse un cambio, al trasladarse los valores y las aspiraciones colectivas a las decisiones políticas y a las acciones administrativas.

La extensión de cobertura a la mayoría de la población surgió entonces como una necesidad ineludible.

En la V Conferencia Nacional de Actividades Médicas (Bs. As. septiembre 1981) se hizo referencia a que en 1967 sólo el 20 % de la población estaba cubierto por obras sociales. En la década del 70 con la ley 18.610 ese porcentaje se eleva al 85 %. En la actual situación coyuntural de mayor desocupación la proporción de personas con cobertura disminuyó a un 75 %.

En las IV Jornadas Rioplatenses de Administración Hospitalaria (Buenos Aires, septiembre 1981) se mencionó que en la actualidad existen 384 obras sociales y 500 entidades asistenciales de sistema prepago, lo cual da una idea de la tendencia hacia la socialización.

Este proceso de socialización que se ha dado en nuestro país surge claramente de los datos recogidos a través de la actual encuesta que revela que un 32 % de encuestados no cambió de sistema de atención y casi las dos terceras partes de ellos permanecieron en el sector privado. Del 68% que cambió de sistema de atención, el 55 % que antes se atendía en forma no institucional ahora lo hace en forma institucional; un 34 % cambió de un sistema institucional a otro que también lo es (antes público y ahora obra social o pre-pago), y sólo un 10 % pasó de atenderse institucionalmente a hacerlo en forma no institucional (sector privado).

Por otro lado, el aumento creciente de complejidad y costo debido a la sofisticada tecnología incorporada, ha sido otra de las causas de la necesidad de institucionalizar la atención médica, como así también la visualización de la mayor posibilidad de controlar al paciente internado, y las mejores condiciones de asepsia que podría ofrecer la internación. Esto también surge de los datos de la actual encuesta, a través de la cual el 50 % opina que "antes los médicos hacían internar menos que ahora" y el 55 % así lo prefiere y considera "que ahora el paciente está mejor atendido con la tecnología moderna" y "más controlado".**

Por otro lado, un 61 % afirma "que es preferible que los enfermos incurables sean internados para que reciban mejor atención de la que se les puede brindar en el hogar"; por idénticas razones un 31 % considera "que si tuviera una enfermedad que

podría ser atendida tanto en su casa como internado, preferiría que lo internaran". Infiuye en esta preferencia el temor a los imprevistos, a los contagios, a enfrentarse con el sufrimiento y la muerte, etc.

En este proceso de socialización ha influido la persistencia de problemas como la insuficiencia presupuestaria y la gran dispersión de recursos que está llevando a la desaparición paulatina del antiguo hospital de beneficencia¹⁸, además de un imperativo interno de la medicina actual, que exige que ésta sea practicada en equipo debido a su complejidad y a la imposibilidad de que todos los conocimientos puedan ser abarcados por un solo individuo.

Pero si bien estos procesos concomitantes de socialización e institucionalización han tenido notables efectos en el descenso de la morbilidad y mortalidad, dado que respondieron a una necesidad real, también han suscitado problemas para los protagonistas principales del proceso terapéutico: los prestadores de servicios médicos y los beneficiarios de los mismos. Se tiene la impresión de que con la socialización de la atención médica se ha perdido el "verdadero" médico, aquél que en otra época fue la tranquilidad de una comunidad por su labor no sólo científica sino humana, que curaba no sólo con la técnica sino que era el apoyo moral y espiritual de su comunidad¹⁹. Esto se debe a que una de las características negativas surgidas de este sistema de atención es la *burocratización del médico*.

Efectivamente, en el sistema de atención médica actual, el poder administrativo interfiere en el binomio médico-paciente, convirtiéndolo en un trinomio: médico-organización-paciente. Se pierde así la esencia del acto médico: el médico busca cantidad en lugar de calidad, asegurándose fundamentalmente el aporte de enfermos. Paulatinamente se va anulando la responsabilidad del médico, en lo cual influye la modalidad de financiación indirecta propia de este sistema, y ésta tiende a atenuar en la gente la conciencia de sus derechos, al mantener independientemente la relación prestación-pago (20, 21). Ya no se rinde cuenta del acto médico al propio enfermo sino a la organización; el médico se convierte así en un simple empleado burocrático. El fantasma administrativo borra lo que tiene de "arte" la profesión médica; el acto médico se va convirtiendo en un acto administrativo en lugar de humano, el médico empieza a preocuparse más por llenar los requisitos exigi-

dos y las boletas, que por revisar el tiempo necesario al paciente, escucharlo, explicarle, etc.

El panorama se agrava con la aparición de importantes inversores en el campo de la salud, que buscan obtener un beneficio de empresa idéntico al perseguido en cualquier campo de la producción y del todo incompatible con una medicina que pretenda responder a las necesidades del enfermo y de los profesionales a quienes se los contrata por bajas remuneraciones.

Por otro lado, se relativiza cada vez más la libre elección del profesional por parte del paciente, a pesar de que ya dos organizaciones internacionales (OIT y OMS) han proclamado el derecho a la libre elección como elemento terapéutico por el grado de confianza que se establece entre médico y paciente²².

Los entrevistados de dos de los estudios analizados muestran una marcada preferencia por la atención privada. Porcentajes que superan el 75% opinan, por ejemplo, "que las explicaciones son insuficientes" y "que los profesionales gritan a los pacientes" cuando la atención es institucional, ya sea en hospitales públicos u obras sociales. La mayoría prefiere al médico particular "porque atiende mejor", "viene más pronto", "le dedica más tiempo" y "escuchan y explican mejor". En la encuesta actual se observa que la tercera parte de los entrevistados mencionan que esto se daba antes más que ahora, porque "antes los médicos tenían más tiempo" y "atendían más tranquilos". Por otro lado, un 55% opina que "los médicos acudían en cualquier día y a cualquier hora si un paciente los llamaba", y un 75% manifiesta que "los médicos visitaban a los pacientes en su casa más que ahora". Estos cambios en la situación son atribuidos por la propia población a la organización de la atención médica "que atiende a demasiada clientela" y "que no remunera debidamente a los profesionales".

Esta situación, que también insatisface a los propios profesionales, provoca altos niveles de ausentismo y una escasez de personal que conduce lógicamente a no dedicar el tiempo suficiente a los enfermos, a atender en forma apurada, a hacerlos sufrir largas esperas y a ser poco amables. Un verdadero círculo vicioso que los entrevistados de nuestro estudio visualizan con claridad.

Otro de los efectos no deseados del sistema de atención institucionalizada es la *despersonalización* y *deshumanización* que lleva aparejados, tanto para el paciente como para el personal.

En realidad, el proceso continuo de institucionalización de la

medicina nos hace detener en el análisis de las organizaciones hospitalarias (sean estas públicas o privadas) desde el punto de vista del paciente y, en especial, del paciente internado, que se ve obligado a compartir su existencia en ese ámbito. En virtud de su propia estructura sociológica, la organización hospitalaria puede favorecer la curación del enfermo o entorpecerla; la organización es en sí misma un medicamento de acción una vez benéfica y otras nociva²³.

La organización hospitalaria es una institución total, por tratarse de un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina administrada formalmente²⁴, ²⁵. Así conceptualizada la organización hospitalaria es vivida como el ámbito donde se producen los conflictos y contradicciones que generan la interacción de los distintos grupos que lo componen.

Esto ocurre en parte, porque los pacientes, y en especial los internados, dejan que la organización, de la que son su razón de ser, los tome, conduzca y maneje como entes pasivos que no tienen derecho a protestas por el régimen de vida de relación al que son sometidos¹².

