

LA EDUCACION SANITARIA Y LA SOCIALIZACION DEL PEDIATRA

Por

FRANCISCO J. MENCHACA

"El porvenir de la Pediatría reside en su capacidad para penetrar en la vida íntima de la familia, de la escuela y de la Universidad".

ROBERT DEBRE, París, 1968

I. INTRODUCCION

La necesidad de involucrar actividades de Educación Sanitaria en el trabajo cotidiano del pediatra, ha sido señalada por diversas autoridades de nuestra especialidad, entre ellas por Robert Debré, de quien transcribimos en el epígrafe una frase harto significativa. Entendemos por Educación Sanitaria o Educación para la Salud, el conjunto de motivaciones, conocimientos y experiencias que afectan favorablemente al individuo con respecto a su salud y a la de la comunidad(1). Frecuentes son las oportunidades que tenemos los médicos de niños para participar en el proceso educativo-sanitario. Recuérdese nuestros repetidos contactos con la familia y sus vástagos en el período infantil de éstos, vale decir cuando es más fácil inducir hábitos saludables. Está a nuestro alcance motivar las madres para que hagan del hogar un contorno de circunstancias propicias a la salud. Y, por lo general, actuamos en mo-

mentos de alta carga emocional que predisponen a aceptar directivas y enseñanzas sanitarias.

Los conceptos vertidos hasta aquí justifican, creemos, que en estos instantes estemos tratando de promover una más efectiva participación de nuestros colegas pediatras en la Educación para la Salud, sobre la base de algunos criterios que pueden ser tenidos como orientadores. Se tiene aceptado, verbi gracia, que para una más eficaz Educación Sanitaria se necesita comprender las razones y principios que fundamentan los actos en favor o en contra de la salud y que a esa comprensión se llega mediante un suficiente conocimiento del estilo de vida de las personas. Tal vez en este momento puedan suscitarse dos preguntas: ¿los pediatras que ejercemos generalmente en los centros urbanos de nuestro dilatado país, estamos seguros de conocer suficientemente cómo viven las personas en sus diversas áreas geográficas y según sus diversos niveles sociales? Si recién señaláramos situaciones propicias para la Educación Sanitaria ¿no habremos de afrontar también factores adversos? Atender la problemática que pueden originar estos interrogantes es el propósito fundamental del presente ensayo (*). Diremos, en primer término, que entre los factores que influyen en la relación pediatra-asistido, existen algunas que alcanzan a todos los que componemos la sociedad, y otros que actúan según ciertas particularidades sobre nosotros, los médicos. Así por ejemplo, las dificultades de comunicación entre las personas es un fenómeno peculiar de la masificación social contemporánea. Igual alcance tienen otros fenómenos propios de la sociedad moderna o industrial, tales como la diversificación de las clases sociales, las migraciones, los conflictos intergrupos, etc. Entre las circunstancias que actúan con ciertas particularidades sobre la grey médica recordaremos el extraordinario desarrollo de la tecnología que no sólo ha interpuesto entre el médico y su paciente diferentes aparatos de diagnóstico y tratamiento, sino que ha originado una concurrencia tan elevada de personas con ansias de

sanar, que ella ha desbordado la organización de los servicios médicos disponibles, al par que ha motivado una frondosa burocracia intermedia.

Otra circunstancia que ofrece aspectos particulares en el campo médico, es la relativa a las modificaciones acaecidas en la estructura de la sociedad con el aumento de las capas y grupos sociales, cada uno de ellos con un particular matiz en el enfoque de la salud y la enfermedad. Esto origina, entre otras cosas, dificultad para que los médicos podamos comprender, y a la vez ser comprendidos, por muchas de las madres cuyos niños debemos asistir. Alguien ha dicho que estas dificultades pueden deberse a que no tenemos suficientemente presentes los necesarios aspectos psicológicos y culturales, así como a la predominante influencia en nuestro juicio de los principios del racionalismo y del positivismo biológico (2). Otro de los fenómenos característicos de la época actual que repercuten en la asistencia médica son las migraciones internas y externas. Ello hace que, verbigracia, a los pediatras de la Capital Federal les resulte difícil interpretar cabalmente a los nativos del interior del país y a los inmigrantes extranjeros que le llevan sus niños desde las villas de emergencia circunvecinas.

