

El Mercado Profesional como Determinante de Inconducta Médica

ALBERTO PERALES¹, ALFONSO MENDOZA² y PEDRO ORTIZ³

¹Unidad de Investigación. ²Unidad de Post Grado. ³Sección Doctoral de la Unidad de Post Grado.
Facultad de Medicina - UNMSM

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir el fenómeno de la corrupción en la conducta profesional médica y generar hipótesis que posibiliten su investigación científica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Trabajo teórico-descriptivo sobre la base de informes documentados y observaciones del fenómeno en la realidad peruana, en la perspectiva de dos modelos conceptuales: de Normalidad (Perales A. y col. 1989) y del Sistema de la Personalidad (Ortiz P. 1994). **RESULTADOS:** En base al análisis del material estudiado se genera la siguiente hipótesis: "A mayor densidad poblacional médica en relación al mercado laboral, mayor riesgo de conductas profesionales corruptas, siendo tal riesgo mayor en los médicos con características personales más vulnerables, sean éstas determinadas biológica, psíquica o socialmente". **CONCLUSIÓN:** El problema de la corrupción de la conducta profesional médica debe ser sometido a investigación científica a fin de precisar sus dimensiones y límites e identificar sus variables causales. Se propone una hipótesis que posibilita tal fin.

Palabras claves: Malpraxis; Corrupción; Médicos; Mercado de Trabajo; Conducta Social.

THE PROFESSIONAL MARKET AS DETERMINANT OF MEDICAL MISCONDUCT SUMMARY

OBJECTIVES: To describe the phenomenon of corruption in medical professional behaviour and to generate hypothesis to facilitate its scientific study. **MATERIAL AND METHODS:** Theoretical and descriptive analysis based on documented reports and observational descriptions of the phenomenon within the context of Peruvian reality, interpreted in the light of two paradigms: Normality (Perales A. et al. 1989) and Personality System (Ortiz P. 1994). **RESULTS:** The following hypothesis is proposed: "The higher medical population density in relation to the work market opportunities the higher risk of medical misconducts, being such a risk higher among physicians with characteristics of greater vulnerability, on account of biological, psychological or social variables". **CONCLUSION:** The problem of corruption in medical professional conduct must be studied by scientific research methodology in order to establish its dimensions and boundaries, and to identify its causal variables. A working hypothesis is proposed.

Key words: Malpractice; Corruption; Physicians; Labour Market; Social Behaviour.

Correspondencia:

Dr. Alberto Perales Cabrera
Unidad de Investigación.
Facultad de Medicina, UNMSM.
Av. Grau 755. Lima 1, Perú.
E-mail: aperales@chavin.rcp.net.pe

INTRODUCCIÓN

La **corrupción** como forma de conducta social o colectiva inaceptable erosiona los cimientos del sistema instituido, **pervierte** los principios y normas de conducta individual y profesional preestablecidos, y tiende a generalizarse por aprendizaje. En la medida que debilita el tejido social y altera el clima emocional de una colectividad, atenta contra el desarrollo y la productividad del país ⁽¹⁾ y, como tal, constituye un grave problema de salud mental para las personas.

Entendemos por **inconducta médica** aquellas formas de actuación personal que éticamente se clasifican como faltas, las que, sin ser dolosas, violan el Código de Ética de la profesión médica.

La práctica médica, como cualquier otra actividad profesional, no está exenta de tal riesgo. Su ocurrencia tiene resultados destructivos -a corto o a largo plazo- tanto para el profesional involucrado y la imagen que la sociedad tiene del médico, como para la institución comprometida y, principalmente, para el paciente atendido. El interés por este grave problema a nivel mundial se ha actualizado en las últimas décadas ^(2,3). En nuestro país, aunque las autoridades han tratado de intervenir aplicando normas correctivas a través de los Comités de Ética, el avance logrado con tales estrategias es todavía insatisfactorio.

Los problemas de esta naturaleza tienen dos opciones de respuesta: una, de nivel ético y deontológico, examinando tales conductas a la luz de los principios de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia; y otra, de nivel sociológico y psicológico, en el marco del estudio de la conducta como proceso que se puede describir y explicar.

Si nos inclinamos por la segunda opción, podemos plantearnos la siguiente pregunta: **la *inconducta profesional* como efecto de la corrupción social, ¿es susceptible de intervención preventiva y correctiva?**

Aclaremos que vamos a tratar el tema en forma deliberadamente teórica al no existir, particularmente en el Perú, datos empíricos o duros de investigación al respecto. Planteamos, por tanto: 1) que no se lograrán avances significativos en este campo de seguirse ignorando las variables que intervienen en su génesis; 2) que se requiere crear conciencia de que el problema ético de la *inconducta* profesional médica, usualmente tratado en el nivel especulativo, puede también ser abordado e in-

vestigado como tema científico; 3) que es necesario un urgente cambio de enfoque a fin de posibilitar la comprensión de sus procesos determinantes empezando por la investigación de su estado y dimensiones actuales, a fin de que, sobre la base de sus resultados, se puedan formular las estrategias de intervención preventivas y correctivas, incluyendo posibles modificaciones a la normatividad vigente.

Es pues imprescindible generar hipótesis explicativas del problema citado, entre las cuales proponemos considerar que **un mercado sin las restricciones morales pertinentes es determinante de formas corrompidas o ilícitas de conducta**. Por ejemplo, es probable que el aumento de la densidad poblacional médica en el país, en un espacio de mercado restringido, sea determinante del incremento de tales *inconductas* en la práctica profesional del médico.

Se aspira, finalmente, dirigir tal mensaje a cuatro niveles: a) al cuerpo médico nacional y sus autoridades; b) al alumnado de medicina de las diversas facultades médicas del país, c) a las instituciones que prestan servicios de salud, y d) a los responsables de la autorización legal de nuevas universidades y facultades de medicina sin planificación alguna.

URBANIZACIÓN COMO VARIABLE

En la organización social contemporánea, particularmente la que se observa en las grandes urbes, el avance tecnológico, los intensos flujos migratorios, el acelerado proceso de urbanización, los nuevos modelos económicos que exaltan el individualismo y una competencia frenética, vienen creando, entre otras condiciones, complejas formas de convivencia que han modificado, a veces radicalmente, tradiciones y costumbres moralmente aceptadas. El estrés urbano, como resultado del juego de tales influencias, constituye un problema cotidiano que se debe enfrentar adecuadamente.