En primer lugar, se procede a separarlos de su familia y se les imponen normas que deben cumplir²⁶, y que son ajenas a su vida cotidiana. El paciente despojado de sus derechos y sin normas internalizadas, no podrá estructurar conductas estables. Esto significa que las necesidades y exigencias del establecimiento pasan a prevalecer, casi de un modo absoluto, sobre las del paciente.

En segundo lugar, desde el primer contacto con cualquiera de los miembros del personal, comienzan a funcionar, en forma inconsciente, las que pueden llamarse "actitudes de ablandamiento" o "coercitivas"; éstas irán preparando al paciente para que se adapte al estilo de vida de la organización, lo cual significa, entre otras cosas, padecer un proceso de despersonalización y según el tipo de organización de que se trate, sufrir la escasez de recursos materiales, técnicos y humanos.

Este proceso convertirá al paciente en un número para ser atendido, luego en la cifra de una historia clínica y más tarde en uno más en la lista de "casos"²⁴. La totalidad psicofísica-social se habrá reducido así a un "órgano enfermo" sobre el que se centrará la atención y el "síntoma" se convertirá en el medio de comunicación con el personal asistencial.

Otro elemento a considerar, es que la posibilidad de control de la situación por parte del paciente, se ve limitada, en el mejor de los casos, a la elección de la organización y/o del personal, y posteriormente al cambio en caso de insatisfacción. Su posibilidad de control y hasta de comprensión de los procedimientos utilizados en el proceso terapéutico o preventivo es casi nula, y por lo tanto se limita a un papel pasivo y obediente²⁶. Esto se da, en especial, en las organizaciones públicas y de obras sociales, en las que la falta de pago directo por parte del paciente le quita toda posibilidad de control^{20, 21}.

Por otra parte la organización hospitalaria transforma el campo de interacción en una uniformidad operativa. Si bien el diagnóstico y tratamiento son singulares, todo el proceso de la atención médica posee características de colectivo, ya que implica una regulación horaria estricta para el cumplimiento de las indicaciones médicas, el confort, la higiene, la alimentación, y hasta para la relación efectiva, visualizada esta última, en el limitativo régimen de visitas, que es el único medio de contacto con lo propio y que, en las condiciones en que se realiza, carece de todo sentido psicológico y a menudo resulta contraproducente y hasta patogénico.

Según las características de la organización hospitalaria de que se trate pueden generarse nuevas enfermedades como la iatrogenia medicamentosa, las infecciones intrahospitalarias y lo que es muy importante, el "hospitalismo" producido por la carencia afectiva a la que se ven sometidos los enfermos, al ser separados de su núcleo familiar en uno de los momentos más críticos de su vida.

Uno de los casos más significativos de hospitalismo, lo encontramos en los pacientes internados en terapia intensiva, donde el paciente, ya inseguro por su condición de tal, se enfrenta solo, separado de sus seres queridos, con la inseguridad esencial del ser humano, que es la posibilidad de su muerte¹⁴. Otro de los casos más frecuentes se da en madres e hijos separados inmediatamente luego del nacimiento; esta situación se está revirtiendo paulatinamente y en muchas instituciones se favorece el llamado "room-ing-in".

Pero uno de los casos más extremos de hospitalismo es el de los niños que requieren internación, a cuyas madres no se les brindan facilidades adecuadas para que los acompañen durante la misma, a pesar de haberse comprobado en varias investigaciones²⁷

que la carencia de cuidados maternos, aunque sea por breve tiempo, constituye un hecho gravemente lesivo para la salud física y psíquica de los niños, y que tiene consecuencias no siempre reparables sobre el equilibrio psicosocial.

A estas patologías se suman otras propias del área de la salud mental generalmente no reconocidas como tales, provocadas por el tiempo ocioso, los temores por la enfermedad que se padece, la presencia de casos terminales (muerte de compañeros de sala), el lenguaje técnico-científico empleado por el personal que hace aún más incomprensible su dolencia al paciente, etc.

Con esta institucionalización de la medicina, el paciente ya no puede dirigirse hacia un nombre propio sino hacia una vasta organización sin rostro. La institucionalización, a menudo tan eficaz, no es en absoluto capaz de llenar la necesidad individual de contacto persona a persona típico del ser humano y exacerbada en el estado de enfermedad²⁷.

Todo este cúmulo de situaciones lleva al paciente a desarrollar mecanismos defensivos como la idealización del personal, de la organización y/o de la medicina, de los cuales espera el remedio para sus males volviéndose excesivamente dependiente de ellos.

Es evidente que todas las características que hemos descripto sobre la situación de internación son visualizadas por la población que hemos encuestado y que alguna vez la ha sufrido, de ahí que el 65 % de los entrevistados en el estudio actual considera que "si tuviera una enfermedad que pudiera ser atendida tanto en su casa como internado, preferiría hacerlo en su casa", dando como principal razón "el estar rodeado de su familia". Mencionan también la "tranquilidad" y "comodidad" que implica permanecer en el hogar estando enfermo. Las expresiones de un encuestado resumen dramáticamente la situación de internación, dice: "internado me sentiría triste, solo y más enfermo aún". Respecto a la conducta a adoptar con los enfermos incurables, un 33 % de los encuestados en este mismo estudio afirma "que es preferible que permanezcan en su casa por el apoyo familiar que se les puede brindar". Uno de los entrevistados manifiesta que "ya que no se pueden curar, por lo menos que estén con los suyos hasta el final".

Las consecuencias de esta situación revierten sobre el personal asistencial, que carente de medios para canalizarlos, estereotipa conductas que realimentan las condiciones generadoras de enfermedad, cerrando el círculo en el que todos quedan atrapados.

Las organizaciones hospitalarias se rigen por normas formales e informales tanto en lo administrativo como en lo técnico, que junto a la disponibilidad de recursos y a las condiciones laborales para el personal y de atención para el paciente, moldean el tipo de relaciones interpersonales que se establecen entre los actores que en ellas interactúan. Las condiciones laborales que "sufre" más que "goza" el personal en las organizaciones hospitalarias producen una marcada insatisfacción en el mismo, como vimos al hablar de la burocratización y deshumanización a las que se ve sometido. Exceso de trabajo, bajas remuneraciones que obligan al doble o triple empleo, inadecuada delegación de autoridad y responsabilidad, dificultades en la comunicación con pares, superiores y pacientes, carencia de material e instrumental, resienten la calidad de las prestaciones y la satisfacción por la labor cumplida.

En esas condiciones de trabajo el personal de salud va perdiendo el idealismo y la vocación que lo motivaron a elegir su profesión y, las desilusiones, el cansancio y las frustraciones van generando una patología propia del personal, que se agrega a la del sistema de atención y a la del paciente.

Procedimientos y Técnicas Biomédicas

Veremos ahora el área de los procedimientos y técnicas biomédicas, haciendo especial énfasis en las tecnologías incorporadas.

Hemos señalado anteriormente que los avances en la tecnología médica favorecieron el desarrollo de técnicas de diagnóstico y tratamiento que permitieron el control de enfermedades consideradas hasta entonces letales o incurables. Tanto a nivel mundial como en nuestro país, el aumento de la esperanza de vida, el prolongamiento de la vida útil del hombre, el descenso de la mortalidad infantil, el control de las enfermedades transmisibles, nos están indicando los triunfos de la ciencia y tecnología médicas. Este proceso de tecnologización creciente que se fue dando en la medicina nos hace considerarla como inserta en el estilo de vida. Con la práctica médica ha de respetarse ese modo de vida y si es posible, mejorarlo, utilizando todos los recursos disponibles para lograr dicho objetivo. Esto no significa utilizar drogas o técnicas de diagnóstico y tratamiento indiscriminadamente y en forma cada vez más creciente, sino en la medida en que sean suficientes y adecuadas para mejorar al paciente en su vida.

