

Las grandes paradojas de la medicina actual (V)*

Dr. Francisco Kerdel Vegas

Individuo de Número

70ª Paradoja: Reducción del daño vs. eliminación del mismo.

Existe un moderno movimiento encaminado en esa dirección, la de “reducir el daño”, especialmente en lo que se refiere al abuso del consumo de drogas que tiene efectos deletéreos sobre la salud.

Esta nueva posición en vez de definir el consumo de drogas como una enfermedad o una concesión de carácter moral, ensaya una opción humana y práctica a la vez, tratando de ayudar a los adictos a entender los riesgos en que incurren y que de esta manera puedan tomar sus propias decisiones y fijar sus propios objetivos.

La experiencia acumulada en los Países Bajos por el Instituto Jellinek (así bautizado en honor de E. M. Jellinek, experto norteamericano en alcoholismo) analizadas cuidadosamente en el libro editado por Marlatt, dejan mucho que pensar y su crítica a la estrategia en boga de “tolerancia cero” en la guerra contra las drogas, lo llevó a proclamar que, tolerancia cero + compasión cero = cero.

71ª Paradoja: Productos farmacéuticos naturales vs. fármacos sintéticos.

La historia reciente nos enseña como ambas estrategias son ampliamente utilizadas por la industria para proveer un mercado siempre hambriento de nuevos medicamentos para enfermedades contra las cuales con anterioridad carecíamos de armas demostradamente efectivas, o bien de nuevos

fármacos más efectivos que los actualmente en uso.

No hay dudas de que la medicina tiene mucho que ganar de ese gran depositario de la biodiversidad que es la naturaleza. Lo que generalmente sucede es que la estrategia de producir un fármaco sintéticamente (y con frecuencia a un menor costo) ocurre como consecuencia de su identificación en la naturaleza y haya sido comprobada su acción medicinal.

Los productos farmacéuticos actualmente en uso vienen en buena parte de especies salvajes. En EE.UU cerca de una cuarta parte de todas las prescripciones médicas son sustancias extraídas de plantas. Otro 13 % se originan de microorganismos y 3 % de animales. Increíble pero cierto, que nueve de cada diez fármacos se originaron en organismos. La venta, sin prescripción (de libre venta al público), se estimó en 1980, en unos 20 millardos de dólares y en 84 millardos en escala mundial.

A pesar de su obvio potencial, solamente una diminuta fracción de la biodiversidad ha sido utilizada en medicina. La estrechez de la base se ilustra por la predominancia de los hongos ascomicetos en el control de enfermedades bacterianas. Aunque sólo se han estudiado treinta mil especies de ascomicetos, y ellos componen el 2 % de la totalidad de las especies conocidas, han proporcionado ya el 85 % de los antibióticos actualmente en uso.

La bioexploración es el estudio de esa biodiversidad en la búsqueda de esos recursos naturales potencialmente útiles.

Aquellos países que todavía tienen en su territorio una proporción significativa de selva tropical húmeda, como es el caso de Venezuela —con la

(*) Esta serie se inició en el número 1 del año 2004 (Gac Méd Caracas. 2004;112(1):15-31).

mayor parte de la cuenca del Orinoco y parte de las cuencas del Amazonas y Esequibo—, tienen además de una singular riqueza potencial, una ineludible responsabilidad por conservarla y con ella los ecosistemas que albergan una cantidad de especies de fauna y flora, cuyas posibilidades terapéuticas todavía permanecen casi totalmente vírgenes a la investigación científica.

Dada la escasa capa vegetal de esa parte del mundo, sabemos de antemano que si se permite talar los árboles para explotar la madera y dedicar la tierra a la ganadería o a la agricultura, no tendrán sino una productividad aceptable sino para contadas cosechas (al contrario de lo que sucedió generaciones atrás en los países de tierras templadas, lo que permitió una explotación agrícola mantenida); por ello esa alternativa, aunque tentadora en el presente tiene un futuro económico muy limitado.

Esa es la razón por la cual muchas organizaciones no-gubernamentales, se han dedicado con entusiasmo a tratar de convencer a los gobiernos de los países que aún mantienen segmentos importantes de la selva tropical, que existen otras alternativas, que combinando inteligentemente el ecoturismo, la bioexploración, y tal vez en un futuro próximo, intercambios de tierras vírgenes por créditos de carbón (una de las estrategias propuestas por los conservacionistas para disminuir el calentamiento del planeta), puede resultar más provechoso que la tala de esos bosques y que la agricultura (de un éxito fugaz) que pueda plantarse en los terrenos así obtenidos.

Según las cifras de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Venezuela todavía tiene 457 000 Km² de bosques tropicales, casi la mitad de su territorio, pero el futuro no se visualiza despejado ya que con una tasa de deforestación (1980-1990) de 5 990 Km² por año, lo que representa un porcentaje de 1,31 por año (superior a los de Bolivia con 1,16; Brasil con 0,90; Colombia con 0,68; y Perú con 0,40; y menor tan solo que Ecuador con 1,98; entre los países amazónicos), nuevamente nos colocamos desfavorablemente en un área tan crítica, aun entre los países de la región, todos acosados por las mismas tentaciones y miopía en sus políticas públicas conservacionistas.

Es oportuno recordar que debemos evitar lo ocurrido en las zonas templadas, ya que en gran parte de nuestro territorio carecemos —como ya se ha explicado— la opción de revertir la utilización de

la tierra en el futuro. Más del 60 % de los bosques de la zona templada se perdieron frente a la tala, para proporcionar tierras para la agricultura (lo mismo que 45 % de la selva tropical húmeda y 70 % de la selva tropical seca).

La buena noticia respecto a estas negativas realidades es que las organizaciones no-gubernamentales (las llamadas NGO, utilizando el acrónimo de inglés) se han hecho más creativas y han diseñado programas para obtener donaciones destinadas a comprar la deuda comercial de los países (con frecuencia países del Tercer Mundo, fuertemente endeudados, algunos al borde de la insolvencia), con importantes descuentos, y dedicar los fondos así obtenidos a comprar tierras y convertirlas en reservas, educación ambiental y mejorar el manejo de las reservas ya existentes. Países como Bolivia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, México, Madagascar, Zambia, Filipinas y Polonia, han favorecido este tipo de estrategias, llegando a acuerdos para implementarlos.

