

LA DISTINCIÓN ENTRE LA MEDICINA INDIVIDUAL Y LA MEDICINA SOCIAL

La manera en que habitualmente se distingue a la medicina individual de la medicina social, es definiendo a la primera como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en individuos, y a la segunda como el diagnóstico y el manejo de la enfermedad en la comunidad. La medicina social en esta definición incluye la epidemiología, por un lado, y la organización de servicios de salud, por el otro. Su relación con la medicina individual consiste en aportarle la comprensión de los factores sociales que hay que tener en cuenta, tanto en el diagnóstico como en el manejo de la enfermedad en el paciente individual.

Esta definición de la medicina social, es básicamente académica, y como tal, tiene la ventaja de delinear los límites de esta área de la ciencia y la práctica médicas. Pero el establecer la medicina social como una disciplina académica tiene como propósito algo más que la simple calificación de un campo del conocimiento. Como el resto de la medicina, su objeto es la aplicación del saber para vencer la enfermedad: el objetivo de la epidemiología es descubrir y eliminar las causas de enfermedades específicas, en tanto que la organización de los servicios de salud se estudia para hacerlos eficaces en su objetivo de mantener y mejorar la salud pública. De hecho, el crecimiento de los departamentos de medicina social en las universidades refleja el gran fermento que existe, tanto dentro como fuera de la profesión médica, en la preocupación por la organización y los contenidos de la práctica médica.

Este proceso es resultado de los notables cambios que han tenido lugar en el desarrollo tecnológico de la sociedad y en la medicina misma; de los cataclismos sociales masivos del siglo **XX**; del crecimiento sin precedentes tanto de la medicina como de su influencia en la sociedad, y de las graves limitaciones que formas atrasadas de la práctica médica imponen a sus posibilidades. Los conflictos que surgen de la relación de estos factores inevitablemente han tenido efectos profundos en la teoría y la práctica médicas, y los grandes debates a los que asistimos demuestran que el proceso está muy lejos de haber terminado.

DOS SISTEMAS

Si tomamos una cierta distancia de las actuales controversias sobre la organización médica, y en vista de la confusión existente una perspectiva lo suficientemente amplia como para poder ver el movimiento a través de un período largo, será posible determinar la naturaleza de este proceso de evolución. Esto se puede ilustrar adoptando otro enfoque para diferenciar la medicina individual de la medicina social, distinguiéndolas como dos etapas históricas en el desarrollo total de la teoría y la práctica médicas. Si lo vemos así, la medicina individual se puede considerar como el sistema dominante en el siglo XIX, y la medicina social como el nuevo sistema que, con mayor rapidez en unos períodos que en otros, de manera más completa en unos países que en otros, está suplantando al sistema anterior, tomando cada vez más fuerza a lo largo del siglo XX.

La medicina individual se puede entonces definir como la teoría y la práctica de la medicina en la que el horizonte se limita a la relación existente entre el paciente individual y el médico individual. En su forma clásica, todavía dominante en muchos países, el paciente es una persona enferma que solicita el tratamiento del médico, y éste es un profesionalista, cuya función es diagnosticar y tratar la enfermedad del enfermo que pide sus servicios.

En contraste, la medicina social se podría definir como la teoría y la práctica de la medicina en la cual el médico moviliza todos los recursos sociales para mantener la salud del individuo en la sociedad. La relación ya no es entre el paciente, una persona enferma, y el médico, sino entre el individuo, sano o enfermo, que vive en un contexto social, y un nuevo tipo de médico que ya no está solo, sino que aporta a la salud del individuo todas las posibilidades médicas y no médicas de la sociedad.

En el sistema de medicina individual, la responsabilidad del médico se limita a los pacientes que han requerido sus servicios. Si el paciente sigue enfermo, pero ya no pide los servicios del médico, éste deja de funcionar en interés del paciente. Si el paciente mejora, pero requiere supervisión médica suplementaria, el médico no tiene obligación de hacerla si el paciente no toma la iniciativa de solicitarla. Finalmente, si la persona está bien, y por lo tanto ya no es un paciente pero sigue expuesta al riesgo que amenaza su salud, el médico no tiene ninguna responsabilidad de alejar el riesgo. La relación siempre se establece como activa por parte del paciente y pasiva por parte del mé-

dico; este último debe esperar siempre a que el paciente se presente, para poder tratarlo.