Sin embargo la medicina se ejerce bajo la pulsión del "consumismo" y con una creencia casi mágica en la eficacia y bondad de los recursos que utiliza, esto, a pesar de que dichos recursos pueden ser nocivos o por lo menos no totalmente conocidos. F. Escardó ha señalado "que la medicina que recibe el paciente se parece a un producto industrial aunque tanto los profesionales como los pacientes crean que es un producto científico"¹².

Esto ocurre porque el médico es producto de un sistema que lo condiciona para proceder de esa forma. La medicina creada por el sistema de consumo ve al paciente como un consumidor y al médico como un agente intermediario.

Este hecho fue determinado en parte por la concientización de la población de la posibilidad de acceder a recursos antes inexistentes.

En esa toma de conciencia ha tenido un rol singular la información periodística que nos muestra diariamente los éxitos y avances de la medicina, de forma que el hombre ha incorporado a sus sistemas de actitud la creencia de estar altamente protegido y cuidado en cuanto a su salud; ha generado también una actitud de miedo e intolerancia al dolor y a la molestia que lleva a tratar de suprimirlos casi de inmediato.

También influyó la propaganda médica desplegada por laboratorios medicinales y organizaciones de atención de la salud, en especial las del subsistema pre-pago que ofrecen "alta tecnología" y "modernos y sofisticados equipos de instrumentos".

Así el proceso de difusión de los avances médicos fue presionando en médicos y pacientes que perciben como imprescindibles la aplicación de las nuevas técnicas. Cada vez se realizan mayor cantidad de estudios diagnósticos incentivados por la excesiva oferta que se visualiza, por ejemplo, en los cuarenta y cinco equipos de tomografía computada existentes, de los cuales catorce se hallan en Buenos Aires, cuando la relación ideal es de 1 equipo por cada dos millones de habitantes, tal como lo informó el Ministro Dr. Argüelles en la V Conferencia Nacional de Actividades Médicas, e hizo extensiva la situación a las mamografías y ecografías.

Eso es origen y causa de la creencia de que los resultados obtenidos por medio de esta tecnología son concluyentes, restando cada vez mayor valor a la clínica. Esto se muestra claramente en los datos de la actual encuesta, en la que el 100 % prefiere que se pidan más análisis y radiografías, ya que permiten "investigar más

y saber con más seguridad y urgencia lo que le pasa". Por ejemplo un 51 % considera "que los médicos, antes, acertaban en el diagnóstico menos que ahora" y muchos lo atribuyen a que "en la actualidad piden más análisis y radiografías, que les permiten orientarse y estar más seguros".

Un entrevistado dice: "cuanto más pidan, mejor"; sin embargo otro apunta: "ahora hay más técnica, antes había más conciencia".

Efectivamente, hay estudios que señalan que los errores diagnósticos tienen como causa fundamental un interrogatorio inadecuado o apresurado por parte del médico, que no permite al paciente "explicar" su dolencia³.

Un editorial del JAMA (1976) dice: "La observación y el razonamiento clínicos, en lugar de haberse agudizado y perfeccionado ha sido degradado. El proceso de razonamiento se ha delegado a equipos automatizados programados para proveer respuestas también automatizadas: para responder a los problemas que le presentan los pacientes, el médico de hoy no tiene en su acervo otras armas que sugerir mayor cantidad de test diagnósticos. La relación personal con los pacientes está desdibujada y distorsionada, ya que los médicos están demasiado pendientes de los datos que registran fuentes extrañas a ambos. El médico ha sido reemplazado por el poder sublime del laboratorio y en este proceso, ambos, médico y paciente, quedan minusvalizados"³.

Con este proceso de automatización aparece el fenómeno de "complicidad en el anonimato"⁹ porque las responsabilidades se delegan y el paciente queda solo frente a una tecnología compleja y fría que no comprende y que no responde en absoluto a sus necesidades de ser humano.

Por otro lado vemos que los entrevistados del estudio actual opinan en un 50 % "que los médicos de antes sabían menos que los de ahora" y un 33 % no percibe cambios al respecto. Es evidente que hoy hay más conocimientos, sin embargo esto no implica que el médico los haya adquirido¹². Por lo menos no puede afirmarse que eso ocurra sin una confirmación previa. Un hecho que debería tenerse en cuenta es que la duración de la carrera de medicina no ha variado sustancialmente, mientras que la explosión de conocimientos ha sido asombrosa.

Los entrevistados que opinan que los médicos de ahora saben más, también consideran que "antes la revisión era menos completa" y "que ahora los médicos explican mejor".

Otro resultado del incremento inusitado de conocimientos es que el saber se fue haciendo cada vez más *especializado*, y la medicina se organizó en múltiples especialidades que se abocaron al estudio de "partes" del cuerpo. La "derivación" es una modalidad de la atención médica que ha ido en aumento en los últimos treinta años.

El 78 % de nuestros entrevistados menciona "que antes se derivaba menos", un 70% estima "que es mejor que se derive a los especialistas", dado que consideran que éstos "saben más sobre cada enfermedad", pero muchos recalcan que "es necesario que el médico de cabecera controle el proceso". La sensación de que por las derivaciones el paciente "se queda solo", es el motivo por el cual el 12 % prefiere "que se derive menos". También aducen que prefieren que los atienda siempre el mismo médico "que lo conoce a uno".

Con la superespecialización la visión integral del paciente se hace sumamente difícil. Las relaciones interpersonales se dan fragmentadas y centradas en un órgano de acuerdo al énfasis puesto por el especialista.

Actualmente son los especialistas los que detentan mayor prestigio en la medicina, sin embargo el rol del médico general no debe desaparecer, sino como dice Fustinioni²⁹, debe ser revalorado en su función de sintetizador e integrador. Luego, la interconsulta, por parte del generalista, no debe transformarse en "complicidad en el anonimato", como dijimos en el caso de la automatización, sino que debe estar justificada y la coordinación de la atención ha de quedar en manos del médico clínico que es el que abre el proceso de la atención médica. Siempre hará falta para el real beneficio del paciente, aquel médico general que, apoyado en su conocimiento del paciente y de su contexto, juzgue todos los elementos provenientes de los diversos especialistas y deduzca el diagnóstico correcto.

Con respecto a la *farmacología*, su extraordinario avance surge de la comparación de la farmacopea del fin de siglo con la actual. Antes, el médico lograba éxito terapéutico en pocas enfermedades; la mayoría de las veces se limitaba a seguir la evolución de las enfermedades que en los casos más graves terminaban inevitablemente con la muerte. Los avances de la química permitieron el aislamiento, la purificación y la identificación de miles de sustancias de origen animal y vegetal. Los progresos de la fisiología, la

bioquímica y la farmacología suministraron los fundamentos científicos para evaluar las acciones terapéuticas, modificar las moléculas y obtener la síntesis de nuevos productos. Surgieron quimioterápicos, antibióticos, vacunas, hormonas naturales y sintéticas, anticoagulantes, anestésicos, etc.

Los esfuerzos que deben desarrollarse para el logro de un nuevo producto pueden apreciarse teniendo en cuenta que, término medio, una sustancia, entre siete mil estudiadas, responde a todas las exigencias en cuanto a eficacia, especificidad, inocuidad y calidad⁸. A la vez, cada síntesis requiere considerables inversiones en laboratorio y personal para desarrollar los programas de ensayo y fabricación.

Este extraordinario desarrollo ha llevado a una mayor prescripción de medicamentos que los entrevistados de nuestros estudios perciben claramente. Un 66 %, por ejemplo, opina "que antes los médicos recetaban menos" y sólo un 6 % opina lo contrario.