Nuevamente y desafortunadamente es evidente que en Venezuela vamos a la zaga en desarrollar estrategias conservacionistas como las aquí destacadas.

Hace aproximadamente un año (mayo 2002) visité en sus oficinas de Washington, D.C. al doctor Richard Rice, economista ecológico y arquitecto del programa de concesiones para la conservación, llamadas “*warp-speed conservation*” llevadas a cabo por la organización ‘*Conservation International*’, para la cual trabaja, con el objeto de enterarme de los detalles de ese programa, tal como apareció descrito en la revista ‘*Scientific American*’ de mayo de 2002, pudiendo comprobar los adelantos de dichas ideas y su exitosa implementación en el vecino país de Guyana.

En base al éxito de este tipo de visión realista del problema, los propietarios actuales de las tierras con selva tropical (trátase de gobiernos o particulares) podrán determinar si sus intereses económicos quedan favorecidos llegando a este tipo de acuerdos, y además servir a la causa de la conservación, de importancia capital para el futuro de nuestra especie.

Hace más de dos décadas el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT) conoció de las ideas del bioquímico británico doctor Conrad Gorinsky (hijo de un inmigrante polaco y la hija de un cacique amerindio de la zona del Rupununi en Guyana y educado en

Inglaterra), recomendado por el entonces embajador de Venezuela en la Gran Bretaña, doctor Juan Manuel Sucre Trías, respecto al desarrollo de la nueva disciplina, la etnobotánica, basada en la tradición oral de los amerindios, transmitida de generación a generación, referente a indicaciones médicas de ciertas plantas, disciplina en la cual tenía especial competencia. La visita propiciada por el organismo oficial, para establecer un programa cooperativo de investigación en esa nueva e interesante área para Venezuela, fue interrumpida abruptamente, sin que el invitado fuese informado de las razones para llevarla a su fin de esa manera. Todo ello hace sospechar del complejo que tenemos para sentarnos a negociar y lograr que de una mesa de negociación, inteligentemente manejada, salgan acuerdos ventajosos para ambas partes. Tal vez la falta de experiencia que tenemos y pasadas negativas transacciones, todo ello sustentado siempre en la supuesta riqueza petrolera que nos transformó en un país rentista, carente de creatividad e iniciativas, nos hayan creado esa psicología negativa que paraliza toda acción creadora.

72ª Paradoja: La sabiduría acumulada de la medicina vs. la sabiduría de las ciencias básicas que la nutren.

Aquel que es un día más viejo que tú es un día más sabio.

Aunque el componente científico de la medicina, derivado de los conocimientos e innovaciones de la investigación científica de las ciencias básicas (especialmente bioquímica, biofísica, biología molecular, inmunología y genética), y le han dado al médico unas herramientas formidables y un prestigio de infalibilidad a sus estrategias terapéuticas, no hay que llamarse a engaño, ya que en esencia la investigación científica como bien lo señaló Sir Meter Medawar es el “arte de lo soluble”, es decir, al arte de lo que puede resolverse y es fácil imaginar que los “insolubles” (lo que no nos está dado resolver) constituye si no la mayor parte de los problemas, al menos aquellos de más profundidad y alcance, entre ellos el origen de la vida, el más allá, el sentido de la existencia humana y muchos otros que forman la sustancia de la filosofía y de las religiones.

La medicina, tiene la gran ventaja sobre las demás ciencias, en que es más antigua, y marcada desde los tiempos de Hipócrates por un hilo conductor determinante, está menos tentada a caer en el dogma

contagioso del potencial todopoderoso de la ciencia que ha permeado gradualmente la sociedad contemporánea y cegado momentáneamente su capacidad de comprensión de las limitaciones reales de su acción.

73ª Paradoja: Síntesis vs. análisis en el pensamiento médico.

En cierta forma esta paradoja representa lo que en una escala filosófica, que abarca todas las esferas del pensamiento humano, lo que a un nivel reduccionista, es el pensamiento médico general (como podría ser el del médico de familia y lo es actualmente el del médico internista, más rigurosamente formado intelectualmente), comparativamente con los especialistas, con una visión todavía más reducida.

74ª Paradoja: Medicina rural (y tropical) vs. medicina comunitaria de los barrios.

Hasta hace tan sólo una generación la población de Venezuela era mayoritariamente rural y como tal expuesta a aquellas enfermedades llamadas tropicales porque prevalecen en los climas cálidos a... grados al norte y al sur del ecuador (mayoritariamente infecciosas y parasitarias).

Con la creciente urbanización del país, fenómeno común a todos los países del Tercer Mundo, pero especialmente pronunciado en Venezuela, (con un 9 % de la población viviendo en ciudades), el problema de la asistencia médica rural se ha transformado, al menos parcialmente, al de asistencia médica en los barrios de las grandes ciudades, acordonadas como están por barrios de “ranchos”, que surgieron de invasiones a tierras desocupadas o cerros vecinos (como en Caracas), sin planificación, ni servicios de ningún tipo, y que hoy en día representa un porcentaje apreciable de la población del país.

75ª Paradoja: Nuevas enfermedades de etiología conocida vs. etiologías nuevas y poco comprendidas.

Caso típico, con vigencia actual, es la llamada “enfermedad de las vacas locas” y su relación con la enfermedad de Creutzfeld-Jacob en humanos.

76ª Paradoja: Enfermedades por carencia vs. enfermedades por afluencia.

“Si es necesario hacer una escogencia, las comidas

gratis en la escuela son más importantes a la salud de los niños pobres que los programas de inmunización, y entre ambos son más efectivos que las camas de hospital”.

Thomas McKeown, 1979.