Las desviaciones de la conducta, particularmente aquellas violentas y corruptas, han llegado a ser fenómenos tan frecuentes en nuestro medio que no necesitan que nos detengamos a describirlas, todos somos testigos de su ordinario acontecer, tipifican una imagen con la cual parecería que nos hemos habituado a convivir. Roldán Valencia ⁽⁴⁾ ha señalado -con acierto- que frente a tales estímulos la población se defiende con mecanismos de trivialización; ella actúa como si tales

hechos no tuvieran capacidad de sorprenderla, como si requiriese de escenas de mayor dramatismo para recién reaccionar. Se ha postulado que tal mecanismo de trivialización resulta psicológica y socialmente protector, porque atenúa el sufrimiento de la población y desplaza la importancia del hecho hacia la periferia del campo perspectivo de la sociedad. Sin embargo, es evidente que muchos medios de comunicación masiva, principalmente televisivos, preocupados por el “rating”, no vacilan en suscitar y explotar la curiosidad de la población recurriendo a imágenes poco o nada edificantes. Pero, más allá del hecho de que tales noticias sean deliberadamente exaltadas, tenemos que reconocer que **las conductas corruptas, de la mano con las violentas, han penetrado todos los niveles de nuestra sociedad y se hallan inmersas en la estructura social donde cada personalidad se forma y trabaja.** Nadie parece escapar a su impacto, y ningún profesional, los médicos incluidos, de acuerdo a nuestra tesis, está necesariamente dotado de inmunidad ante esta grave falla de la sociedad actual.

CORRUPCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA

En 1968, Andrevski, citado por Gonzáles (5), publicó un informe sobre las observaciones que realizara en algunos hospitales del África Occidental. En él subraya que: “Los médicos estatales cobraban por atender y hospitalizar a los pacientes (siendo la atención gratuita en tales centros); las enfermeras hacían lo mismo por alcanzarles las chatas; los empleados robaban medicamentos y los galenos, también; los pacientes indigentes recibían como único tratamiento inyecciones de agua coloreada y, a veces, también los que pagaban”.

¿Por qué es posible que desarrolle formas de *inconducta* un profesional médico? La literatura especializada en este campo, como hemos señalado, es escasa en datos de investigación, probablemente por su complejidad o porque la corrupción no es considerada un problema que puede explicarse científicamente. Desde nuestra posición postulamos que, como toda conducta humana, el estudio de la conducta corrupta debe ubicarse en el marco de la ciencia social si es que

queremos profundizar en el conocimiento de su causalidad y desarrollar alguna acción efectiva contra ella. Con tal propósito consideramos indispensable el uso de algunos modelos explicativos. Nos servirá con tal finalidad el modelo de Normalidad-anormalidad en salud mental propuesto por Perales y col. (6) y el modelo del Sistema de la Personalidad propuesto en el marco de una teoría de la información por Ortiz en 1994 (7). El primero nos permite la comprensión de las variables individuales, el segundo facilita su explicación a base de las variables micro-sociales y macro-sociales.

MODELO DE NORMALIDAD

Perales, León y Mezzich (6) han propuesto un modelo para explicar la conducta humana normal y patológica. La tesis plantea que todo ser humano tiene áreas normales y anormales en su personalidad* o, si se prefiere otras terminologías, áreas no conflictivas y conflictivas, o maduras e inmaduras. Así consideradas, la normalidad o anormalidad **absolutas** resultan utopías clínicas. La normalidad y anormalidad **reales**, dependerían más bien del balance resultante, positivo o negativo, de la interacción entre ambas. El modelo, aplicado a la práctica, permite comprender por qué algunos seres humanos, considerados normales en diferentes variables de evaluación, pueden, en circunstancias particulares, desarrollar conductas puntualmente anormales o inadaptativas sin que ello implique padecer de enfermedad mental, sea bajo el estímulo de sustancias como el alcohol, no necesariamente a niveles de intoxicación, o ante situaciones en las cuales ciertas áreas de inmadurez son específicamente movilizadas.

Cualquier médico, en situaciones diversas de su práctica profesional, podría ser estimulado (en su área de anormalidad) a generar una cierta conducta corrupta. Ante tales estímulos tenderá a defenderse mediante su contraparte normal. El balance de la dinámica de estos factores determinará finalmente si su conducta se orienta hacia un objetivo social y profesionalmente adaptado o se expresará como *inconducta* profesional.

En virtud de lo señalado debemos asumir que el médico, como cualquier ser humano, está expuesto,

* *Los factores biológicos, codeterminantes de la conducta humana, en su complejidad y, por cierto, en su misterio, no pueden ser analizados en este trabajo. Se les considera implícitos en lo que podría corresponderles como substrato, sea normal o patológico, de cada una de las áreas anteriormente mencionadas.*

aunque en diferentes niveles de probabilidad, a tal riesgo profesional.

EL SISTEMA DE LA PERSONALIDAD

La teoría de sistemas precisa que cada nivel de integración es influenciado por todos los otros niveles del sistema y que el hombre, como sistema abierto, es decir en interacción incesante con su ambiente, debe realizar continuos esfuerzos de adaptación para mantener ese equilibrio que denominamos salud. Tal dinámica de estímulos y reacciones adaptativas es lo que -en el marco del modelo médico- Selye designó con el término estrés en su Teoría General de Adaptación (8). El enfoque sistémico permite comprender que en toda conducta o reacción humana, y por lo tanto en los casos de enfermedad, la causalidad no es lineal ni obedece a un único factor; por el contrario, está multideterminada por una variedad de factores que derivan de los diversos niveles del sistema en el cual el sujeto desenvuelve su existencia.

Engel (9) propuso el modelo biopsicosocial, derivado de esta teoría de sistemas, que intenta integrar las variables biológicas, psicológicas y socioculturales en situaciones de salud o de enfermedad. El mismo enfoque se ha aplicado al estudio de la conducta humana, tanto de la conducta adaptativa cuanto de la patológica o inadaptada, tratando de integrar los factores de influencia del entorno social macro y micro, así como aquellos que tienen que ver con las propias fragilidades personales.