En cuanto a la eficacia de los medicamentos de hace treinta años, un 56 % afirma "que los medicamentos actuales son más eficaces" debido a "los avances de la ciencia", "de la tecnología". También recuerdan que antes (algunos se refieren a más de treinta años atrás) no había antibióticos y consideran que con éstos "uno se cura más pronto". Un 26 % considera que la eficacia de los medicamentos de antes "es igual a la de los de ahora". Algunos mencionan que "las fórmulas básicas son las mismas" o "que lo único que ha cambiado es el nombre". Otros ven "que ahora hay más antibióticos pero arruinan otra parte del cuerpo"; es decir que visualizan que los beneficios se anulan por los efectos colaterales negativos.

Los que consideran "que antes los medicamentos eran más eficaces que ahora" (13 %) lo atribuyen fundamentalmente a que eran "más genuinos" y "menos nocivos".

Esto lleva a la consideración del hecho de que los medicamentos pueden o suelen ocasionar daños que no siempre dependen del medicamento sino de la reacción de cada individuo. Y acá tenemos uno de los efectos no esperados ni deseados de los avances científicos, cuyos resultados hay que minimizar.

Porcentajes similares de encuestados de nuestro actual estudio consideran "que los medicamentos, causaban más problemas antes que ahora", y otro tanto afirma "que causan menos problemas que ahora". Un 40 % no observa cambios al respecto y lo atribuye a:

“que antes faltaban técnicas pero los médicos sabían más qué dar”, o “que los medicamentos hacen mal por no estar bien administrados”, o “por una mala dosificación”, o “por equivocada ingestión”; y todo esto ocurriría tanto antes como ahora.

Los que opinan “que antes causaban menos problemas” lo atribuyen a “que los medicamentos eran más puros”, “más simples”, o “más naturales” y a “que en general se usaban poco”; también consideran que “el organismo tenía mayor tolerancia”, es decir que al no estar “acostumbrado” respondía más a los medicamentos.

Los que consideran “que ahora causan menos problemas” lo relacionan con el adelanto y perfeccionamiento que hace a los medicamentos “más precisos”, o “específicos”, y a “que se tienen más en cuenta las reacciones posteriores”.

Tenemos por otra parte, que el 59 % prefiere que se le indiquen menos medicamentos. Algunos entrevistados aclaran “que es preferible que receten menos porque “por ahí los médicos no están seguros y atacan por todas partes al enfermo”, o “para que no arruinen el estómago y estropeen todo”. Otro encuestado considera mejor “dar menos medicamentos y más ejercicio y relax”, lo que muestra una valoración de lo “natural” sobre lo “artificial”. Otro 27 % prefiere “que se le recete lo estrictamente necesario”.

Pero si bien en general se considera preferible que el médico recete menos medicamentos, no puede dejarse de lado el hecho de que la población practique ampliamente la *automedicación*. Debemos aclarar que, según detectamos en nuestros estudios, la gente no cree que está automedicando cuando se trata de aspirinas, gotas nasales, o estomacales, diversas pomadas y otros medicamentos del “botiquín familiar”. Tampoco se piensa que se está automedicando cuando utiliza medicamentos que el médico le recetó en otra oportunidad.

En uno de los estudios analizados vimos que porcentajes de entrevistados que oscilan entre 35 % y 50 % afirman “que cuando el hijo se siente mal le da algún remedio para ver si se le pasa”, “que toma remedios por su cuenta cuando no está bien”, “que va al médico cuando toma remedios y no se mejora”, “que cuando se da cuenta de que el hijo está enfermo lo primero que hace es darle una aspirina”.

Si incluimos los remedios tradicionales y otros remedios (o técnicas terapéuticas caseras), el porcentaje de automedicación sería aún más elevado.

Las conductas de automedicación son particularmente importantes cuando se recurre a ellas como primera medida ante la percepción de enfermedad, y más aún cuando se refieren a la medicación de niños. Vemos que en uno de nuestros estudios, un 37 % de madres entrevistadas afirma "que lo primero que hace cuando el hijo se siente mal es darle un remedio"; y en los niveles socioeconómicos más bajos mencionan incluso que le dan "remedios caseros" y "purgas".

Esta primera conducta ante la percepción de enfermedad también la encontramos en otro de nuestros estudios respecto a otro grupo de personas vulnerables: personas mayores de 65 años; un 42 % afirma que lo primero que hacen "es tomar un remedio que les recetó el médico en otra ocasión" y un 14 % que "toma una aspirina".

Sin afirmarlo categóricamente creemos que es válido pensar que el consumo de medicamentos, por lo menos de los de venta libre, es alto y que esto se debe, entre otras cosas, al valor que se les confiere. Esto constituye un problema, porque el excesivo consumo de medicamentos es el responsable de la "contaminación interna" que el individuo introduce en su organismo mediante drogas de distinto tipo, con el objeto de paliar los síntomas y molestias que sufre y que no son sino expresiones de su estilo de vida⁵.

Prevalece a la vez una idea mágica en cuanto al poder de los medicamentos, olvidando que muchos antibióticos y bacteriostáticos utilizados en exceso agotan sus beneficios más o menos prontamente, agravándose los males, en muchos casos, y dando origen a otros nuevos. El sentimiento de omnipotencia se extiende, generándose la actitud de no preocuparse ya que se supone que se irán descubriendo nuevos antibióticos a los que las bacterias y otros gérmenes han de ceder^{1 2}.

Otra consecuencia negativa de esta sobrevaloración de los medicamentos radica en que retarda la concurrencia al médico, esperando los resultados favorables de los que se hayan consumido por su cuenta.

La consulta al médico es reemplazada muchas veces también por la consulta al farmacéutico, como vimos en nuestros estudios. En esta práctica subyace la expectativa de que este profesional le indique un medicamento, en su rol de representante de la valorada farmacología.

La tecnología médica es evaluada también por el resultado de

los *tratamientos*. Vemos que un 41 % de los encuestados en nuestro actual estudio opina, "que antes se obtenían peores resultados que ahora", otro 41 % considera que no ha habido cambios al respecto.

Casi la totalidad de los entrevistados está de acuerdo en que "los aparatos y técnicas modernas contribuyen decisivamente a solucionar problemas de salud" y "que las enfermedades se pueden prevenir y curar más que antes", principalmente por "los avances de la medicina", "el mayor conocimiento de las enfermedades", "la disponibilidad de recursos", entre los que mencionan medicamentos y vacunas.

Pero este hecho también se atribuye a la mayor educación y toma de conciencia respecto a la salud por parte de la población que hace "que la gente se cuide más", "vaya antes al médico cuando la enfermedad empieza", "vaya más al médico" y "controle más a los enfermos". Por ejemplo, un 72 % de los entrevistados en el actual estudio afirma "hacer ahora controles periódicos por propia decisión", un 64 % dice "que antes no hacía controles por propia decisión", un 64 % dice "que antes no hacía controles porque era sano, joven y no lo necesitaba", un 13 % menciona "que antes no lo hacía por no tener dinero", un 5 % manifiesta "que antes no se acostumbraba a hacer controles" y por último un 2 % aclara "que antes había más desconocimiento sobre su necesidad".

Algunos entrevistados mencionan espontáneamente "que ahora la gente tiene más facilidades por las obras sociales" y "que al no pagar, uno se hace más chequeos".

En otro de nuestros estudios previos aparece un 63 % que está de acuerdo en que "si uno se cuida puede vivir más años", mientras que un 23 % opina que "vivir muchos años es sólo cuestión de suerte". A la vez un 65 % opina que "ser sano depende de uno mismo" mientras que el 20 % piensa que "es cosa del destino"; estos datos nos están mostrando que la mayoría se considera responsable de su salud.