Con los modernos medios de transporte, hambrunas como se registraron en el pasado y causaron la muerte de miles y hasta cientos de miles y millones de personas, son de difícil ocurrencia en el futuro. De modo que este tipo de catástrofe por privación de alimentos de toda una comunidad y de suficiente duración como para ocasionar muertes y malnutrición, lo que a su vez puede ser un factor importante en favorecer enfermedades infecciosas intercurrentes, es un fenómeno del pasado y por tanto conciernen a la historia, al menos en la mayor parte de los países del mundo (todavía se registran casos aislados como en Bangladesh, Etiopía, Somalia y en los países del Sahel en Africa subsahariana, que han recibido asistencia internacional efectiva casi inmediata). Históricamente se recuerda la hambruna en Irlanda en los años de 1840 debido a la pérdida de la cosecha de papas, lo que determinó un fenómeno migratorio significativo.

La desaparición de este tipo de desastres se debe sin duda a mejor distribución de alimentos, consecuencia a su vez de mejor y más rápidos medios de transporte. Está bien establecido que esa mejor nutrición humana —en cantidad y calidad, incluyendo proteínas de origen animal—, se ha traducido con el tiempo en un aumento de la talla y de la fortaleza física de poblaciones enteras, y es frecuente invocar la sorpresa de los turcos (durante los combates en Gallipoli en la I Guerra Mundial) al comprobar la diferente estatura entre los combatientes ingleses (provenientes de las ciudades congestionadas debidas al desarrollo industrial desbocado) y los australianos y neozelandeses (con los mismos ascendientes, pero bien alimentados con carne ovina y bovina).

Pero así como podemos afirmar que la muerte por hambre es un fenómeno raro en estos tiempos, la pobreza ubícuca en los países del Tercer Mundo es la causa principal de un gran número de problemas de salud que pueden agruparse bajo los rubros de malnutrición y desnutrición.

La malnutrición se define como una alimentación no balanceada por el predominio de unos principios inmediatos y la escasez de otros por debajo de los límites necesarios para suplir las necesidades del organismo.

Carencias especiales son las avitaminosis, o mejor aún hipovitaminosis, pues por lo común no se trata de una ausencia total sino parcial, y producen enfermedades tales como el escorbuto (carencia de vitamina C), la osteomalacia (carencia de vitamina D), la pelagra (carencia de ácido nicotínico), etc.

Un caso extremo de desnutrición es el *Kwashiorkor*, síndrome debido a una deficiencia proteica intensa, caracterizado por edema, alteraciones pigmentarias de la piel y del pelo, alteraciones hepáticas, abdomen distendido, y se observa principalmente en niños pequeños. A primera vista, el edema puede confundirse con exceso de peso y los cambios de la pigmentación en piel y cabello (hacia un tono rojizo) dan un aspecto saludable, que puede engañar a quien desconoce estas realidades.

El sistema metabólico humano llega a resistir grados extremos de privación de alimentos, como pudo comprobarse masivamente en los campos de concentración nazistas durante la II Guerra Mundial, y es necesario realimentar progresivamente a quienes sufren de tal tipo avanzado de desnutrición. Recuerdo que los hermanos médicos y especialistas en nutrición de Africa del Sur, Joseph y Theodore Gillman, previendo lo que podía suceder al liberar a los prisioneros de los campos de concentración, y alimentarlos sin control, complaciendo peligrosamente a estos prisioneros con cuerpos emaciados, escribieron una carta a los líderes de las democracias occidentales, alertándolos del peligro potencial en puertas.

Desafortunadamente, al no extremarse los cuidados y controles al respecto, se dieron muchos casos de muerte rápida producida por el exceso de alimentos, en hombres, mujeres y niños acostumbrados por meses y años a raciones de hambre. Es algo semejante a lo que ocurre al cambiar radicalmente el octanaje de la gasolina a un automóvil.

En algunos casos el problema de malnutrición es más que un problema económico (extrema pobreza), un problema de orden cultural.

Las carencias son más graves durante el embarazo de las mujeres y en la infancia, ya que pueden determinar problemas graves en el desarrollo, con secuelas permanentes, de allí la importancia de los programas de adecuada nutrición en los niños.

El otro extremo, el exceso de ingesta nutritiva, producido por la abundancia o afluencia, y caracterizado por un excesivo peso corporal a

expensas del acúmulo de tejido adiposo, se está dando masivamente en los países industrializados del norte, especialmente en Estados Unidos, y ocasiona el exceso de peso y en su grado máximo, la obesidad, que está afectando, según recientes estadísticas, al 61 % de la población de ese país.

Antropométricamente se habla de obesidad cuando el índice de masa corporal (peso en kilogramos/talla en metros cuadrados) supera los 30 kg/m².

La obesidad se ha convertido en uno de los más graves problemas de salud pública en años recientes.

77ª Paradoja: Enfermedades ambientales vs. enfermedades de la civilización.

Nada es nuevo bajo el sol, dice un viejo adagio, y para comprobarlo el siguiente párrafo:

“Vivimos hoy en día en un mundo profundamente dedicado a las cosas materiales como fue el mundo romano tardío. Por ejemplo, los romanos del siglo IV estaban obsesionados con la salud, la dieta y el ejercicio. Pasaban más parte del tiempo en baños y clubes de salud que en las iglesias, templos, bibliotecas o tribunales de justicia. Estaban consagrados al consumo. Un hombre podía construir su reputación gastando más que el vecino, aun si tenía que pedir dinero prestado para lograrlo. Y, si no podía pagar a sus acreedores, se le honraba por haber hecho un intento noble para figurar en el mundo... Estaban emocionados por los viajes, las noticias y los espectáculos... Estaban fascinados con la fama y no les importaba cómo había sido adquirida. Si tú eras suficientemente famoso, el hecho de que podías ser un pillo o peor, era ignorado o perdonado... Los romanos se interesaban principalmente por el éxito, que interpretaban como llevar la ventaja por hoy y dejar al mañana ocuparse de sí mismo. Eran orgullosos, codiciosos y vanos. En resumen, se parecían mucho a nosotros”.

La civilización, tal como la conocieron los romanos con la llamada “pax romana”, y se disfruta hoy en día, al menos en los países industrializados y entre las clases pudientes de los países en vías de desarrollo —de allí las similitudes arriba destacadas—, con la “pax americana”, desde hace más de medio siglo, lleva consigo en ese disfrute del ocio que da la afluencia y conduce a las llamadas “enfermedades de la civilización”, entre las cuales se destaca el sobrepeso y la obesidad.