La práctica de la medicina social es diametralmente opuesta. Aquí el médico es responsable por la salud de todas las personas que constituyen un determinado grupo de población. La relación entre individuo y médico es más equilibrada, ya que ambos son responsables de mantener y mejorar la salud del individuo. El médico no espera a ser llamado. Está activamente comprometido en la eliminación de los riesgos ambientales que ponen en peligro la salud del individuo. No contento con tratar las enfermedades una vez que aparecen, y pese a la importancia de esta función, considera como una de sus primeras obligaciones ser educador y consejero de salud de todas las personas de cuya salud es responsable. Examina al individuo a intervalos regulares para detectar y tratar defectos y posibles enfermedades que no se manifiestan. La prevención es fundamental en el pensamiento del médico; en ella el médico aplica todas las técnicas disponibles para prevenir la aparición de la enfermedad, hace diagnósticos anticipados y tratamientos desde el inicio, y se responsabiliza, de la supervisión de las personas para evitar recaídas. Cuando una persona no se presenta para un servicio que le es necesario, el médico toma la iniciativa de pedirle que venga.

CONTRASTES

El sistema de medicina individual se originó en una época en la que el médico independiente, que trabajaba solo, era la figura dominante en la medicina. Los hospitales eran mucho menos importantes que hoy; los servicios de salud pública casi no existían, y el crecimiento técnico y la especialización médica eran todavía cosas del futuro. El médico era un individualista completo en su manera de ganarse la vida.

La relación entre médico y paciente era la de un comerciante con su cliente, salvo que el primero vendía servicios, no bienes. Los otros médicos no eran sus colegas, sino sus competidores. Para su manutención dependía de los honorarios que recibía de sus pacientes; con frecuencia consideraba al especialista como a su rival más que como a su aliado, y veía con creciente alarma el crecimiento de los servicios que los departamentos oficiales de salud y los departamentos de consulta externa de los hospitales ofrecían. Casado con la idea de una práctica individual independiente, consideraba los servicios médicos

organizados como ajenos a su mentalidad y como una amenaza para sus ingresos. El resultado ha sido una actitud ambivalente por parte del médico, para utilizar plenamente los recursos médicos de la sociedad en el cuidado de sus pacientes, ya que los especialistas, los hospitales, los departamentos de salud, las escuelas de medicina, por una parte, representan un complemento necesario para sus propios servicios, pero por la otra, aparecen como competidores cada vez más fuertes.

La medicina social, por el contrario, no sólo le asigna al médico la responsabilidad de utilizar todos los recursos posibles en el cuidado de los casos individuales, sino que además se los hace accesibles. Así el médico ya no trabaja solo. La práctica médica es reconocida como una actividad social en la que grupos de médicos trabajan juntos para proporcionar atención general y especializada. El médico tampoco se ve aislado de los otros grupos que trabajan en la salud: practica al lado de dentistas, enfermeras, terapeutas, nutricionistas, personal de Rayos X y de laboratorios, enfermeras de salud pública, educadores de salud y otros. La práctica del médico solitario en su consultorio, se ve sustituida por la práctica social en un centro de salud, en donde se dispone de todos los medios de la tecnología médica moderna.

Para asegurar un mejor acceso a los recursos médicos para la atención de los individuos, los centros de salud, en las distintas comunidades, disponen de servicios de hospital y de consulta externa. Cada centro, además, está relacionado con los otros centros del área, de manera que los pacientes puedan ser fácilmente trasladados a los centros más grandes, y éstos, a su vez, puedan suministrar asistencia y asesoría a los más pequeños. Esta regionalización de servicios asegura que los pacientes que necesitan atención más especializada o servicios más complicados, puedan obtenerlos en donde quiera que se encuentren.

El sistema de medicina individual restringe la utilización de los servicios médicos en otro sentido más. En su forma clásica este sistema exige que el paciente pague honorarios por cada servicio que se le da, por lo tanto, el servicio que obtiene se ve determinado, no sólo por sus necesidades, sino también por la capacidad de pago que tenga. En algunos casos, incluso, la necesidad de servicios deja de ser determinante: el médico sin conciencia, que como único criterio utiliza la capacidad de pago, llega a suministrar servicios que no son necesarios.