Entre los fenómenos económicos que distorsionan la relación médico-paciente, pueden ubicarse los derivados del mayor costo de la asistencia médica colectivos, cuyo advenimiento no ha sido previsto suficientemente en los programas. Uno de ellos es la prestación de servicios mediante sistemas de formación profesional; en consecuencia, éstos no han podido advertir a los egresados sobre la despersonalización a que pueden sentirse tentados en su labor mediante estos tan difundidos sistemas, oficiales, privados y semi-oficiales. En virtud también de una circunstancia económica, la mayoría de nuestros colegas, a fin de mantener el status que acostumbramos, deben atender numerosos pacientes en dos o tres o cuatro lugares diferentes, en el mismo día. ¿Puede realizarse Educación Sanitaria trabajando según este régimen?

El hospital, tenido tradicionalmente como lugar fundamental para el aprendizaje médico, no prevee ya suficientes oportunidades para una adecuada relación con el asistido; por varias razones, entre ellas el acortamiento del período de internación. Las dificultades para la comunicación entre las personas que transeurren en el hospital han sido puestas en evidencias por numerosas investigaciones (3) (4) (5). Permítansenos agregar aquí lo dicho por Paul Milliez: “¿Será preciso salir cada mañana del hospital con la impresión de haber cumplido con las obligaciones profesionales, pero con el sentimiento de haber traicionado la esencia de la profesión médica, que es el conocimiento a fondo del enfermo, basado en un cambio de impresiones personales” (6).

Si se tiene en cuenta lo que llevamos expuesto, no sorprenderá que algunos de nuestros colegas y diversos centros de investigación estén estudiando las actuales relaciones del médico con las personas y con la comunidad mediante el necesario concurso de las Ciencias Sociales. Existe ya un suficiente acuerdo para ubicar estos estudios en el capítulo que se denomina “Socialización del médico”. Problema es éste que debe considerarse como de particular interés para los países en circunstancias de cambio, según lo atestigua J. C. García, pediatra platense especializado en el tema y que es asesor de Educación Médica, de la Oficina Sanitaria Panamericana (7). ¿Qué otras observaciones y estudios se han hecho sobre este asunto que tanto nos atañe? Veamos el capítulo que sigue.

II. DE LA SOCIALIZACION DEL MEDICO

Comenzaremos recordando que la socialización se inicia con los primeros años de existencia y se continúa toda la vida (9). Goode la considera como “el proceso por medio del cual el pequeño ser humano adquiere los valores y el conocimiento de su grupo y aprende las funciones sociales de su po-

sición en él" (9). Esclarecedores nos parecen los conceptos de Clausen: "La socialización es un proceso dinámico con muchas fases, con muchos cambios de funciones y tareas a cumplir, de acuerdo a la época de la vida y a la posición social" (10). Este proceso, enraizado con el *mit sein* (ser con el otro)¹ de Heidegger (11), no deja de ser conflictivo, pues según los psicoanalistas hace posible un enfrentamiento entre las exigencias sociales del *superyo* y los placeres egoístas del ello (12).