Por ejemplo, veamos la Figura N° 1, que representa gráficamente la jerarquía sistémica en la que se encuentra un ser humano. Se aprecia que la dimensión biológica y su integración se produce desde el nivel subatómico hasta el de órganos o aparatos. Por encima de ellos, la dimensión psicológica, representada por las experiencias personales que cada individuo históricamente ha vivido y procesado, juega un papel fundamental en el patrón de reacción que emitirá como respuesta ante cualquier exigencia que la vida le plantee. En su dimensión social, además, el ser humano, dependerá de sus relaciones significativas (nivel diádico) y de su entorno familiar (nivel microsociedad), del cual recibirá influencias de importancia trascendental en periodos críticos de su ciclo vital, que determinarán los rasgos básicos de su personalidad. En el curso de su desarrollo personal, una vez involucrado en su

actividad estudiantil o laboral, el sujeto se integrará a sus respectivas comunidades, educativa o de trabajo, subsistemas éstos que ejercerán sobre él influencias de grado variable para la emisión de conductas. A su vez, los niveles superiores del sistema actúan por medio de las características propias de su sociedad y de su cultura. En este plano participan también las variables polí-

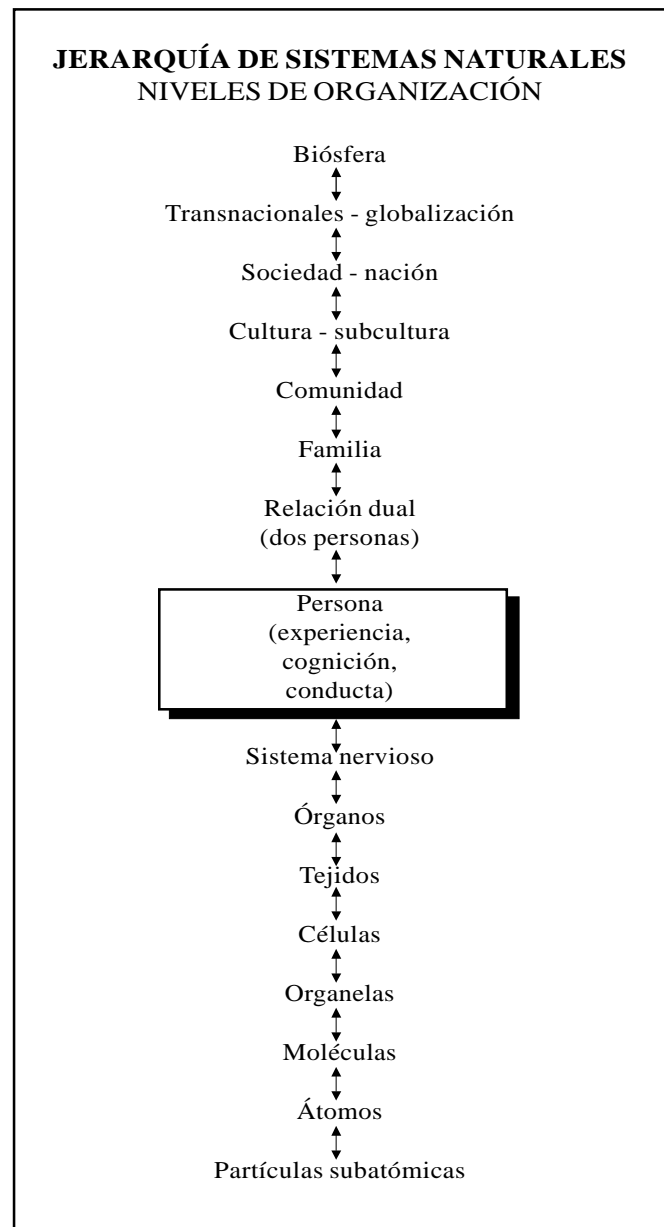


Fig. 1.- Jerarquía sistémica en la que se encuentra un ser humano. (Engel, 1980, modificado).