La medicina social, en cambio, se basa en el principio de que es la necesidad de atención el único criterio determinante. Al paciente no se le exige que pague los servicios sanitarios que re-

cibe en función de su monto. Los ha pagado de antemano mediante un seguro voluntario, o un seguro gubernamental; mediante impuestos, o con una combinación de estos métodos, y por lo tanto tiene derecho a recibir todos los servicios de salud que le sean necesarios.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

El sistema de medicina individual tiende a considerar al paciente como una colección aislada de sistemas de órganos. En forma casi exclusiva, el tratamiento se reduce a sus modalidades biológicas tales como los medicamentos y la cirugía, y poca o ninguna atención se presta a los factores sociales que podrían ser los causantes de la enfermedad, o los obstáculos para la recuperación.

Por su parte, la medicina social concibe al individuo como un ente social y biológico. No sólo se interesa por órganos, sino por seres humanos que viven en sociedad. Así, la protección, el mantenimiento y el mejoramiento de la salud exigen la plena utilización, tanto de los recursos sociales, como de los puramente médicos.

La protección de la salud se basa fundamentalmente en medidas sociales que creen suministros de agua y alimentarios adecuados; que ofrezcan un control de accidentes; que disminuyan los riesgos en el trabajo; que impidan la contaminación del ambiente y la exposición a radiaciones o a materias químicas peligrosas. La nutrición se mejora a través del desarrollo económico, los medios educativos y el enriquecimiento de los alimentos básicos. El descanso y la recreación se promueven mediante el control de las horas de trabajo y el suministro de medios recreativos. Una buena parte de la educación sobre hábitos sanos la llevan a cabo las escuelas y los medios masivos de comunicación como la prensa, el radio y la televisión. El papel del médico y de todo el personal que trabaja en salud, consiste en ayudar a desarrollar los recursos sociales necesarios para la protección de la salud, llamar la atención sobre sus defectos o carencias, y luchar por la creación de nuevos recursos a medida que éstos se vayan haciendo necesarios.

Cuando hay enfermedad, el objetivo de la medicina social es el restablecimiento, no sólo de las funciones biológicas del paciente, sino también de su función social. El médico ya no limita sus armas a técnicas y a agentes biológicos. Tiene a su disposición la habilidad de un tipo nuevo de personal, cuyo papel en

los servicios de la salud ni siquiera se soñaba en el viejo sistema de medicina individual: trabajadores sociales, sicólogos, **terapis-**tas ocupacionales y de la recreación, y consejeros vocacionales. Funcionando como miembros del centro de salud, estos especialistas aportan técnicas sociales para el cuidado del enfermo y para el máximo restablecimiento posible en su función social.

Con la asistencia de este personal, el médico puede recomendar las necesarias adaptaciones del enfermo a la sociedad y de la sociedad al enfermo. De hecho, en un sistema de medicina social completamente desarrollado, la sociedad debe permitir al médico no solamente recomendar, sino prescribir las adaptaciones sociales necesarias que requiera el individuo que ha sufrido enfermedad. Así como puede recetar medicamentos o aparatos, le debería ser posible prescribir cambios de casa o de trabajo, dietas especiales, períodos extra de vacaciones o ayuda financiera, con la seguridad de que la sociedad acataría sus recomendaciones.

IMPLICACIONES

La descripción de las diferencias esenciales entre los sistemas de medicina individual y de medicina social, tiene más que un simple interés teórico, ya que provee de criterios específicos **para** juzgar la situación en un área determinada. La transición de la medicina individual a la medicina social no es sencilla, y en **mu-**chos países elementos de ambas se encuentran mezclados, **tanto** en la práctica médica de la nación como un todo, como en la posición de los médicos individuales. Los criterios son útiles **tam-**bién **como** guías para la acción, ya que si se acepta el **concepto** de medicina social como base para la práctica **médica**, todos los proyectos de cambio deben juzgarse a la luz de este concepto; La pregunta debe ser siempre: ¿Hasta qué punto este **proyecto** hace posible la práctica médica de acuerdo con los fines e **idea-**les de la medicina social?

La mayor parte de los planes de seguro médico, privados o gubernamentales, pese al entusiasmo con que hayan sido **con-**cebidos, hacen poco para cambiar la forma en que se practica la medicina. Si el plan ha sido concebido básicamente como **"in-**demnización" de manera que el paciente deba pagar una **parte** considerable del costo durante la enfermedad misma, se **distor-**siona incluso la meta social de eliminar las barreras **económicas** para un buen **tratamiento**. Con o sin **"indemnización"**, **estable-**cer programas a base de **pagos-por-servicio** al médico no **cambia**

nada en el patrón de la atención médica. De esta manera no se tocan las relaciones básicas del sistema de medicina individual: no hay grupo de población definido de cuya salud el médico sea responsable; sigue desempeñando el papel pasivo: esperar que el enfermo se presente a solicitar sus servicios; continúa siendo el mismo técnico aislado que antes. La única diferencia real es que recibe la totalidad o parte de sus honorarios de **ter-**ceras personas en vez de recibirlos directamente del paciente.