Enfermedades ambientales como la silicosis o la

asbestosis, producida por la inhalación respectiva de partículas de sílice o asbesto durante lapsos prolongados. En este grupo se pueden incluir un gran número de enfermedades profesionales. Hasta hace pocos años, tal era el caso de los no-fumadores, expuestos en sitios públicos a la inhalación del humo de cigarrillo de los fumadores. Afortunadamente hoy existe una conciencia pública al respecto, que ha determinado regulaciones cada vez más restrictivas a los fumadores, evitando así que su vicio perjudique a terceros en forma indiscriminada.

Las llamadas enfermedades de la civilización son aquellas debidas al presente estilo de vida, predominante en una buena parte de los seres humanos en los países más desarrollados y caracterizado por exceso de alimentación, falta de ejercicio corporal (y a veces, intelectual), acompañando muchas veces por consumo de tabaco, y excesivo consumo de alcohol.

Sin la menor duda, este estilo de vida adoptado por un sector importante de la población de los países afluentes, constituye la más grande agresión a la salud, susceptible de ser controlada por programas de educación sanitaria adaptados a situaciones específicas, según las culturas y peculiaridades de cada grupo y nación.

78ª Paradoja: La vejez en solitario vs. los ancianatos.

Con la disolución de la familia nuclear, acompañada de la eventual desaparición del servicio doméstico, los viejos, muchos de ellos viudos (de uno y otro sexo), ya que es imposible coordinar la muerte simultánea en parejas, terminan pasando los últimos días de su vida en solitario, o en esas residencias de viejos o ancianatos, una tragedia adicional al “naufragio” que representa la vejez.

Desde el punto de vista psicológico la soledad es una amenaza potencial que afecta a cada ser humano y que se hace más real a medida que aumenta en edad. Aun en países con una seguridad social avanzada como España, no encuentran soluciones adecuadas al problema, por ejemplo en Madrid viven 132 595 personas mayores de 64 años en la más absoluta soledad, de ellas unas 50 000 han superado los 80 años.

Pero es que la vejez pronunciada es en sí misma una enfermedad, o más propiamente, una polidolencia, ya que los sentidos van disminuyendo progresivamente su normal acuciosidad, y los

llamados “achaque de la vejez” son síntomas y signos de la incapacidad e insuficiencia de los diferentes órganos, aparatos y sistemas de que se compone el cuerpo humano. Todos desde luego no ocurren al mismo tiempo, ni con idéntica intensidad, y dependiendo de cada persona, fallan unos primero que los otros, sin que haya en ello un predeterminado orden o concierto, sin tomar en cuenta las patologías que pueden surgir, intercurrentes, en cualquiera de ellos, en cualquier momento. Tal como supuso Descartes, en su simplificación y comparación de nuestra anatomía y fisiología con una máquina, en la cual al descomponerse una pieza, el todo deja de funcionar adecuadamente.

Por ello los problemas de la edad proveya, además de sociales son médicos y a la postre recaen sobre los profesionales de la medicina sus soluciones, paliativas como necesariamente lo son, pues estamos muy lejos de descubrir el elixir de la juventud o algo parecido, a pesar de las promesas y “encantamientos” que nos ofrecen, entre otras, las clínicas suizas con sus inyecciones de células de ovejas y parecidos procedimientos, sin base científica alguna. En el mejor de los casos corrigiendo nuestro estilo de vida (peso ideal, ejercicio, dieta adecuada, abstinencia de tabaco, moderación de alcohol, etc.) podemos aspirar a mantener cierta calidad de vida por unos pocos años más, pero hasta allí... en lo que honestamente podemos prever en los inicios del siglo XXI; lo demás no pasa de ser ciencia-ficción, o más concretamente (un estilo *in crescendo*), medicina-ficción. Los implantes pueden —y de hecho lo hacen— reemplazar con éxito componentes esenciales; el cristalino opaco con cataratas es un ejemplo; el implante coclear para la audición; o bien una articulación con artrosis (la cadera, rodilla u hombro); y los materiales con que se fabrican esos implantes y prótesis (en el caso de sustitución de partes del esqueleto), son cada vez más sofisticados con una vida que excede muchas veces la que puede restarle al paciente. Los trasplantes (especialmente riñón, pero también de hígado, corazón, pulmones, médula ósea, córnea, hueso y hasta islotes pancreáticos), los injertos de tejidos u órganos (piel, grasa, fascia, cartílago, hueso, etc.), y la promesa de los que pueden llegar a significar los injertos de células madre en diferentes órganos y tejidos manifiestamente “insuficientes”, son soluciones parciales, que pueden prolongar la vida útil de un determinado paciente, pero lamentablemente hasta el momento de escribir estas líneas existe un

pesimismo generalizado acerca de similares avances en lo que se refiere al funcionamiento del órgano central, fundamental para hacer factible un mínimo de calidad de vida... el cerebro humano.

La vejez por sí sola, como ya hemos insinuado, es una enfermedad y el hecho de que se haya desarrollado una especialidad médica, la gerontología, para estudiar y ocuparse del envejecimiento normal, así lo pone de manifiesto.

La sociedad contemporánea, y especialmente en los países industrializados, ha aumentado cada década el promedio de vida de su población (lo que desde luego tiene un límite superior que aparece bastante inflexible), y ello, conjuntamente con una disminución del índice de natalidad, traerá como consecuencia inexorable un considerable aumento de la población de ancianos.

Las residencias para ancianos o ancianatos no resuelve toda la problemática emocional del anciano, ya que lo ponen en contacto con gente de su generación (la inmensa mayoría gente desconocida hasta ese momento), es verdad, pero por otra parte lo aíslan y separan de su familia, que lo vienen a visitar regular u ocasionalmente cuando sus trabajos y obligaciones lo permiten. Es además una manera costosa de resolver el problema, que no todos los grupos familiares y bolsillos pueden absorber.

79ª Paradoja: Amistad terapéutica vs. comercialización y medicina defensiva.