Si nos ubicamos ahora en el terreno más específico de la socialización del médico, diremos que ésta puede ser analizada según dos etapas: a) mientras se transcurre en la escuela de Medicina, y b) durante la vida profesional. Reissman (13) que ha estudiado el proceso en las escuelas norteamericanas opina que éstas de preocuparse por enseñar lo referente a la función que habrán de cumplir los egresados de acuerdo al rol o papel que como profesionales de la Medicina les adjudique la comunidad; "de una manera socialmente aceptable", agrega R. K. Merton (14). A la luz de estas citas no extrañará que el estudio de la socialización del médico haya rebasado los límites clásicos de la Educación Médica y que se disponga ya de interesantes aportes en este nuevo campo de investigación. En la Escuela Médica de la Universidad Nacional, de Santiago de Chile (15), consultados los alumnos sobre el enfoque social del paciente, el 98 % manifestó que se identificaban con este enfoque, pero que él no había sido tenido en cuenta durante la enseñanza, según el 38 % de los encuestados. En la Universidad de Tulane (EE. UU.) un estudio de las motivaciones y de la socialización del educando de Medicina, demostró que ciertos atributos de la interrelación con la comunidad, como es el agrado de atender sus niños, se atenúa del 77 % expresado por los "juniors", a un 50 % manifestado por los "seniors" (16).

Existen tres investigaciones que han preocupado singularmente a los estudiosos de la Educación Médica. Una es la de Eron (17), quien sobre la base de un estudio muy minu-

cioso demostró que durante el aprendizaje disminuye el criterio humanístico, al revés de lo acaecido en la enseñanza de las ciencias jurídicas. Otra es la Becker y sus colaboradores de Kansas; según este grupo el idealismo ingenuo del principiante se transforma en un idealismo "pragmático", donde aquél se diluye en una responsabilidad general, inherente a toda profesión médica (18). Y la tercera investigación de maras es la de la Dra. Renés Fox (19); sobre la base de prolijas encuestas a los alumnos, esta autora señala entre otras cosas, la trascendencia que sobre la personalidad del educando, tienen hechos tales como la disección de cadáveres y otras actividades de "endurecimiento"; éstas últimas serían cultivadas por camaradas y profesores (20) Horowitz (21) nos recuerda tener presente, en materia de socialización, la región geográfica donde se ha de actuar. Este concepto nos sugiere la siguiente pregunta: ¿en nuestro país, no serán muchos los alumnos de Medicina cuya preparación lleva implícita cierta socialización para convivir en medio urbano, que determina una difícil adaptación al medio rural argentino tan carente de médicos?

Durante la etapa de ejercicio profesional, la socialización no ofrece, desde un punto de vista general, las mismas características de las edades primeras, Brim y Wheeler (22), en su obra "Socialización after Childhood", destacan que durante la edad adulta no corresponde poner el énfasis en inculcar valores, sino en la realización de éstos de modo permanente y sostenido. Recuérdese, con respecto a nuestra etapa profesional, la influencia que sobre nosotros ejerce el régimen de trabajo médico, la estructura y funcionamiento de la comunidad y demás factores ecológicos que actúan en interacción con nuestra personalidad siempre única y singular. Referiremos, ahora, una observación hecha en nuestra Escuela de Sanidad, en el grupo de 17 médicos que participó del curso de Administración Hospitalaria correspondiente al corriente año lectivo, y que fueron encuestados respecto a las oportunidades tenidas

como estudiantes y como profesionales para conocer el estilo de vida de las personas, de acuerdo al nivel socio-económico de éstas. Veamos los resultados de la encuesta en este cuadro.

Universidad Nacional del Litoral - Escuela de Sanidad
ENCUESTA A UN GRUPO DE MEDICOS SOBRE SI SE TUVO
O NO OPORTUNIDADES DE CONOCER EL ESTILO DE VIDA
DE LAS PERSONAS

(según tres niveles socioeconómicos)

Santa Fe, 1968

Periodo	Respuestas	Niveles socioeconómicos de las personas cuyo estilo de vida se tuvo oportunidad de conocer		
		Alto	Intermedio	Bajo
Durante el aprendizaje médico	Afirmativas	0	1	4
	Negativas	17	16	13
Durante el ejercicio profesional	Negativas	7	8	11
	Afirmativas	10	9	6

Puede observarse que en la etapa de estudiante se considera que hubo pocas oportunidades para conocer el estilo de vida de las gentes. Durante la vida profesional se estima que aumentaron las posibilidades de conocer ese estilo de vida, vale decir que durante tal etapa se gana en ese factor de socialización que son las oportunidades para el conocimiento de dicho estilo, según las diversas clases sociales. ¿Cómo podemos los pediatras velar por el desarrollo normal de ese proceso al cual ni como profesionales, ni como ciudadanos podemos eludir?