En los países como Inglaterra, en donde el médico general recibe su sueldo por capitación y no por **pago-por-servicio**, es posible determinar el grupo específico de población de cuya salud él es el responsable. Pero, aun en Gran Bretaña se puede uno preguntar si el modo de practicar la medicina ha cambiado verdaderamente. Rara vez se hacen exámenes de la población sana; más bien se espera hasta que los síntomas llevan al paciente al consultorio del médico. Si el paciente no se presenta para el tratamiento que necesita, el médico rara vez toma la iniciativa para hacerlo volver. No se preocupa tampoco de la educación de la salud, ni se esfuerza por eliminar los riesgos que corre la salud de sus encomendados. Muchos de los centros de salud proyectados nunca llegan a **existir**; las numerosas sociedades sólo brindan una forma muy rudimentaria de práctica de grupo; el médico general se **encuentra** aislado de los servicios de los especialistas cuya base son los hospitales. Las ocasiones en que se da una asociación eficaz de trabajo entre el médico y los visitantes sanitarios o sociales, siguen siendo la excepción, y el concepto de rehabilitación para la función social del enfermo, aún está por adquirirse en la mayor parte de los casos de cirugía. La Gran Bretaña ha logrado tener **"medicina socializada"** a través de su Servicio Nacional de Salud, pero ello no quiere decir que se hayan logrado los objetivos de la medicina social; de hecho, apenas si se han **formulado**.

En Estados Unidos, en donde el conservadurismo político ha impedido abolir el problema de la barrera que constituye el problema económico para una atención médica adecuada, ha existido una fuerte tendencia en favor de la práctica médica de grupo como la solución fundamental a los defectos de **los** servicios de salud. Se afirma que la práctica de grupo facilita la utilización de una gran cantidad de recursos médicos en interés de la salud del paciente.

En Estados Unidos, no obstante, esos grupos de práctica médica se forman generalmente sólo con médicos: no incluyen dentistas, enfermeras de salud pública, trabajadores sociales **médicos**, nutricionistas ni muchos otros técnicos fundamentales.

Muchos de esos grupos funcionan aislados de los hospitales. A excepción de algunos grupos que practican con un plan de pago por adelantado, el resto funciona con el sistema de pago-por-servicio. No se ocupan de un grupo de población específico, y sólo tratan enfermedades sintomáticas. Los grupos de práctica no son en sí mismos una panacea, pero si se les desarrolla correctamente, pueden llegar a constituir focos importantes para la organización y promoción de la medicina social.

¿REALIZACIÓN?

No existe un proyecto o programa que por sí mismo pueda establecer el nuevo sistema de medicina. Los cambios financieros y administrativos son importantes, y la medicina social no puede nacer si estos cambios no se dan. Pero es como los bacilos de la tuberculosis al inicio de la enfermedad: si bien son necesarios, no son suficientes.

El sistema de medicina social fundamentalmente representa una perspectiva diferente de la práctica médica, y no puede nutrirse ni florecer, si la sociedad y la medicina misma no aceptan esta perspectiva y actúan de acuerdo con ella. Esto exige, no sólo la reorganización de los servicios, sino también la reorientación de la profesión médica. Como los médicos acostumbrados a una práctica individual tienden a trabajar solos cuando se incorporan a un grupo, así también, los médicos que han ejercido en el sistema de la medicina individual, encuentran difícil cambiar la base de su trabajo para transformarla en medicina social.

Ese cambio no se puede realizar a menos que, por un lado, se reestructuren cuidadosamente y a fondo los servicios de salud y se dé el máximo impulso a la práctica de la medicina social, y, por el otro, se imbuyan más y más los fines e ideales de la medicina social en la misma profesión médica. Para que esto pueda suceder, se hace evidente la necesidad de que la medicina y la sociedad trabajen al unísono para acelerar esta transición, desde hace tanto tiempo necesaria, de la medicina individual del siglo XIX a la medicina social del siglo XX.