Por amistad terapéutica (“*therapeutic friendship*”) entendemos la relación de afecto o de amistad que puede establecerse entre médico y paciente y que contribuye sustancialmente al éxito del acto médico. Produce en el médico un mayor interés, empatía, e incluso inquietud, por ayudar a su paciente a encontrar las soluciones adecuadas a los problemas de salud que puedan afectarlo, y en el paciente la confianza indispensable para seguir disciplinadamente el tratamiento indicado y los consejos sugeridos.

Esta relación es fundamentalmente opuesta a la de la comercialización de la medicina, que concibe el acto médico como una mera actividad de servicios, que se intercambian mediante un pago de dinero. La actividad médica no puede ni debe entenderse como una simple actividad económica. La experiencia multiseccular acumulada pone en evidencia que quienes ejercen la medicina teniendo tan sólo en mente ganancias materiales, terminan despreo-

cupándose por los verdaderos intereses del paciente y ello puede conducir tarde o temprano a la mala práctica médica.

La medicina defensiva (*defensive medicine*) es una manera de ejercer la medicina que intenta evitar denuncias por mala práctica médica. Para conseguirlo es frecuente que ocurra a un número excesivo e innecesario de exploraciones y exámenes de laboratorio (cuando ya se tiene un diagnóstico razonable preciso), lo que evidentemente ocasiona un aumento innecesario del costo del acto médico y es causa de la pérdida de confianza del paciente por su médico tratante.

80ª Paradoja: La sabiduría del cuerpo vs. la estupidez del cuerpo.

La “sabiduría del cuerpo” ha sido el título utilizado por varios escritores médicos para sus libros, reflejando con ello su admiración, ampliamente justificada por la precisión, dentro de una gran complejidad, con que funcionan sus mecanismos regulatorios interiores.

Por ejemplo, el ritmo respiratorio de aproximadamente 16 respiraciones por minuto; o el ritmo cardíaco que puede fluctuar entre 60 y 100 pulsaciones por minuto; o la temperatura corporal de 36,5 a 37,5 grados centígrados (según se tome en la piel o en la mucosa bucal o rectal); o la presión arterial sistólica entre 12 y 14 cm/Hg y presión diastólica entre 6 y 8 cm/Hg; y así sucesivamente cientos de otros valores constantes con fluctuaciones mínimas, que permiten mantener complejos equilibrios corporales y la homeostasis (equilibrio en la composición del medio interno del cuerpo, regulada por los sistemas endocrino y nervioso).

Ese título ha sido también utilizado por el escritor médico y profesor de cirugía de la Universidad de Yale, Sherwin B Nuland, en su libro divulgativo sobre la medicina, “La Sabiduría del Cuerpo”. El mismo título ha sido utilizado reiterativamente por notables científicos médicos. Por Ernest Starling (1866-1927), como título de la prestigiosa oración “William Harvey” del Colegio Real de Médicos de Londres en 1923; por Walter B Canon (1871-1945), profesor de fisiología de Harvard, en 1932, en otro libro seminal, ampliamente conocido por haber acuñado el término homeostasis para esa extraordinaria autorreguladora del cuerpo humano; y por Sir Charles Sherrington (1857-1952) en las doce conferencias Gifford pronunciadas en la

Universidad de Edimburgo en 1937-1938.

Sin embargo esa sabiduría tiene también sus limitaciones, que son como excepciones a la regla, y que fueron denominadas por el médico investigador, recientemente desaparecido, Marcel Roche (1920-2003), como “la estupidez del cuerpo”. Allí incluía, un observador agudo como Marcel, el grupo de las llamadas “enfermedades autoinmunes”, donde hay una reacción anómala contra elementos constituyentes de sus propios tejidos que da lugar a procesos patológicos que afectan la salud de las personas.

81ª Paradoja: La investigación científica utilizando células madres vs. fetos.

La esperanza de poder utilizar células madres o troncales (*stem cells*) para la reconstrucción de tejidos, órganos, sistemas o aparatos del cuerpo humano, dañados, insuficientes o decrépitos, parece ser una posibilidad real y al alcance de la tecnología que disponemos.

Tal, por cierto, era el fundamento de la terapia celular con células de oveja, del médico suizo Paul Niehans (1882-1971), que se hizo famoso con sus tratamientos de rejuvenecimiento (a quien se atribuye haber curado al papa Pío XII de un hipo persistente), sin que su procedimiento tuviese basamento científico pues se trataba de células de otra especie, y como tal identificadas y rechazadas e imposibilitadas de sobrevivir o llegar a cumplir cualquier función útil, en un medio hostil y eventualmente letal, tan pronto fuesen trasplantadas a un ser humano.

Ante la interesante evidencia del potencial terapéutico de esas células madre, y los problemas éticos que puede suscitar la utilización de embriones humanos (desde la implantación del blastocito en la mucosa uterina hasta la octava semana), o bien de fetos (desde las ocho semanas hasta el nacimiento), para procurarlas, se ha iniciado un gran debate al respecto y los gobiernos de los diferentes países buscan orientación entre los científicos, bioeticistas y juristas para establecer nuevas normas que regulen la utilización de esas células, ya que su indebido comercio podría dar lugar a abortos criminales para así obtenerlas.

Aunque es un terreno movedizo, hay un cierto acuerdo de que la fuente menos problemática es la de los miles de embriones que, provenientes de tratamientos de reproducción asistida, se conservan

congelados en nitrógeno líquido.

La legislación vigente en algunos países (entre ellos España) sólo permite la investigación con embriones humanos de menos de 14 días siempre que estos no sean viables.

Por otra parte es necesario establecer pautas bien regladas referente al tiempo máximo durante el cual un embrión congelado mantiene su viabilidad y potencial intactos, ya que sabemos de efectos negativos de la congelación prolongada. En España hay embriones congelados (los obtenidos adicionalmente en las técnicas de reproducción asistida) desde hace 15 años. En Gran Bretaña se ordenó la destrucción de embriones (de fuentes similares) con más de 5 años, lo que produjo protestas de los sectores católicos. ¿Por cuánto tiempo pueden mantenerse congelados? ¿Cuál es el tiempo óptimo de congelación? ¿Por qué podemos congelar con éxito los espermatozoides y los embriones y no así los óvulos? ¿Quién o quiénes son los “propietarios” de esos embriones? ¿Deberán donarlos legalmente para poder ser utilizados en investigación científica?