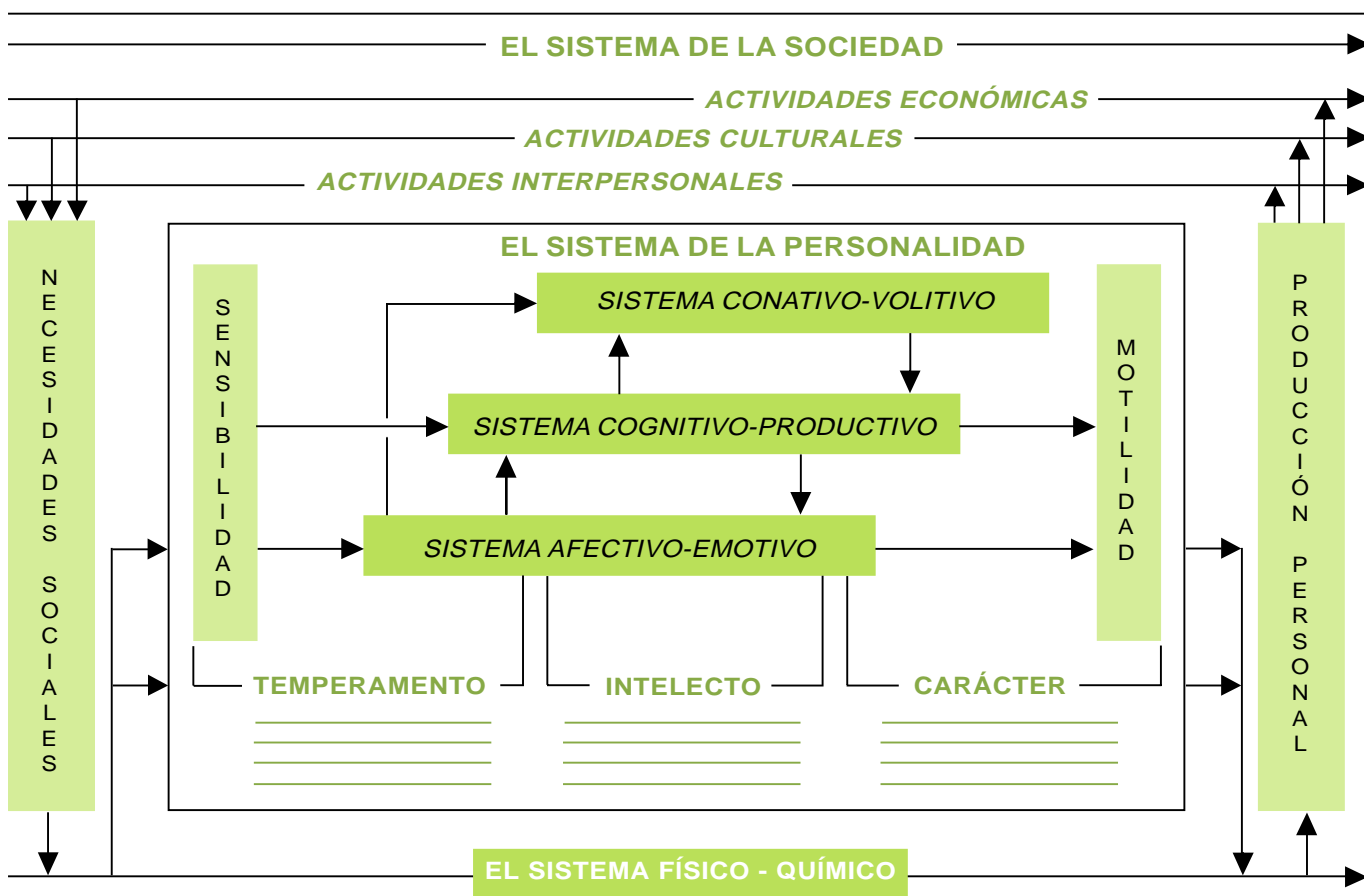


Fig. 2.- Estructura de la actividad personal (Ortiz, CP. La formación de la Personalidad, Dimaso, Lima, 1997).

ticas nacionales: -estatismo, liberalismo, regímenes democráticos o autoritarios- y las que rigen el orden internacional dado el fenómeno de la globalización y, finalmente, todo el conjunto enmarcado en la ecología o habitat natural biosférico.

El modelo biopsicosocial siendo de utilidad es, sin embargo, insuficiente, al no tomar en cuenta la naturaleza de los procesos esenciales que determinan la integridad del individuo y al dejar sin explicación la relación bio-psíquica, o más específicamente, la relación mente-cerebro. Más aún, deja sin definir la naturaleza de la estructura de la actividad social donde cada hombre es concebido y formado como miembro de la misma, y por encima de todo, no toma en cuenta la existencia de la información social y el proceso por el cual

ella es incorporada por cada individuo, se almacena en su cerebro y así se convierte en su conciencia.

Por estas razones, nos apoyaremos para explicar la generación de *inconductas* personales en los términos del modelo de personalidad planteado por Ortiz ^(7,10). De modo sucinto, este modelo (Figura Nº 2), que también se fundamenta en la teoría de sistemas, aunque dentro de una versión particular, considera que dentro del sistema del universo, el sistema vivo está constituido por sistemas vivos individuales organizados *genéticamente* a partir de la actividad físicoquímica tal como existió y existe en nuestro planeta, y *cinéticamente* a base de diversas clases de información que reflejan este mismo ambiente, como son la información genética, la metabólica, la neural y la psíquica. Cada

individuo tiene, por tanto, varios niveles de organización, de modo que la integridad de su actividad individual depende de la información del mayor nivel alcanzado por él en el curso de la evolución de su especie. Hasta los primates, todos los seres vivos están pues organizados por dichas clases de información codificada en sistemas de memoria que existen sólo dentro de ellos mismos.

Respecto del hombre, sin embargo, la situación cambia radicalmente cuando los miembros de la especie *Homo sapiens* formaron, en sentido epigenético, sistemas multiindividuales que luego se organizaron a base de una nueva clase de información que es la información social, y fue así como apareció el sistema de la sociedad. De esta clase de información depende ahora la reestructuración sociocinética de cada individuo miembro de la especie y su transformación en una personalidad miembro de dicha estructura social.

Pero, lo más importante de esta forma de determinación cinética de la sociedad sobre el individuo, es que la información social, al ser incorporada por cada individuo desde el momento en que nace, se codifica bajo la forma de información psíquica en su neocórtex cerebral. La consecuencia de esta relación es que el hombre, a diferencia de los animales, incluso de los superiores, va a tener un nivel adicional de organización psíquica: además de la información psíquica de tipo animal que puede llamarse inconsciente, dispone de información psíquica de tipo personal que debe reconocerse como información psíquica de tipo consciente. Es pues la conciencia -es decir, todo el conjunto de la información social que cada individuo ha incorporado en su neocórtex como información psíquica consciente- la que, en último término, determina cinéticamente la reorganización de los niveles de actividad psíquica inconsciente, nerviosa, metabólica y celular de *todo* el individuo, y la conversión de éste en una personalidad.

Por otro lado, podemos diferenciar tres clases de información social que han surgido en el curso del desarrollo histórico de la sociedad: afectiva, cognitiva y conativa, que son las clases de información que han determinado el desarrollo de las estructuras tradicional, cultural y económica de esta misma sociedad. Por tanto, podemos deducir la existencia de tres clases de información psíquica consciente que son, respectivamente, los sentimientos, los conocimientos y las motivaciones de la personalidad. De éstas, nos interesan

particularmente las motivaciones -es decir, convicciones, intereses, deseos, intenciones, aspiraciones, expectativas, objetivos, responsabilidades, deberes, prejuicios, etc.- que estructuralmente las vemos como los motivos que dan cuenta de las actitudes y del carácter de la personalidad, y que procesalmente las vemos como los valores morales a base de los cuales cada personalidad autoconscientemente toma las decisiones volitivas que determinan su actuación moral o conducta. Es evidente que las actitudes ante la sociedad, ante el trabajo, ante las cosas y ante sí mismo, todas tienen una esencia moral que refleja la estructura económica de la sociedad. También quedará claro que aquello que conocemos como conciencia moral no es algo inmaterial o misterioso, sino el componente conativo-volitivo de la conciencia, cuya información está codificada en el sistema de memoria prefrontal dorsolateral del cerebro de una persona.

Podemos pues imaginar la estructura de la sociedad reflejada en la estructura de la conciencia (véase la Figura N° 2), y si la estructura económica de una sociedad es esencialmente inmoral, tal será el modelo del componente moral de la conciencia de la personalidad que se formará dentro de ella.