Otra de las consecuencias no deseadas del desarrollo tecnológico fue el alza inusitada del *costo* de la atención de la salud y la población, que percibe como necesaria esa medicina tecnologizada, ve que no puede acceder a ella, sintiéndose desprotegida y frustrada en sus aspiraciones.

En la encuesta actual detectamos que el 71 % considera que la "atención médica era antes menos cara que ahora" y el 23 %

opina que es "igual de cara". A la vez un 66 % afirma que "antes la internación resultaba menos cara" y un 63 % opina así de los análisis y radiografías. Alrededor de un 25 % considera que el costo de la internación, como de los estudios complementarios, no se ha modificado. También los medicamentos se han encarecido y así lo visualiza el 76 % de los encuestados mientras que un 18 % considera que su costo no ha variado. En otro de nuestros estudios, el 40 % de madres entrevistadas responde afirmativamente cuando se le pregunta "si alguna vez no pudieron comprar un remedio para su hijo por ser demasiado caro".

Es interesante aclarar que los encuestados que opinan que los rubros de la atención de la salud "eran tan caros antes como ahora" son aquellos que no han cambiado de subsistema de atención en las tres últimas décadas, y más de la mitad de los que opinan así se atendieron siempre en el sector privado.

La sobrevaloración cultural de los medicamentos y de la aparatología que se ha impuesto en desmedro de la valoración de los métodos naturales, impone una gran responsabilidad que comparten: los laboratorios, preparándolos con el máximo rigor científico y el médico, indicándolos luego de evaluar acabadamente los efectos terapéuticos de los mismos. La misma responsabilidad compartida entre quienes corresponda, ha de darse también en la aplicación de las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento.

Creemos además que se ha perdido la noción de la verdadera dimensión de los problemas de salud que nos aquejan. La mayoría de ellos son procesos que pueden solucionarse con tecnología de baja complejidad y bajo costo, que desde luego no significa baja calidad. Pero ante la tentación de usar la tecnología moderna, caemos en el error de magnificar las molestias y los dolores y quedamos atrapados en una red de aparatos, equipos, medicamentos y técnicas que no nos ayudan verdaderamente a vivir mejor sino a considerarnos mejor atendidos.

Surge la necesidad de saber claramente si el nuevo recurso constituye o no un mejoramiento.

Dice K. White³⁰: "muchos de los beneficios de la medicina provienen del cuidado de los pacientes y de su asesoramiento, del bien conocido efecto Hawthorne y de los placebos, necesitamos entonces más que nunca evaluar y determinar la eficiencia, la toxicidad y la utilidad de todas las formas de intervención médica".

De la capacidad y voluntad de identificar y aplicar las tecnolo-

gías de servicios de salud apropiadas, dependerá directamente la satisfacción de las necesidades de salud de la comunidad e indirectamente el bienestar general de la misma³¹.

Relación Médico - Paciente

Vimos que el sistema de atención de la salud parecería estar organizado de espaldas al paciente, como si esto no fuera su razón de ser.

El paciente es por definición, un ser que padece, sufre y por inferencia generalizada, se supone que el sufrimiento o padecimiento proviene de una enfermedad¹². En esta situación el paciente nos plantea dos reclamos, uno explícito, el reclamo de cuidados; y otro implícito o sea el reclamo de ayuda. Ninguno de los dos puede ser eludido.

Por lo tanto en la relación que establece con el médico, el paciente presenta necesidades a las que éste debe satisfacer, pero tales necesidades no implican abdicar a sus derechos.

La urgencia que conllevan esas necesidades que se refieren a la salud y por extensión a la vida, hace que el paciente pierda o renuncie a los derechos que le caben como tal, e incluso como ser humano, tales como exigir una atención personalizada, medicina en cantidad y calidad adecuadas y en fin, todo aquello que satisfaga sus necesidades de salud y sus necesidades psicosociales.

El paciente recibe una atención fría, despersonalizada, sumamente técnica, apta tal vez para curar el cuerpo pero que desconoce totalmente que el paciente es un ser trascendente con cuerpo y alma, que posee una conciencia y que sufre angustias y temores frente a la incertidumbre de su enfermedad; y que todo esto y mucho más es lo que lleva consigo cuando se acerca en demanda de atención médica.

Surge luego la necesidad de rescatar el contacto con el hombre singular que se integra progresivamente en sistemas complejos en los que lo individual pierde vigencia, y donde el paciente ya no es un semejante sino un objeto.

Sin embargo, la relación médico-paciente, que como relación de persona a persona debería ser una función de igualdad, en los hechos casi nunca adquiere este rango. Una relación de esta naturaleza debe basarse en un conocimiento acabado del paciente, del que interesará su "biología en la biografía" o sea cómo su padecer

se articula o desarticula con su estilo de vida. De ahí deriva la importancia de que en el ejercicio profesional se tomen en cuenta factores psicosocioculturales y socioeconómicos de la población, y que se considere al individuo ya no aislado sino en su contexto familiar y social^{32, 33}.

De lo anterior surge que la medicina debe hacerse desde el punto de vista del paciente. Parece absurdo pensar que no se hace así, ya que la esencia de su actividad es el cuidado y la atención del mismo. Pero lo que ocurre es que no se indaga cuáles son sus reales necesidades e intereses, se supone un paciente sobre el cual se actúa sin constatar si la suposición coincide o no con su realidad interna. El médico y el paciente actúan desde situaciones diferentes y, en consecuencia, sus perspectivas no son coincidentes.

Las razones de estas perspectivas diferentes, que a primera vista parecen irreconciliables, pueden encontrarse en las distintas pautas culturales que modelan sus respectivas conductas. Estas pautas culturales están constituidas por valores, creencias, opiniones y actitudes, y se originan en los distintos grupos de referencia que cada individuo toma como norma para su acción²⁵.

En el caso del médico, toma como grupo de referencia a su grupo profesional y en su interacción con el mismo va conformando una subcultura propia. Este proceso comienza durante su formación profesional y continúa luego durante su ejercicio, incorporando valores e intereses ligados a su ciencia y a su técnica, que lo alejan de los valores e intereses de la comunidad, estableciéndose así un distanciamiento con los pacientes cuyas demandas y necesidades deja de comprender.

Tenemos por un lado, la universidad que lo forma según elevadas normas académicas y según los dominantes económicos de la sociedad y no de acuerdo a una concepción antropológica de la medicina. La formación del médico se guía por el punto de vista del futuro profesional que fija lo que espera de él mismo, elige una especialidad y un lugar de trabajo, de acuerdo a sus preferencias sin constatar si es eso lo que la comunidad necesita y espera. Luego, en su ejercicio profesional, las normas de las organizaciones hospitalarias y las normas técnicas de su profesión llevan al médico a alejarse de su objetivo principal, la salud del paciente, constituyendo así el cumplimiento de las mismas un fin en sí mismo.

Así, lo común es que el paciente tenga en vista un fin y el personal defina en la práctica otro, lo que es un motivo de conflic-

to que impide la satisfacción de las personas envueltas en la relación²⁵.

Por otra parte, el médico participa en la relación como una totalidad. No interviene únicamente con sus conocimientos técnicos y científicos; en su acción no sólo aporta su experiencia sobre el caso clínico sino que actúa íntegramente como persona humana, integrando su espiritualidad y su cultura, su efectividad, su bondad, su pasión. Su saber carece de valor si no va unido a una gran personalidad y a una conducta irreprochable.