Es evidente que es un campo donde todavía hay numerosas incógnitas por despejar y la insinuación que las comisiones que por indicación de diversos gobiernos estudian las múltiples implicaciones de este tipo de investigación, de “priorizar la experimentación con células madre de origen animal”, está llena de sensatez.

Es conveniente recordar que un buen número de los descubrimientos que se han hecho en ese campo de la fertilidad humana, se realizaron a consecuencia de trabajos de investigación en ovejas, financiados por los industriales de la lana (especialmente de Australia).

Actualmente existe una “moda” (es difícil predecir si tendrá larga vida) de congelar la sangre del cordón umbilical extirpado en el recién nacido, con objeto de preservar las células madre que contenga, que puedan ser utilizadas más tarde por la misma persona, si a lo largo de la vida necesita de ellas. Todo ello a un costo elevado, para mantener la congelación óptima. Aquí se plantea de nuevo la misma pregunta, acerca del lapso de segura viabilidad de estas células congeladas, ya que, sí como se piensa en la actualidad, es limitado, tendrá poca aplicación a sus dueños, que posiblemente llegarán a necesitarlas al final de sus vidas.

La obtención de tejido fetal, y la tentación de abortos criminales para obtenerlo, ha disminuido al

difundirse el conocimiento que lo que cuenta son las células madre y que hay otras fuentes más convenientes y menos problemáticas.

82ª Paradoja: Control de la natalidad y planificación familiar: método natural vs. métodos anticonceptivos artificiales.

Por planificación familiar se entiende el control de la natalidad mediante el empleo de métodos contraceptivos destinados a permitir a las parejas decidir de forma responsable sobre el número de hijos que desean tener.

El método natural se basa en síntomas indicativos de fertilidad en la mujer (moco cervical o método de Billings publicado en 1970, temperatura, otros síntomas menores); correctamente practicados, tienen una eficacia muy alta, estimada por la OMS en un 98 %.

El más conocido es el método de Ogino-Knaus (descrito simultáneamente por el médico japonés Ogino y el médico austríaco Knaus), que es un método natural de control de la natalidad, basado en el conocimiento de los días de fertilidad de la mujer. Precizando el día de la ovulación (la temperatura basal sube después de la ovulación, debido a la progesterona segregada por el cuerpo lúteo) y dado que la vida media del óvulo es sólo de 24 horas y un poco más la del espermatozoide, es posible llegar a un cálculo de los días de fertilidad en el ciclo genital femenino. Al abstenerse de relaciones sexuales en los días periovulatorios es factible evitar el embarazo, sin el auxilio de métodos artificiales. Los métodos naturales son los únicos aceptados por la iglesia católica.

Los otros métodos denominados genéricamente “abortivos” comprenden cualquier método de planificación de la natalidad, incluyendo la muerte del embrión recién formado. Allí se agrupan: métodos de barrera (preservativo o condón para el hombre, diafragma para la mujer); métodos de Karman (aborto provocado en las dos primeras semanas de amenorrea mediante la aspiración endouterina).

83ª Paradoja: Formación médica teórica vs. práctica.

“Es más cierto médico el experimentado que el letrado”. (Fernando de Rojas, La Celestina, 1499).

En realidad nunca ha sido una verdadera paradoja

ya que de inicio, al menos desde la segunda mitad de la Edad Media, la medicina y la cirugía, separadas como oficios diferentes, estaban basadas en un aprendizaje prolongado al lado de un maestro reconocido, y de esta manera se aseguraba al aprendiz, tras largos años de experiencia vivida a diario, una competencia práctica en el oficio. En este particular no se diferenciaba nuestra profesión de los otros numerosos oficios que surgieron en las ciudades medievales y que formaban los gremios o corporaciones (guilds en inglés), que todavía se mantienen con sus antiguas tradiciones en Londres. De hecho los cirujanos eran parte del gremio de los barberos.

En ese entonces la gran diferencia entre los médicos y los cirujanos se basaba en la necesaria y requerida formación teórica (muy pronto captada por las nacientes universidades) de los médicos, versus su ausencia casi total en los cirujanos-barberos de la época.

Siempre me ha llamado la atención, en general, la excelente formación práctica de los estudiantes de medicina durante sus estudios universitarios formales (en hospitales, consultas externas, dispensarios, ambulatorios, medicaturas rurales, etc.) en contraste con la ausencia de semejante adiestramiento en el trabajo real en otras profesiones liberales (derecho, ingeniería, etc.), que atribuyo a esa poderosa y lógica tradición.

84ª Paradoja: Control químico de los factores de riesgo del infarto del miocardio y de los accidentes cerebro-vasculares vs. tratamiento de las enfermedades ya establecidas.

Las estadísticas son convincentes. Las enfermedades cardiovasculares (incluyendo los accidentes cerebro-vasculares o ictus) son la principal causa de muerte en Estados Unidos. Se estima que hay 62 millones de personas (en una población de 280 millones de habitantes) con enfermedades cardiovasculares y 50 millones de hipertensos. El año 2000, 946 000 muertes, o sea 39 % de todas las muertes fueron debidas a esta causa. El interés en controlar está predominante causa de morbilidad y mortalidad está siempre presente.

Dos profesores de epidemiología de la Universidad de Londres, Wald y Law, han publicado recientemente sus investigaciones al respecto, tras revisar más de 750 ensayos clínicos, metaanálisis y estudios de cohorte. Se trata de un novedoso y

ambicioso concepto de medicina preventiva destinado a evitar este grupo de enfermedades degenerativas, las más frecuentes en el adulto maduro y en la llamada tercera edad, concretamente, las enfermedades isquémicas del miocardio y los accidentes cerebrovasculares.