Es posible, empero, que las capacidades volitivas, esencialmente morales de la personalidad sean lo suficientemente maduras como para generar, en sentido epigenético, una estructura conativo-volitiva moralmente superior a la propia sociedad, lo que se traducirá en formas de conducta igualmente superiores que puedan más tarde convertir a una persona en paradigma ético, capaz de influir en la formación moral de quienes le rodean, admiran y siguen.

Aplicando este modelo a nuestro problema de estudio podemos ahora postular que el médico, como todo ser humano se integra en el curso de su historia dentro de una comunidad específica, es decir, dentro de una estructura social -como son la familia, el vecindario, la escuela, la universidad, la facultad de medicina, el servicio de salud- y así es convertido en parte de ella, en uno de sus componentes que refleja en su conciencia dicha estructura social afectiva, cognitiva y conativa.

El médico normalmente desarrolla sus actividades en los medios académico y hospitalario. Si en este último prevalece una organización a la vez cohesionada y flexible, que se objetiva en una organización adecuada, indicativa de la "salud mental institucional", su

adaptación no sólo será fácil sino también formativa o madurativa. Por el contrario, si la comunidad hospitalaria se halla perturbada en su desarrollo institucional, sea porque carece de normas morales precisas o porque éstas no se cumplen, hecho que puede generar conductas profesionales inadecuadas de variado nivel de severidad, al integrarse el médico dentro de tal medio correrá el riesgo de deslizarse hacia *inconductas* personales. Evitar hacerlo, frente a la presión nociva de una comunidad en algún grado inmoral, creará en él un estado de tensión que, de no expresarse directamente por vías regulares, se canalizará hacia sus propios pacientes o hacia el personal de su equipo de trabajo o, peor aún, hacia su propio hogar, perturbándose la relación con las personas más allegadas a él.

Señalemos, al respecto, que es la presencia de una estructura económica de poder la que, en nuestra cultura occidental suele ejercer mayor influencia en determinar la estructura moral de la conciencia y que ésta se puede expresar en la conducta del médico, sea por el hecho de que éste se halle urgido por lograr inmediatos ingresos para satisfacer sus necesidades más apremiantes, sea porque en el orden económico social actual es cada vez más difícil que quienes han elegido la profesión médica vean satisfechas sus expectativas de un nivel de vida acorde con el *status* que tradicionalmente la sociedad ha otorgado a la profesión médica.

La tesis que planteamos es que, así como se determina la conciencia de la personalidad normal, así también la sociedad determina cinéticamente la estructura inmoral de la misma, y por tanto, el riesgo de adoptar alguna forma de *inconducta* profesional dependerá del balance que se establezca entre las condiciones corruptogénicas de la institución y las capacidades morales de defensa consciente, esto es, de la solidez de la escala de valores del propio médico.

EL PROBLEMA DE LA DENSIDAD POBLACIONAL

En 1962, Calhoun publicó un interesante trabajo experimental sobre el comportamiento poblacional de las ratas. En un espacio rígido crió una colonia de estos animales bajo condiciones de control que aseguraban la satisfacción plena de sus necesidades individuales. Alimento y bebida *ad libitum*, espacio confortable y temperatura adecuada parecían otorgar al grupo las posibilidades de vivir en armonía. En efecto, el com-

portamiento de las ratas evidenciaba una suerte de paz grupal y, a juzgar por las manifestaciones externas, de un inequívoco bienestar. Sin embargo, a medida que fueron reproduciéndose y el espacio continuó siendo el mismo, se alcanzó un punto crítico de densidad poblacional, superado el cual se apreciaron cambios comportamentales cualitativos y cuantitativos en la colonia. Las ratas madres mataban a sus crías, algunas ratas machos mostraban un comportamiento femenino frente a otras más agresivas. A pesar de la abundancia de alimento y agua, las ratas se atacaban entre ellas por su posesión o por ingerirlas primero; los comportamientos violentos y, si se permite el término las *"inconductas"* animales emergieron como un nuevo estilo de convivencia. El "orden social" establecido había sido quebrado ⁽¹⁾.

La hipótesis que podría extraerse de tal experimento es que la alteración de la armonía y el bienestar comunales se asocia al aumento de la densidad poblacional. Esta hipótesis es análoga a la que plantea que el incremento de la violencia es proporcional al incremento de la densidad poblacional. En el ser humano esta variable resulta válida, pero sólo parcialmente. Al parecer no sería exclusivamente la mayor densidad demográfica la que tendría la capacidad de perturbar el orden grupal, sino, fundamentalmente, el sentimiento o la creencia de que las cosas no han de cambiar haga lo que se haga, sumiendo a los integrantes de la colectividad en la desesperanza, lo que es más frecuente en los casos en que prevalece la desorganización social, en las situaciones de extrema pobreza o en las crisis que marcan el agotamiento de un orden económico social y político como acontece, por ejemplo, en la ex-Unión Soviética o en la ex-Yugoslavia. Contrariamente a ello, uno puede apreciar que países relativamente pequeños, con una elevada densidad poblacional -los Países Bajos por ejemplo- han logrado organizarse de tal modo que, comparativamente a otros, muestran bajos índices de comportamiento trasgresor de las normas. En estos casos, elevada organización, elevada educación y elevada moral se dan la mano.

Con todo, aunque somos plenamente conscientes de la imposibilidad de extrapolar los resultados de la experimentación animal a la explicación de la conducta -en sentido estricto, la actuación moral de las personas-, no podemos dejar de sorprendernos ante ciertas similitudes derivadas de éstas y otras observaciones en las cuales la

variable densidad poblacional parece ser determinante de *inconductas* profesionales.