Hipócrates codificó el arte de curar en cuatro principios: ante todo "jamás inquietar", siempre que sea posible "suavizar", a veces "curar", pero siempre "tranquilizar"⁶. Esto significa, que además de conocimientos científicos, el médico necesita sentido común, profundo espíritu de observación; pero sobre todo, capacidad intuitiva para penetrar en el mundo íntimo del paciente. Luego, el médico más que curar debe ayudar a vivir.

A través de los estudios analizados para este trabajo, hemos detectado los criterios que la población utiliza para evaluar la atención médica que recibe y cuáles son los aspectos a los que adjudica mayor importancia y que son lamentablemente aquellos que la actual orientación de la medicina ha ido dejando de lado.

El problema de la *comunicación* surge como uno de los puntos claves que condicionará la totalidad de la relación médico-paciente ya que cualquier interferencia en la comunicación no sólo dañará una función vital de la atención médica sino que también disminuirá su calidad técnica y su efectividad²⁸.

Cabe destacar la importancia que tiene el lenguaje en la relación médico-paciente; el lenguaje es el medio por el cual se transmiten las culturas y subculturas y adoptan estilos distintos según los grupos.

En el campo del paciente, su lenguaje puede poseer expresiones idiomáticas propias de su grupo socioeconómico, nacional, regional, etc.; en el caso del médico, el lenguaje puede convertirse en una "jerga profesional" o sea, deformarse por terminología técnica y propia del medio institucional. Entonces ya no se habla el mismo idioma, el lenguaje del médico es incomprensible para el paciente y el de éste no es siempre fácilmente interpretable. En una adecuada relación, el paciente debe poder comunicar sus síntomas, deseos, temores, opiniones, es decir brindar toda la información posible; y el médico a su vez debe saber comprenderla.

Para ello el médico debe estar "disponible" a fin de que en la relación no influyan sus propios deseos, prejuicios y rechazos inconscientes. Estar "disponible" significa no mostrarse demasiado rígido, autoritario, colmado de sí, y no impedir que el enfermo que está ante él vuelque sus problemas. Además, debe saber escuchar; cada palabra tiene un significado; un enfermo jamás habla para no decir nada. La palabra y el silencio no son nunca neutros y su sentido debe indagarse⁸.

Mientras el médico se sitúe como un polo de la comunicación, que recibe y registra información, que sólo devuelve en forma de órdenes o indicaciones, la comunicación se dará en un solo sentido y por lo tanto no se dará en forma completa. Es necesaria la devolución al paciente acerca de lo registrado en la anamnesis y sobre las decisiones que se asumen a partir de ella.

Esta comunicación entre médico y paciente puede visualizarse fundamentalmente a través de la cantidad y calidad de las explicaciones que recibe y por la posibilidad de escucharlo que se le brinde.

Balint⁹ dice que la mayoría de los pacientes necesitan solamente de una psicoterapia pura y simple, que el médico mantenga con él una larga entrevista y que fundamentalmente además de preguntar, escuche.

En uno de nuestros estudios, el 81 % de los encuestados afirma "que la atención mejoraría mucho o bastante si el médico escuchara más las opiniones de los pacientes".

Respecto de la *explicación*, sabemos que el paciente necesita información principalmente sobre su enfermedad, es decir sobre "lo que tiene", sobre "métodos terapéuticos", y fundamentalmente sobre "el tiempo que demandará su curación", que es precisamente el aspecto que crea más inseguridad y ansiedad por todo lo que implica su pérdida del rol laboral y familiar mientras se encuentra desempeñando su involuntario rol de enfermo.

Sin embargo, según los datos de las investigaciones analizadas, las explicaciones sobre éste último aspecto son las que menos satisfacen a los encuestados, sólo una minoría de los mismos (4,5 %) dicen estar conformes al respecto. Las explicaciones sobre el tratamiento y la enfermedad satisfacen a porcentajes algo mayores. Pero en general, la tercera parte de los entrevistados considera "que las explicaciones son insuficientes" y "que no las entienden porque se las dan con palabras raras".

En otros estudios sobre pacientes internados, en quienes la ansiedad es aún mayor, un 66 % prefiere "que el médico les explique más de todo". Por otro lado un 51 % "desearía conversar más con el médico", para dar como motivos "saber lo que tengo", "obtener mayores explicaciones sobre tratamiento y enfermedad", o "para explicarle necesidades, temores, etc.". También un 54 % manifiesta "que le gustaría que los médicos le explicaran más clara y detalladamente".

Es muy importante tener en cuenta que un paciente a quien se le han aclarado dudas sobre su enfermedad o problema de salud, su tratamiento, su posibilidad y tiempo de curación, etc., estará más dispuesto a comprender y por lo tanto a colaborar en los procesos de recuperación y rehabilitación.

Sin embargo, parecería que el proceso de comunicación es insuficiente, dado que se buscan mediadores que tengan menor distancia social con el médico que la que tiene el paciente, como es el caso de la enfermera. Esto se deduce de la observación de los datos de dos de nuestros estudios, en uno de los cuales el 33 % "desearía conversar más con la enfermera para obtener mayores explicaciones", pero también para solicitarle "que pidan más explicaciones a los médicos". En el otro estudio mencionado, el 70 % de los pacientes opina que "la gente espera que la enfermera le transmita al médico lo que ellos no se animan a decirle". Y lo que agrava más la situación es que la mitad de los entrevistados manifiestan que "las enfermeras no tienen tiempo para conversar con los pacientes".

De los datos del estudio actual observamos que esta situación de carencia en la comunicación se daba antes tanto como ahora. Un 36 % opina que "antes los médicos escuchaban a los pacientes" y un 41 % no percibe cambios al respecto. Un 48 % manifiesta que "los médicos explicaban antes menos que ahora" y un 35 % no aprecia cambios.

Esto parecería mostrar una relación médico-paciente de características diferentes, quizás propias de la época, en la que el médico asumía un rol paternalista: escuchaba, indicaba, pero no explicaba. El paciente, a su vez, acataba pero no preguntaba. Esa relación, como se verá luego era posible, en parte, por la confianza depositada en el facultativo.

Otro aspecto que hace a la esencia de la relación médico-paciente es el trato que dispensa el profesional. Este puede visuali-

zarse no sólo por la amabilidad brindada sino también a través de la consideración del pudor durante la revisión, del respeto por la privacidad, del tiempo que le dedica, del interés que le demuestra, del tiempo que lo hace esperar, etc.

El trato desconsiderado, del cual muchas veces es objeto el paciente, se observa a través de la posición de sumisión que éste adopta respecto al médico. Se suele dar una actitud monológica, unidireccional, que se basa en una concepción del paciente como objeto pasivo de su autoridad y que se trasluce en una aceptación incondicional de las acciones y decisiones del médico. Así tenemos en uno de nuestros estudios "que cuando el paciente cree que no es necesario cumplir las indicaciones que el médico o la enfermera le da" el 37 % de los encuestados dicen seguir cumpliéndolas (el porcentaje es aún mayor entre los pacientes del hospital público).

La sumisión que se espera del paciente ha sido internalizada por él, como se deduce de otro de los estudios analizados, en el cual el 68 % de los encuestados está de acuerdo en que "los pacientes que se atienden en hospital tienen que aceptar la atención que pueden brindarle" y un 38 % acepta que "un buen paciente es el que sabe aguantar el dolor" entre otras cosas.

Alrededor de un tercio de los entrevistados en tres de nuestros estudios opina "que los médicos gritan a los pacientes" y prácticamente la totalidad considera "que los médicos se enojan si el paciente no sigue sus consejos", sin ni siquiera suponer que pudiera haber razones que justifiquen tal conducta.

En el estudio actual, el 60 % de los encuestados no visualiza diferencias en la amabilidad dispensada por el médico antes y ahora, mientras que un 25 % considera que "antes el médico era más amable".