III. ALGUNOS CONCEPTOS ORIENTADORES

Sólo nos consideramos capaces de ofrecer aquí algunos conceptos que sirvan de aproximación, de introducción a este tema de tanta vastedad y trascendencia. Comenzaremos diciendo

que aunque es obvia la influencia de las estructuras y regímenes sociales sobre el proceso de socialización, pensamos que es menester no quedarse en la espera de las condignas soluciones para procurar el desarrollo de tal proceso que entre otros beneficios, nos permitirá realizar una más eficiente Educación para la Salud. Así, de acuerdo a algunas de las investigaciones antecitadas habrá que empezar a velar por él en las Escuelas de Medicina. Estas evitarán que sus alumnos dejen de acercarse a los estratos sociales a cuyos miembros habrán de atender cuando egresados. Madison (23) aconseja que este acercamiento se haga durante los primeros años de estudio, pues así esa identificación con las gentes, estará ya establecida cuando en años posteriores tienda a predominar el concepto del grupo profesional. Evitaríase los que Veblen con toda ironía llama "entrenamiento de una incapacidad" (24). Haggerty (25) es partidario de aprender según una "Pediatria Comunitaria" que según él dice nos permitiría "descubrir ingenuamente" que es posible encontrar en la comunidad inteligencia, integridad y dedicación para colaborar en los programas pro salud. Las Escuelas de Medicina, sus hospitales y todos los participantes en el proceso educativo médico deberían evaluar periódicamente la socialización de sus educandos. Reissman y Platou han destacado la influencia que al respecto tiene la imagen del profesor (26). Pedro D. Martínez, distinguido colega mejicano, sostiene que el pediatra que hoy se necesita, no sólo debe constanciarse con la comunidad a quien sirve (27), sino que habrá de actuar como un maestro, con enfoque sociológico (28). La Comisión Americana de Servicios de Salud (29) al igual que Jeffrey (30) han señalado la diferencia de valores según los cuales se rigen los pacientes y sus médicos. La comunidad suele ubicarnos a los médicos en un estrato muy diferenciado (31) lo cual, entre otras cosas, dificulta la colaboración que se puede obtener de los sectores humildes; esto ha sido constatado por Hertz, en México (32) y por Zahn, en los Estados Unidos (33). Según ha comprobado E. Brody es dable

observar cierta discriminación y menosprecio de eminentes profesores hacia sus alumnos de clase modesta (34). Igual diseminación ha constatado Walsh por parte de los servicios de salud hacia la gente pobre (35). En una encuesta de opinión de la comunidad la "Wetsminster Series", mostró el deterioro de la relación médico-paciente cuando este último aprecia que se están obteniendo exageradas ventajas económicas a costa suya (36). Sergent (37) critica a ciertos especialistas que apurados por obtener su parte económica del "medical-pie" (pastel médico), dificultan las necesarias relaciones con las familias. Tanto Rubela (38) como Ordéñez (39) consideran al exceso de vocabulario técnico como un factor negativo para la buena integración médico-paciente. Orlando Sepúlveda, desde Chile (40), señala "una situación de descontento de las masas producida por el ejercicio de una acción médica funcionaria y deshumanizada". Edward Bridge aboga por el funcionamiento de "Laboratorios de Relaciones Humanas" en las Escuelas de Medicina (41) D. Levinson considera necesario el aporte de la Psicología Social para el estudio de la socialización del médico (42).