En 1988, uno de nosotros ⁽¹²⁾ realizó, a propósito de otro tema de investigación, una encuesta entre profesionales médicos de diversas regiones del país. En una de las ciudades estudiadas se registró una *inconducta* profesional médica aparentemente bastante extendida. En esa localidad, la mayoría de consultorios médicos privados se situaban en la avenida principal. Los niveles de competencia entre los colegas estaban incrementados, por un lado, por la crisis económica de aquella época, que influía negativamente en la demanda de consultas; y, por el otro, por la alta oferta de atención profesional derivada del elevado número de médicos concentrados en dicha zona. Una de tales *inconductas* consistía en la creación de un sistema de *llamadores*; otra, la contratación, por parte del médico, de ciertas personas que fingiendo de enfermos se acercaban a los potenciales pacientes para entablar ocasionales diálogos. Al escuchar la descripción de los males de estos últimos, se valían de la oportunidad para recomendar al médico contratante, de quien alababan sus virtudes humanas y curativas con la intención de convencerlos para que acudan a él. Más aún, los *llamadores* solían sentarse en la sala de espera de los médicos “rivales” para, utilizando su poder de persuasión, lograr el cambio de la elección del enfermo por la del galeno contratante. La perversión del significado de la relación médico-paciente, al devenir ésta en una suerte de mercancía negociable, constituía lamentablemente una práctica profesional no infrecuente en esa ciudad. Lo importante del caso, y aquí señalamos la similitud de variables involucradas con el experimento anteriormente referido, es que al hacer el análisis de los datos demográficos en las distintas localidades encuestadas del país, dicha ciudad era la que mostraba la más alta densidad poblacional médica a nivel nacional y el más alto porcentaje de médicos desocupados ⁽¹²⁾. Lógicamente que ésta no es la única explicación de tal *inconducta*, pero constituye un factor determinante que no podemos ignorar.

Algunos observadores de los profundos cambios que se han dado en nuestro país en los últimos años -como Gustavo Gutiérrez*- nos alertaban sobre el riesgo de una “senderización” de la sociedad peruana. El término aludía a la posibilidad de que muchos asumieran la

idea de que la mejor manera de resolver conflictos era “eliminar al rival”, aun cuando ello significara violar las normas que resguardan el orden social. Dentro de esta óptica desaparece el sentido de una saludable competencia, el colega es un “enemigo” al que hay que vencer utilizando cualquier medio -aun los vedados-, y se pervierte la misión fundamental del médico, que es la salvaguarda de la salud individual y colectiva, la que cede el paso a un afán desmesurado de lucro. La corrupción -que es una forma de conducta violenta, en tanto que viola la confianza y la integridad de los demás-, constituye, en parte, una resultante del clima de violencia política que hemos sufrido, agravada por la potencialidad destructiva de un individualismo a ultranza, alentado por una suerte de fundamentalismo económico neoliberal que debilita la solidaridad grupal y social.

POBLACIÓN MÉDICA Y FACULTADES DE MEDICINA

La OMS ha informado ⁽¹³⁾ que las tasas medias de médicos por 10 000 habitantes en América, en el lapso de 15 años, entre 1980 a 1995, aumentaron de 13,7 a 18,2. El Perú registra, actualmente, una tasa estimada de 10 médicos por 10 000 habitantes. Los registros del Colegio Médico -en el último proceso de recarnetización- alcanzaron la cifra de aproximadamente 30,000 inscritos, de los cuales permanecían en actividad alrededor de 25 000. La población peruana estimada para ese año -1998- era, aproximadamente, de 25 millones, con lo que se tiene exactamente un médico por cada 1 000 habitantes, aunque con una desigual distribución entre zonas urbanas y rurales. Así, mientras en Lima habría un médico por cada 400 habitantes, consecuencia del centralismo, en muchas ciudades se tendría sólo uno por cada 4 a 5 mil, aproximadamente, con el agravante de que, de estos últimos, la gran mayoría se concentra en las principales capitales de departamento.

La creación no planificada de Facultades de Medicina se ha incrementado aceleradamente en el Perú ⁽¹⁴⁾. En 1960 el país contaba con sólo tres, actualmente hay veinticuatro registradas oficialmente. El rápido incremento de Facultades de Medicina viene presionando el crecimiento de la población médica a un ritmo de 1 200

* Comunicación personal.

médicos por año. A ello debe agregarse el retorno al país de aquellos que, habiéndose formado o realizado sus estudios de pregrado o postgrado en el extranjero, se reintegran al mercado profesional nacional.

La saturación del mercado profesional ya ha sido señalada como un serio problema ⁽¹⁴⁾, el mismo problema que se acentúa con los planteamientos de la Reforma del Sector Salud. El desempleo y subempleo profesional se incrementa día a día y puede ser peor aún en la medida que todo sea librado a las leyes del mercado, sin la regulación de las instancias normativas. Si bien este problema no es exclusivo de nuestro país, cabe esperar que se dé con mayor intensidad en las grandes urbes, en las cuales la densidad poblacional profesional resulta elevada en desmedro de los pequeños poblados del país. En tal virtud, la producción masiva y caótica de médicos, recientemente denunciada por la autoridades del Colegio Médico del Perú, entraña el riesgo de rebasar un mercado de trabajo ya saturado.

En razón de lo expuesto, planteamos la siguiente hipótesis: *A mayor densidad poblacional médica en relación al mercado médico laboral, mayor riesgo de conductas profesionales corruptas, siendo tal riesgo mayor en los médicos con características personales más vulnerables, sean éstas determinadas biológica, psíquica o socialmente.*

Por supuesto que en la explicación causal del problema cabe considerar otros procesos determinantes. Legítimamente podemos plantearnos algunas interrogantes. ¿El problema es determinado sólo por el mayor número de médicos? ¿Qué podemos decir de su formación? ¿Cuánto depende de su “absorción” por las leyes de un mercado que adolece de una adecuada regulación ética? ¿Qué papel juega el tipo de remuneración del profesional médico, tanto dentro del modelo tradicional del profesional liberal que decide sus propios honorarios y cuyo ingreso depende del número de consultas que atiende, como el del médico empleado sometido a un salario fijo, independiente de la labor que realiza? ¿El comportamiento de los médicos es afectado del mismo modo en las grandes ciudades –donde se concentra el 82% de todos los médicos– como en la periferia, donde se sitúa el 18% restante?

Subrayaremos que en todos estos casos intervienen muchas otras variables: *status* social, educación de base, deficiente formación ética y profesional en facultades de medicina que no cumplen con los estándares míni-

mos de calidad en su estructura y funcionamiento, condición de médico libre o empleado de una institución pública o privada, o de ambas, para mencionar sólo algunas de las cuestiones que plantea una situación evidentemente compleja.