Para quienes, con cierta razón, se quejan de la ausencia de “nuevos milagros médicos” en las últimas dos décadas, tal vez sea una sorpresa leer el editorial, y los tres trabajos científicos allí publicados por el *British Medical Journal* (BMJ) del 28 de junio de 2003, donde los autores expresan una atrevida afirmación al pretender que la estrategia preventiva de esas enfermedades mencionadas constituye, “el más grande impacto en la prevención de la enfermedad en el mundo occidental que cualquiera otra intervención conocida”.

Por su parte el editor del BMJ, una de las revistas médicas más serias y reputadas del mundo, doctor Richard Smith, no vacila en afirmar, “es quizás más de 50 años desde que hemos publicado algo tan importante como el grupo de trabajos de Nick Wald, Malcolm Law y otros... Ellos argumentan de manera convincente que una píldora con seis ingredientes puede prevenir 80 % de los ataques cardíacos (u otros eventos causados por enfermedad isquémica del corazón) y de los accidentes cerebrovasculares. Cualquier persona con enfermedad cardiovascular podría tomar la píldora, y asimismo todas las personas después de los 55 años—sin ninguna investigación previa”.

Como se trata de enfermedades que eventualmente matan o dejan severamente incapacitada a la mitad de la población de los países desarrollados, sí la estrategia propuesta por los autores puede ser masivamente validada, en efecto podemos estar en presencia de un nuevo y provisor “milagro médico”.

Si como ha sucedido en el pasado —por ejemplo, con la terapia hormonal de reemplazo en las mujeres posmenopáusicas—, los resultados posteriores no comprueban las expectativas puestas en la estrategia mencionada, tendremos razones adicionales para sospechar del método estadístico empleado.

El concepto detrás de la estrategia propuesta está basado en una lógica racional y simple. Si conocemos, como en efecto conocemos, los principales factores de riesgo de estos dos procesos que afectan al corazón y al cerebro, y disponemos de fármacos que pueden controlar esos factores y mantenerlos dentro de niveles normales, porque no

combinarlos, en dosis apropiadas (que resultaron menores que las habitualmente indicadas), para prevenir estas enfermedades tan difundidas en la población de gente con más de 55 años.

Esta proposición de suyo simple, necesitaba para ser comprobada de una serie de estudios serios, como son los emprendidos y ahora publicados por los profesores Wald y Law, y dada su experiencia y previos logros, tienen en el mundo científico un alto grado de credibilidad.

La famosa “píldora” (o polipíldora) propuesta tiene seis ingredientes: una estatina, tres fármacos para bajar la presión arterial (una tiazida, un betabloqueador y un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina, cada uno a mitad de la dosis estándar), ácido fólico y aspirina.

Según los autores una tercera parte de quienes tomen diariamente la píldora (llamada Polypill), a partir de los 55 años se beneficiarían del tratamiento, ganando un promedio de 11 años de vida, supuestamente libres de infartos del miocardio y de accidentes cerebrovasculares. Los efectos secundarios acumulados de este régimen son menores y sus síntomas pueden presentarse en un 8 % a 15 % de los casos tratados.

¿Podemos en verdad regular con químicos y en forma continua los factores críticos de los cuáles dependen estas enfermedades?

¿Se trata de una nueva edición de la “bala mágica” de Paul Ehrlich (1854-1915)?

La proposición es tentadora y según se informa en estos artículos científicos, es viable desde el punto de vista económico, ya que la mayor parte de los ingredientes de la píldora tienen vencidas sus respectivas patentes. El terreno está pues abonado para que un fabricante de productos farmacéuticos genéricos produzca la píldora en grandes cantidades y a precios razonables.

¿Mantendrán esos fármacos, en la dosis indicada, su efecto terapéutico a lo largo de años de administración continua?

¿Dejarán de desarrollarse fenómenos de intolerancia y efectos secundarios a esos medicamentos?

La contrapartida, que es esperar a que aparezcan las enfermedades, con sus signos y síntomas, y sus desagradables y costosas consecuencias, deja de tener vigencia, tan pronto se compruebe la veracidad de la estrategia planteada por los científicos británicos.

Debido a la magnitud e importancia del planteamiento no abrigo dudas de que a breve plazo tendremos información complementaria y que los gobiernos de las naciones soberanas, y sin duda los organismos internacionales de la salud, deberán pronunciarse al respecto, facilitando la distribución de la píldora a la población de mayores de 55 años, pues es precisamente ese grupo etario, digamos entre 55 y 75 años, que tiene un significativo valor económico para las naciones, pues el trabajo y experiencia, de ese grupo etario, gozando de plena salud, son un factor importante para la prosperidad de un determinado país.

Tal como era de esperarse, casi de inmediato, y utilizando el moderno mecanismo de respuestas “rápidas” por la vía de Internet que ha puesto en práctica el BMJ, llovieron comentarios a la afirmación de los autores del artículo de marras (11 de ellos para el 27/06/03), la mayor parte expresando serias dudas a la metodología empleada. Es obvio que la última palabra al respecto no se ha dicho y que pasarán años antes de que realmente podamos juzgar objetivamente la validez y verdadera significación de la estrategia propuesta. Entre tanto es lógico suponer que habrá una seria controversia entre quienes favorecen y antagonizan la estrategia propuesta.

A título anecdótico no puedo dejar de recordar la opinión que le merecía el final de la vida a uno de mis queridos maestros en New York University, el dermatólogo venezolano Juan Larralde, y cuando fui a visitarlo al hospital donde se recuperaba de un infarto del miocardio, lo encontré de muy buen espíritu y sonreído me comentó la razón, “es que ya sé de que mal voy a morir y es el menos malo de todos ellos”. Francamente no sé si de estar vivo hubiese celebrado la noticia comentada.

Las consecuencias previsibles del tal estrategia, si sus premisas resultan ser válidas, pueden significar una mayor longevidad del promedio de la población, y que la morbilidad y mortalidad de la tercera edad se concentre en el cáncer y enfermedades degenerativas del sistema nervioso central (enfermedades de Parkinson y Alzheimer). Tal perspectiva es muy poco halagadora por cuanto no tenemos todavía respuestas adecuadas a esos problemas, a pesar de los ingentes esfuerzos realizados.

85ª Paradoja: Hygieia vs. Asclepius.