Después de haber ofrecido todas estas observaciones y testimonios, creemos haber puesto en suficiente evidencia la necesidad de estudiar y promover la socialización del médico, no sólo para realizar mejor Educación Sanitaria, sino para cumplir también con otros aspectos de la tarea médica actual tales como los preventivos, los socioculturales, el psicosomatismo, la Higiene Mental, el Servicio Social, la profilaxis de la iatrogenia, la lucha contra el curanderismo y otros muchos aspectos que exigen una adecuada comprensión y conocimiento del estilo de vida de las personas, de acuerdo a sus características sociológicas y culturales.

Personalmente no participamos del tono pesimista que se puede advertir en varias de las observaciones antes citadas. Las circunstancias de cambio porque transecurrimos facilitarán un mayor acercamiento a los diversos grupos de la comuni-

dad. Los médicos aunque como ciudadanos seguiremos engrosando la clase media, como profesionales interpretaremos mejor a las demás clases. Las Escuelas de Medicina sitas en Barrios Universitarios y no en separadas Ciudades Universitarias, actualizarán sus programas de estudio según una planificación y una pedagogía más acorde con el educando y la realidad circundante. Transcurrida la etapa de los médicos "nuevos ricos" y que se consideran siempre merecedores de trato preferencial, el ejercicio de la profesión habrá de hacerse según sistemas mejor administrados y humanizados con aportes psicológicos y socioculturales. Ello favorecerá la orientación hacia nuestra carrera, de jóvenes buenos conocedores de las posibilidades de la Medicina vigente, concebida como un servicio no discriminado acorde con las raíces de bien público que siempre perduran en la tarea médica habitual. Esta evolución de la Medicina nos permitirá a los pediatras una acción más comprehensiva y educativa; de tal modo, acercándonos al noble ejercicio del magisterio, mantendremos ante la comunidad ese status ponderable que está siempre otorga a quienes se identifican con ella en la realización de altos valores según procedimientos dignos y no agoístas.

IV. BIBLIOGRAFIA

1. MENCHACA, F. J., *Diccionario Médico-social*, p. 77, Universidad Nacional del Litoral, 1967.
2. Seminario sobre *La enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Pública en las Escuelas de Medicina*, Bol. de la Of. Sanit. Panamericana, LXIV; 256, marzo, 1968.
3. SKIPPER, J. y L. LEONARD, R., *Communication and the Hospitalized Patient*, p. 55, Lippincot, Filadelfia, 1965.
4. BARNES, E., *People in Hospitals*, p. 15, Londres, 1961.
5. TARAZUK, M. y colab., *An Experimental Test of the Importance of Communication Skills for Effective Nursing*, p. 110 en SKIPPER J, y LEONARD R., *loc. cit.* (4).
6. MILLIEZ, P., *Salud Mundial*, p. 55, O. M. S., Ginebra, marzo, 1968.