Por otro lado, también debemos señalar que el crecimiento explosivo de las escuelas médicas podría ser también un indicador de la “perversión” del sistema. Si bien, por una parte, cabe considerar que dicho crecimiento responde a las expectativas de los jóvenes, que siguen optando por la carrera médica, puede también pensarse que -para algunos- tales demandas representan la oportunidad de hacer un “buen negocio” hoy, sin examinar las consecuencias de lo que ocurrirá mañana, cuando falte el campo clínico y cuando se torne cada vez más difícil acceder a un puesto en un mercado laboral sobresaturado. Felizmente en nuestro país se ha dado ya un primer paso en el camino de la Acreditación de las Facultades de Medicina, por medio de la Ley N° 27154, de julio de 1999, la misma que impulsó el Colegio Médico con el apoyo de las principales Universidades, el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud y la Academia Nacional de Medicina.

CULTURA Y SALUD MENTAL INSTITUCIONALES

El hombre no trabaja tan sólo para procurarse un recurso económico de subsistencia. En la actividad laboral encuentra, además, un gozo de autorrealización al percibirse como miembro útil de su sociedad. Asimismo, si su tarea se ajusta a su verdadera vocación, al realizarla se agrega a ella un genuino placer espiritual. A su vez, el centro donde le corresponde ejercer su trabajo, constituye fuente de soporte social, esencial para mantener su salud y autoestima.

Por siglos, el escenario habitual del trabajo médico ha sido el hospital, cuya dinámica y calidad son particularmente dependientes del recurso humano (profesional y no profesional) que en él labora. Todo hospital (o institución de salud) funciona con una cultura propia, que le confiere un matiz característico a las actividades que desarrolla para cumplir sus objetivos institucionales. De existir concordancia entre sus miembros al respecto, la atmósfera laboral promueve el bienestar y la solidaridad entre los trabajadores, consolidando lo que se conoce como “**salud mental institucional**” ⁽¹⁵⁾.

En tal situación, un fiel indicador es el deseo del personal de **“querer trabajar en la institución”**. Por el contrario, cuando la salud mental institucional está afectada, aparecen signos y síntomas que reflejan una atmósfera laboral nociva, antiterapéutica, para usar el concepto propuesto por Maxwell Jones ⁽¹⁶⁾. Las relaciones se tornan conflictivas y los sentimientos de envidia, sospecha, hostilidad y ansiedad grupal no se hacen esperar, generando grietas sociales en las relaciones interpersonales. En tales condiciones, la productividad, en cuanto a calidad y cantidad de trabajo, se resiente; la rutina y la mediocridad se multiplican, y los objetivos institucionales pierden vigencia como guías rectoras de la acción personal. El trabajador vivencia su labor tan sólo como una imposición, sin el gozo de la autorealización. Algunos experimentan sentimientos de ansiedad difusa y hasta síntomas vegetativos de variado orden al ingresar al centro, para sentirse muy aliviados en los días de descanso. El trabajador trabaja sólo porque **tiene que trabajar**.

En un estudio que uno de nosotros realizó en 1974 ⁽¹⁷⁾, se identificó tres indicadores de salud mental institucional afectada. A saber:

1. “Un ambiente de tensión que se percibe en la mayoría de los trabajadores, que se objetiva particularmente en las reuniones de grupo.
2. Un sentimiento de frustración y silencio resentido, manifiestos durante el desempeño de la tareas diarias.
3. Un aumento de la comunicación anómala por medio del rumor y del chisme”.

Situaciones como las descritas afectan sistémicamente a los miembros de la institución en todos los niveles. El personal, sea individual o grupalmente, tendrá que hacerle frente con su propia capacidad de afronte. Tres opciones son claras: o el miembro se retira de un ambiente tan enrarecido, se adapta a él, o amplía sus capacidades para superar la situación. Lo primero, no siempre es posible por la necesidad imperiosa de conservar el ingreso regular del puesto laboral. Ello aumenta la necesidad de adaptación, lo que implica aceptar, a nivel individual, las *inconductas* que se dan en la institución. De este modo, algunos profesionales canalizarán sus tensiones a través de conductas conflictivas o desadaptadas, y hasta corruptas*. Otros, quizás los más, al reprimir la expresión de tales emociones, por no contar con el cauce adecuado para hacerlo en el propio escenario laboral, las *exactuarán*, como ya hemos señalado, en sus propios hogares, dañando, con más frecuencia de la que se supone, sus relaciones familiares, sean las conyugales o las parentofiliales. La tercera opción implica la superación de sus propias capacidades morales y la posibilidad de convertirse en paradigma de sus propios colegas y demás compañeros de trabajo.

Con un propósito preventivo, conviene que las autoridades de tales instituciones tengan conciencia de estas complejas relaciones interpersonales que reflejan, a su vez, las del mercado, y las consideren un verdadero riesgo profesional ante el cual se requiere estar alerta y protegerse. Un autoanálisis crítico y permanente de las instituciones de salud con la participación activa de todos sus integrantes bajo el liderazgo de los Cuerpos Médicos y de los Comités de Ética, constituye estrategia indispensable para lograr la salud mental institucional.

* Ejemplo más patético de lo dicho lo tenemos en algunas instituciones encargadas de custodiar el orden. Éstas reciben un contingente de jóvenes postulantes con vocación definida, que son sometidos a un exigente examen de selección, al final del cual los mejores son escogidos. A pesar de ello apreciamos, con sorpresa, que la prensa nacional informa de diversos delitos cometidos por miembros en retiro de estas instituciones y aún por miembros activos. ¿Debiéramos aceptar que el proceso de selección, equivocadamente, ha permitido el ingreso de los más desadaptados? Imprescindible es señalar, al respecto, que el personal de estas instituciones trabaja en estrecho contacto con personalidades psicopáticas, en un medio delictivo, debiendo crear obligados y necesarios mecanismos de adaptación protectores para lidiar en un clima altamente estresante. De manera figurada podríamos decir que el guardián del orden, para ser eficaz, debe “psicopatizarse adaptativamente” para así hacer frente a la criminalidad inmersa en su trabajo sin afectar su integración psicológica. Estamos convencidos que tal proceso entraña, de no ser bien manejado, un alto riesgo profesional para estos trabajadores, mucho mayor para aquellos en los cuales otras variables de predisposición están presentes. Consecuentemente, tales instituciones están normalmente obligadas a crear programas preventivos de aplicación en el periodo formativo y, de ser posible, extenderlos a lo largo de toda la carrera profesional de sus miembros. Tales programas deben basarse en los resultados de la investigación científica de sus propios problemas de *inconductas profesionales*, en el marco de su propia realidad.