La calidad y frecuencia de la *revisación* y el *tiempo* dedicado por el profesional al paciente son aspectos que se hacen más esenciales en el internado, ya que según nuestros datos, una tercera parte de los internados encuestados "preferirán una revisión más frecuente y completa que la que le hacen" y a otros "les gustaría que los médicos les hicieran una revisión mejor".

En el actual estudio vemos que el 48 % de los entrevistados opina "que el médico antes les dedicaba más tiempo a los pacientes que ahora", y un 55 % considera que "los médicos acudían cualquier día y a cualquier hora si un paciente lo requería". Por último un 75 % manifiesta "que los médicos visitaban a los pacientes en su

casa más que ahora". Esto muestra una mayor disponibilidad que se relaciona con el tipo de atención no institucional, más frecuente en décadas anteriores.

La *confianza* es otro aspecto vital para la relación médico-paciente. Pero para que este aspecto se dé, es imprescindible que el paciente pueda elegir a su médico, además de, en lo posible, atenderse siempre con el mismo. La mayoría de los encuestados en nuestras investigaciones manifiestan esta preferencia.

En cuanto a la confianza que es deseable que se le dispense al médico y a la medicina, es la confianza en el sentido humano y no como creencia irrazonada e irrazonable como es la fe religiosa o idolátrica. La confianza otorgada en ese sentido, más que deseable es imprescindible, ya que está construida sobre un sistema de interrelaciones de igual a igual. Esto significa que en ella influye el grado de comunicación que ha logrado el paciente con el médico, la posibilidad que tiene de conversar con él y éste de escucharlo, la cantidad y calidad de explicaciones que recibe, y lo que es muy importante, el trato que su médico le brinda. Esto implica sustituir la idea mágica de que en medicina todo es posible, por un criterio de probabilidad y de conciencia de las limitaciones del médico, de la medicina y del paciente^{34, 35}).

Precisamente de los datos de nuestros estudios surge que los pacientes confían en los médicos con una base racional, ya que los motivos mencionados en primer término se refieren a los buenos resultados obtenidos en los tratamientos: "me sacó adelante". En segundo lugar se refieren a la buena relación médico-paciente que se establece: "me trata bien", "explica", "se preocupa", "sigue el caso". Finalmente en tercer lugar se le otorga confianza por las opiniones ajenas: "me lo recomendaron"; o por cualidades extrínsecas al médico como ser humano: "tiene fama", "es jefe", "es profesor".

Sin embargo es de destacar que en el estudio actual, el 40 % de los encuestados afirma "que antes la gente confiaba en los médicos más que ahora", y la mitad lo atribuye a que "antes el médico era amigo más que médico", es decir que podía establecer con él una excelente relación médico-paciente. Es éste precisamente el rasgo que los entrevistados perciben que ha cambiado desfavorablemente en los últimos años, ya que sólo el 18 % opina que "ahora la gente confía más que antes".

Es de desear que en un futuro cercano se pueda lograr una

confianza basado tanto en la eficacia de las técnicas biomédicas aplicadas como en una adecuada relación médico-paciente.

IV) Conclusiones y sugerencias

Partiendo de la concepción del hombre como unidad biopsíquico-social, con historicidad y circunstancia, nos interesó observar a través de este trabajo, en qué medida la medicina y la atención médica responden a sus necesidades como tal. Para ello asumimos su punto de vista detectando sus percepciones respecto de la evolución de la atención médica aproximadamente en las últimas tres décadas. Nos centramos en la visualización que tiene la población respecto a la organización de la atención médica, las técnicas y procedimientos biomédicos y la relación médico - paciente, enfatizando aquellos aspectos que son relevantes para éste último.

Hemos detectado la existencia de una valoración positiva respecto de los avances de la medicina en lo referente a los aparatos y técnicas modernas y a las mayores posibilidades de diagnóstico y tratamiento como así también de prevención y curación de enfermedades.

Respecto de los medicamentos, si bien aparece una marcada preferencia por la disminución de su consumo, encontramos elevados índices de automedicación.

Podemos decir que las esperanzas cifradas en la tecnología moderna exceden los reales beneficios que ésta puede otorgar. Sin embargo, se percibe que dichos beneficios no son siempre accesibles por su costo, entre otros aspectos. Es así que los encuestados reconocen la necesidad de atenderse en un sistema de atención médica institucional que los proteja.

Pero por otro lado, la población también visualiza las desventajas que ha llevado aparejado este tipo de atención y que se manifiestan fundamentalmente en una relación médico-paciente signada por características que no satisfacen plenamente sus aspiraciones como ser humano.

Consideran por ejemplo, que la disponibilidad del médico es lo que se ha ido perdiendo, y con ello una de las bases de la confianza depositada en él. Tampoco perciben cambios favorables apreciables en el trato que el médico dispensa al paciente, en la amabilidad, en la disposición a escuchar y explicar, en la sumisión a la que siempre el paciente se ha visto sometido, y que según

hemos detectado, son todos aspectos esenciales en la relación médico-paciente.

La necesidad de una atención personalizada y humanizada surge del hecho de que, a pesar de valorar tanto los beneficios de la tecnología de los que podrían disponer durante la internación, y sobre los cuales no parece haber dudas, amplios porcentajes prefieren ser atendidos en el hogar rodeados del afecto familiar.

Por último hemos detectado un cambio de actitud favorable respecto a la demanda de atención médica, ya sea por los mayores conocimientos sobre salud, o por una toma de conciencia de su derecho a la misma y de la responsabilidad que le cabe al respecto. Esta mayor demanda se ha visto favorecida por la extensión de cobertura a partir de la socialización de la medicina.

Vemos entonces que la crisis de la medicina y la atención de la salud, que se visualiza en la insatisfacción de los pacientes y del personal, tiene sus raíces en la estructura misma del sistema de atención médica y en la orientación filosófica de la medicina actual.

Nos enfrentamos con el desafío de establecer la esencia de la *medicina* a la que la comunidad aspira. Consideramos que no podría dejar de estar orientada enfáticamente a:

- una concepción del paciente como unidad biopsíquico-social integrada en su medio.
- la promoción y protección de la salud.
- la atención de la patología prevalente.
- ser ejercida en equipo sin dilución de responsabilidades y sin caer en la despersonalización y deshumanización.

Esta concepción de la medicina sólo puede darse insertada en un *sistema de atención médica* coherente con el sistema sociocultural imperante, y que brinde:

- amplia cobertura de atención médica.
- prioridad a la atención ambulatoria y domiciliaria.
- internación sólo en casos justificados y respondiendo a las necesidades psicosocioculturales del paciente y su familia.
- atención de la salud de alta calidad a costos accesibles.

Esta concepción implica además una *tecnología* al servicio de la medicina, que no la reemplace ni la determine y que esté orientada a la solución de los problemas más urgentes y frecuentes de los pacientes, que son en definitiva, los que constituyen su razón de ser. Esto significa que la tecnología no debe ser necesariamente la más sofisticada y costosa, sino la más adecuada para resolver dichos problemas.

No se trata por lo tanto, de negar los beneficios de los avances científicos y tecnológicos de la medicina, sino de considerarlos en su justa dimensión. Una tecnología de esta naturaleza, no sólo no se opone a una medicina humanizada sino que la complementa adquiriendo significación humana. En el futuro el instrumental hará el diagnóstico de la enfermedad, mientras que el médico hará el diagnóstico del enfermo.

Esta concepción supone así mismo, que el paciente y el médico sean copartícipes y responsables en el proceso de atención médica, pudiendo así crear y realizarse como seres humanos.