7. GARCÍA, J. C., *Esquema para una investigación sociológica sobre la socialización médica*, Anales de Sanidad, año VIII, p. 77, enero-diciembre, 1965.
8. MITCHELL, G., *Dictionary of Sociology*, p. 144, Routledge y Kegan, 2ª ed., Londres, 1968.
9. GOODE, W. J., *La Familia*, Editorial UTEHA, México, 1966.
10. CLAUSEN, J. A., *Organism and Socialization*, J. of Health and Human Behavior, 8; 243, diciembre, 1967.
11. HEIDEGGER, K., citado por MAISONNEUVE, J. en p. 30 de *Psicología Social*. Ed. Paidós, 1967.
12. MAISONNEUVE, J., *Psicología Social*, p. 37, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.
13. REISSMAN, L. y PATOU, R., *The Motivation and Socialization of Medical Students*, J. of Health and Human Behavior, Y; 174, 1960.
14. MERTON, R. K., *Some Preliminaries to a Sociology of Medical Education*, en "The Student-Physician", Harvard University Press, 1957.
15. BERDICHENSKY, A., *Medical Training and Profesional Practice*, Milbank Memorial Fund Quaterly; XLIV, 1963, abril, 1966.
16. REISSMAN y PLATOU, R., *loc. cit.*, p. 174.
17. ERON, L., *The Ecology of Medical Students*, J. of Medical Education, p. 25, 1950.
18. BECKER, H. y colab., *Boys in White. Student Culture in Medical School*, University of Chicago Press, Chicago, 1961.
19. FOX, R., *The Medical Student's Training Detached Concern*, p. 12 de *The Psychological Basis of Medical Practice*, Harper y Row, New York, 1963.
20. LEVINSON, D., *Medical Education and Theory of Adult Socialization*, J. of Health and Social Behavior, 8: 253, diciembre, 1967.
21. HOROWITZ, *Sociedad Industrial Contemporánea*, p. 5 de "Prensa Gráfica", setiembre 5, 1968.
22. BRIM, O. y WHEELER, S. W., *Socialization after Childhodd*, p. 26, Wiley e hijos, New York, 1967.
23. MADISON, D., *The Student Health Projeet. A New Approach to Education in Community Medicine*, Milbank Mem. Fund. Quaterly, XLVI, 389, julio 1965.
24. VELEN, D. citado por WALSH, J. y ELLING, G. en *Professionalism and the Poor*, J. of Health and Social Behavior, 9; 16, marzo 1968.
25. HAGGERTY, R., *Community Pediatrice*, New Eng. Med. Journal, 278; 15, 1968.
26. REISSMAN y PLATOU, R., *loc. cit.* p. 174.
27. MARTÍNEZ, P. D., *El médico que el país necesita*, Salud Pública de México, IX, 957, nov. dic., 1967.

28. MARTÍNEZ, P. D., *El pediatra que el país necesita*, Salud Pública de México, IX; 435, marzo-junio. 1967.
29. *Health is a Community Affair* "National Commission on Community Health Services", Cambridge, 1967.
30. JEFFERYS, J., citado en p. 371 de *The Theory and Practice of Public Health*. Oxford University Press, Londres, 1965.
31. SKIPPER, J., y LEONARD, R., *Communication and the Hospitalized Patients*, p. 61, Lippincott, Filadelfia, 1965.
32. HERTZ, L., *Disponibilidad de fuerzas de trabajo para la salud*, Salud Pública de México; X; 63, enero-febrero, 1968.
33. ZARN, S., *Neighborhood Medical Care Demonstration Training Program*, Milbank Mem. Fund Quaterly, XLVI, parte I, p. 309, julio, 1968.
34. BRODY, E., *Cultura, comunicación y emoción en el proceso educativo*, Educación Médica y Salud, 2; 97, abril-junio, 1968.
35. WALSH, J., y ELLING, R., *Professionalism and the Poor*, J. of Health and Social Behavior, 9; 16, marzo 1968.
36. *The Westminster Series*, p. 39, MacMillan Co., New York, 1964.
37. SERGENT, J. A., *Family Medicine*, J. A. M. A., 200; 1158, junio 26, 1967.
38. RUBELA, A., *El rol de la investigación en ciencias sociales en los recientes programas de salud en América Latina*, Cuadernos Médico-Sociales, IX; 26, marzo, 1968.
39. ORDOÑEZ PLAJA, A. y colab., *Communication between - physicians and patients in out-patients clinics*, Milbank Mem. Fund Quaterly, XLVI; 161, abril, 1968.
40. SEPÚLVEDA, O., *Proyecto de investigación en el área de Salud Pública*, Cuadernos Médico-Sociales, n° 3, p. 9, octubre, 1959.
41. BRIDGE, E., *Principios y métodos en la enseñanza de la Psiquiatría*, Educación Médica y Salud, 2; 112, abril-junio, 1968.
42. LEVINSON, D., *loc. cit.* p. 257.