COMENTARIOS FINALES

El principal mensaje que esta comunicación quisiera ofrecer es que frente a la situación actual del trabajo médico, el Colegio Médico, las Facultades de Medicina y los Cuerpos Médicos asuman con mayor convicción la responsabilidad y el compromiso moral de alertar a las autoridades que administran los servicios de salud sobre el peligro señalado, esto es, que un mercado de trabajo ya saturado sea pronto rebasado en su punto crítico de densidad poblacional médica por el aumento indiscriminado y no planificado de galenos*. Bajo tales condiciones, el riesgo de generar en cualquiera de ellos -sobre todo en los ya predisuestos- *inconductas* profesionales o corruptas, tenderá, posiblemente, a aumentar. Para agravar el problema, existe también la posibilidad de que tal riesgo aumente a corto plazo por el ingreso, al mismo mercado de trabajo, de las empresas privadas que gerencian los sistemas de seguro personal de salud. Lamentablemente, estas compañías, con objetivos fundamentalmente comerciales, hacen prevalecer las variables de productividad y rentabilidad económica frente a la calidad de servicio. En este contexto, el paciente puede ser visto sólo como un "cliente", desvirtuándose la significación profunda del acto médico. Ante tal estado de cosas, será el arte de la concertación -en un marco de elevado tono moral- el que ponga un punto de equilibrio entre rentabilidad, calidad de atención y conducta profesional.

Por lo expuesto ¿Cómo podríamos prevenir de la corrupción a la medicina como institución social y al médico como profesional? Aunque no existe receta preestablecida para tal efecto, una de las vías será reforzar la reflexión ética y la formación moral en el proceso de educación médica, entendida no meramente como un conjunto de aptitudes cognitivas y psicomotoras, sino como un conjunto de experiencias y vivencias que se traduzcan en disposiciones afectivas y en actitudes y formas de conducta que expresen el sentido de **encuentro interpersonal** que es inherente al acto médico.

¿Cómo puede el médico protegerse y proteger a su paciente de la cultura de la corrupción? Quizás, en tanto agente social por excelencia, asumiendo lo que su-

giere Escardó ⁽¹⁸⁾: "le cabe al médico no sólo insertar su conducta profesional en los más elevados sistemas de valoración social, sino también investigar el cómo dichas normas pueden alcanzar un máximo de contenido ético." Vale decir, orientar los esfuerzos de todas las instituciones que tienen que ver con la salud, bajo el liderazgo del Colegio Médico y de la Universidad, al fomento del desarrollo moral de los médicos a fin de mantener la práctica médica como la más noble de las formas de actividad humana.

Finalmente, para lograr consolidar tales anhelos en realidades concretas, los programas que se instauren deben basarse en la obtención de "datos duros" sobre el problema expuesto, a través de la investigación científica. El conocimiento de las variables causales en juego permitirá un diseño cada vez más adecuado y realista de las intervenciones preventivas. Obrando así cumpliremos a cabalidad la misión de salvaguardar la salud de la población que la sociedad ha delegado en la profesión médica.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento a los siguientes colegas que luego de revisar los primeros borradores enriquecieron el texto con sus valiosas críticas y sugerencias: Drs. Cecilia Sogi, Teresa Perales, Francisco Rivera y Q.F. Norma Ramos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) **Perales A.** Salud Mental: Variables socioeconómicas, políticas y culturales. *An Salud Mental* 1993; 9(1-2): 83-107.
- 2) **Ellis SJ.** The corrupting of the medical profession (Editorial) *Br J Clin Pract* 1999; 51(1): 4.
- 3) **Forsman B.** An ethical analysis of the phenomenon of misconduct in research. *Acta Oncol* 1999; 38(1): 107-10.
- 4) **Roldan Valencia I.** La violencia, aprendizaje o determinismo. *Rev Colombiana Psiquiatr* 1995; 24(4): 307-11.
- 5) **Gonzales A.** Dimensiones de la Corrupción. *Rev Psicol de la Universidad Católica* 1985; 3(1): 39-50.
- 6) **Perales A, Leon R, Mezzich JE.** Un modelo de normalidad en Salud Mental y Clasificación Multiaxial. *An Salud Mental* 1989; 1-2: 11-28.

* Entendemos que el Consejo Nacional del CMP viene realizando gestiones en este sentido.

- 7) **Ortiz CP.** El sistema de la Personalidad. Orión, Lima. 1994.
- 8) **Selye H.** Le Stress de la vie. Le problème de l'adaptation. Gallimard Editions. Lagny-Sur-marne. 1962.
- 9) **Engel GL.** The Clinical Application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137: 535-44.
- 10) **Ortiz CP.** El componente moral de la personalidad. Revista Epistemología, UNMSM. 1997.
- 11) **Calhoun JB.** Population Density and Social Pathology. Scientific American 1962; 206(2): 139-48.
- 12) **Perales A, Sogi C, Bernal E, Frisancho D, Arevalo J, Pedersen D, Tejada K.** Conocimientos, Opiniones y Actitudes de los Médicos frente a la Medicina Tradicional en tres ciudades del Perú. II Congreso de Medicinas Tradicionales. Area de Integración. Lima, 1988: 115-35.
- 13) **Organización Panamericana de la Salud.** Las condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica N° 569. División de Salud y Desarrollo Humano / Programa Análisis de Situación de Salud. Washington DC 1998.
- 14) **Piscoya J.** Acreditación de Facultades de Medicina y su Impacto en la Formación de Recursos Humanos en Salud. An Fac Med 1998; 59(3): 232-43.
- 15) **Perales A.** Crisis en la profesión médica de Lima Metropolitana. Acta Herediana. Segunda Época 1992; 13: 88-94.
- 16) **Jones M.** The Therapeutic Community Basic Books. New York. 1953.
- 17) **Perales A.** Problemas de comunicación en el equipo psiquiátrico. Rev Sanidad FFPP 1986.
- 18) **Escardo F.** Moral para médicos. EUDEBA. Editorial Universitaria de Buenos Aires 1970.