Supone por último, una relación médico-paciente en la que ambos reconozcan sus derechos y obligaciones y que esté signada esencialmente en la mutua confianza y calidad humana, sin dejar de tener en cuenta que siempre constituirá una unidad existencial en un encuentro singular.

El humanismo en ciencia, y por ende en medicina, está dado por la concepción moral y social de sus actores: personal de salud, pacientes, educadores, financiadores, investigadores; que son en definitiva quienes fijan sus principios y valores esenciales.

Investigaciones previas

Critto, A. y colaboradores: "Factores Sociales, Psicosociales y Culturales que intervienen en la promoción de la salud en la comunidad", Cátedra de Psicología Médica, Facultad de Medicina, UBA, 1970.

Rosenthal A., Climent G., Méndes Diz A.: "Factores socioeconómicos asociados a la mortalidad infantil". Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA. 1972/3.

Méndes Diz A., Climent G. y Rosenthal A.: "Geriatría y Morbimortalidad de la Edad Avanzada" Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA, 1972/3.

Méndes Diz A. y Climent G.: "Evaluación Psicosocial del Hospital Público". Escuela de Salud Pública, UBA, 1977/9.

Climent G. y Méndes Diz A.: "Desarrollo de un método para determinar la calidad requerida de los recursos humanos del sector salud: Personal de Enfermería". Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA, 1978/80.

Rosenthal A., Climent G. y Méndes Diz A.: "Niveles de Satisfacción. Insatisfacción de la demanda de Atención Médica de la población infantil". Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA, 1974/5.

Otras investigaciones antecedentes

Climent G. y Rosenthal A.: "Factores Sociales y Psicosociales que influyen en las actitudes de los pacientes internados en el Hospital Tornú". Servicio de Psicopatología y Salud Mental, Hospital Tornú. 1970.

Climent G., Méndes Diz A., Rosenthal A. y Blanco M.: "Actitudes y conductas que la población adopta respecto a la prevención de enfermedades transmisibles por medio de inmunizaciones". Escuela de Salud Pública, UBA. 1971.

Méndes Diz A., Climent G. y Rosenthal A. "Actitudes del paciente internado" (experiencia docente) Escuela de Salud Pública, UBA. 1973.

Investigaciones en curso

Climent G. y Méndes Diz A. "Tecnologías apropiadas en el sector salud". Escuela de Salud Pública, UBA.

Referencias bibliográficas

1. Gianantonio, C.A. *Problemas y perspectivas de la Medicina Actual*, en Medicina Administrativa, Nro. extraordinario sobre Atención Médica, Vol. II, Nro. 1, Enero-Abril 1968.
2. Leonardo, S. *En defensa de la clase media*, en CLARIN, 28-4-81.
3. Sonis, A. *Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Introducción*. Bs. As., El Ateneo, 1978.
4. Zárate, E.C. *Derechos del hombre y experimentación médica humana*. LA NACION, julio 1980.

5. Sonis, A. y Paganini, J. *La atención de la salud: Características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención.* En Medicina Sanitaria y Administración de salud, Bs. As. El Ateneo, 1978.
6. Teilhard de Chardin. *El fenómeno humano.* Taurus, Madrid, 1963.
7. Carrel, A. *La incógnita del hombre.* Joaquín G. Ed. Bs. As., 1953.
8. Mirolí, A. *La Medicina en el tiempo.* Bs. As., El Ateneo, 1978.
9. Balint, M. *El médico, el paciente y la enfermedad.* Bs. As., Ed. Libros, 1961.
10. Mechanic, D. *Medical Sociology.* New York, The Free Press, 1968.
11. Ferrara, F. y otros. *Medicina de la Comunidad.* Bs. As., Intermédica, 1976.
12. Escardó, F. *Carta abierta a los pacientes.* Bs. As., Emecé, 1972.
13. Menchaca, F. *Hacia una definición actualizada de salud.* En Anales Españoles de Pediatría, Vol. 11, Nro. 1 Enero 1978.
14. Escardó, F. *Una sola y única medicina.* LA NACION, 7-9-1980.
15. Suárez-Feleman. *Tecnología y organización: un aporte para el análisis de las tecnologías administrativas.* Bs. As., El Coloquio, 1975.
16. OPS/OMS. *Análisis de la tecnología apropiada en la extensión de los servicios de salud, con atención primaria de la comunidad.* Segundo grupo de estudios. San José de Costa Rica, Abril 1977.
17. White, K. Conferencias dictadas en el Seminario sobre Sistemas de Información y la Investigación en Atención Médica. Bs. As., Instituto de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica Argentina, Abril 1981.
18. Molinero, J. y Fontau, I. *La atención médica y su financiamiento en la Argentina.* Cuadernos de Salud Pública, Nros. 6/7, ESPUBA, Diciembre 1971.
19. Mammoni, O.H. *La comunidad, el médico y las prestaciones.* En Medicina Administrativa, Nro. Extraordinario, Vol. II, Nro. 1, Enero-Abril, 1968.
20. Neri, A. *Financiamiento en el sector salud.* En Medicina y Sociedad, Vol. 3, Nro. 4, Sep-Oct. 1980.
21. Montero, R. *Las obras sociales y los profesionales de la salud.* En Medicina y Sociedad, Vol. 3, Nro. 3, Julio-Agosto, 1980.
22. Albarellós, J.C. *Las Obras Sociales y los prestadores privados.* En Medicina y Sociedad, Vol. 3, Julio-Agosto, 1980.
23. Laín Entralgo, P. *El médico y el enfermo.* Ediciones Guadarrama, Madrid, 1969.
24. Piña, N. y otros. *La inserción de la enfermería en la estructura hospitalaria.* IV Congreso de la Federación Panamericana de Enfermeras/os, Bs. As., Octubre, 1976.

25. Segovia, J. *La salud como sistema social*. En Medicina Administrativa, Vol. III, Nro. 4, Bs. As., Julio-Agosto, 1969.
26. Mendes Diz, A. y otros. *La situación de internación: Enfoque Psicosocial*. En Administración Hospitalaria, Nros. 11 y 12, Bs. As., Nov. 1973.
27. Escardó, F. *Moral para médicos*. Peña Lillo Ed., Bs. As., 1977.
28. Mechanic, D. *The growth of bureocratic medicine. An inquiry into the patients behavior and the organization of medical care*. USA, J. Wiley and Sons Ed., 1976.
29. Fustinioni, O. *Función e incógnita de la medicina actual*. LA NACION, 6-4-80.
30. White, K. *Servicios de salud. Asignación de recursos para satisfacer las necesidades de la población*. En Medicina Sanitaria y Administración de Salud, Bs. As., El Ateneo, 1978.
31. Climent, G. y Mendez Diz, A. *Tecnología apropiada en el sector salud*. En Medicina y Sociedad, Vol. 3, Nro. 2, Abril-Junio, 1980.
32. King, S. *Social Psychology Factors in Illness*. En Handbook of Medical Sociology, N.Y. Prentice Hall, 1963.
33. Allan A. *Medical Antropological and the study of Biological and Cultural Adaptation*. En American Antropologist Review, Vol. 68, 1966.
34. Freidson, E. *Patient's view of Medical Practice*. N.Y., Russell Sage Foundation, 1961.
35. Freeman, Levine and Reeder. *Handbook of Medical Sociology*. Cap. 11, N.Y., Prentice Hall, 1964.

Licenciadas: Graciela Climent de Zajelenczye-Ana María Mendez Diz de Cabo
 Licenciadas en Sociología, egresadas de la Universidad Nacional de Buenos Aires. Obtuvieron el Premio XXV Aniversario en el Congreso Internacional Interdisciplinario de Ciencias Médicas, organizado por la Universidad del Salvador.