Se afirma —y con razón—, que no hay nada

nuevo bajo el sol, y los mitos de la antigüedad griega sobre los dioses Hygieia y Asclepius y la “oscilación sin fin” entre los dos diferentes puntos de vista en medicina representados por ellos, así lo evidencia.

Para los seguidores de Hygieia, la salud es el orden natural de las cosas, un atributo positivo para quienes gobiernan sabiamente sus vidas. La función primordial de la medicina es descubrir y enseñar las leyes de la naturaleza que le aseguran al hombre un cuerpo y mente sanos.

Los seguidores de Asclepius (o Esculapio, en latín) creen que el papel esencial del médico es tratar la enfermedad, es decir restablecer la salud corrigiendo cualquier imperfección causada por accidentes de nacimiento o adquiridos durante la vida.

86ª Paradoja: Novelas médicas y novelas médicas de suspenso: divulgación de la información vs. distorsión de la misma.

Entre las grandes novelas médicas hay dos escritas por autores que fueron galardonados con el premio nobel de literatura, Thomas Mann (1875-1955), alemán, autor de “La Montaña Mágica”, a quien se le otorgó ese preciado reconocimiento el año 1929, y el norteamericano Sinclair Lewis (1885-1951), autor de *Arrowsmith*, quien recibió el premio en 1930. Ambas novelas son clásicos que reflejan aspectos fundamentales de la relación entre la medicina y la sociedad.

Otra obra de gran difusión, “La Historia de San Michel” del médico sueco Axel Munthe (1857-1949), es del género de las autobiografías.

En tiempos más recientes otro premio nobel de literatura, José Saramago (1922-...) ha escrito otro clásico, Ensayo sobre la ceguera, que nos alerta de “la responsabilidad de tener ojos cuando otros los perdieron”.

La importancia que la sociedad contemporánea atribuye al cuidado de la salud, se traduce paralelamente por una verdadera explosión del nuevo género literario de las novelas médicas de suspenso. La mayor parte de ellas escritas por médicos en ejercicio, o que por lo menos han practicado la medicina en el pasado, describen con detalle preciso la relación médico-paciente, la vida del médico, sus dudas y tribulaciones, y las técnicas de diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, lo que contribuye a divulgar entre el gran público ese tipo de información, un tanto misteriosa y arcana en un

pasado no distante.

El lado negativo de esta información así provista es que con frecuencia involucra médicos en actos inmorales o ilegales, de los cuales nuestra profesión no está —como ninguna otra— exenta, pero que son sin duda una escasa minoría. Sin embargo, tal conducta, potencialmente puede tener el efecto de establecer un cierto nivel de dudas sobre la actuación del médico y sus motivaciones, lo que a la larga degrada y erosiona una relación basada en la credibilidad y la confianza.

Pienso que en general el balance es positivo y coloca al médico en la posición enaltecida que siempre ha tenido en la sociedad, reconociendo su papel clave como instrumento fundamental en el restablecimiento de la salud del ser humano enfermo, situación esta a la cual todos, sin excepción, estamos expuestos a lo largo de nuestro periplo existencial.

El más famoso de todos los novelistas médicos es sin duda el escocés, Sir Arthur Conan Doyle (1859-1930), creador del detective Sherlock Holmes (personaje inspirado en su profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Edimburgo, el doctor Joseph Bell), y de su fiel compañero el Dr. Watson, cuyas aventuras dieron lugar a 58 novelas.

Entre los novelistas médicos contemporáneos están el autor francés, Jean Reverzy (1914-1959), los norteamericanos, Frank G Slaughter (1908-2001), William Pomidor, Stephen Bergman (quien usa el nombre de pluma, Samuel Shem), Perri Klass, Robert Marion, la egipcia Nawal El Saadawi.

En cuanto a las novelas médicas de suspenso, podemos decir que este género literario ha florecido recientemente en el medio anglosajón y sus principales cultivadores son novelistas-médicos como Robin Cook, Francis Roe, Walt McConnell.

87ª Paradoja: Medicina basada en pruebas vs. empirismo.

La medicina basada en pruebas (*evidence based medicine*) está fundamentada en un ejercicio que “sólo admite conocimientos comprobados científicamente como base para los juicios clínicos y rechaza tratamientos que, aunque se apliquen con frecuencia, carecen de razones que alegar a su favor”.

A su vez tiene su fundamento en la medicina científica y por ella entendemos la medicina basada en conocimientos teóricos sobre el hombre, su

enfermar y las peculiaridades del organismo sano y enfermo; este enfoque de la medicina se remonta a la Grecia clásica. La medicina basada en pruebas se apoya en estudios clínicos doble ciegos al azar, con un diseño que permite una objetividad ausente en observaciones casuísticas empíricas.

Desde hace una década el tema de “la medicina basada en evidencia”, que ha sido definida como, “el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual al hacer decisiones acerca del cuidado de pacientes individuales”, se ha convertido en tema de un caldeado debate sobre sus posibilidades, conveniencia y posibles consecuencias.

88ª Paradoja: El tratamiento del cáncer: cirugía vs. radioterapia vs. quimioterapia.

La problemática del cáncer es mucho más compleja de lo que se pensó hace unos años, sin embargo, después de décadas de focalización del interés público en el tema y de inversiones multimillonarias, no sólo en recursos económicos sino en los más calificados recursos humanos en investigación en esa área, podemos hacer un balance muy preliminar de lo que se ha logrado y de la situación actual.

Anualmente aparecen miles de trabajos científicos acerca de evaluaciones con los principales tres métodos destructivos de las células cancerosas, utilizados aisladamente o en diversas combinaciones.

Si alguna predicción podemos hacer con bastante posibilidad de acertar, es la que observaremos un dramático aumento de la incidencia de cáncer en las próximas dos décadas, como consecuencia directa del aumento de la edad promedio de la población.

En la reciente conferencia Wellcome en memoria del profesor Robert Thompson en la *Royal Society of Medicine* de Londres, el pasado 25 de febrero de 2003, el doctor Farol Sikora (profesor de medicina del cáncer del *Imperial Collage* y del *Hospital Hammersmith* de Londres), autoridad en esta materia, hizo interesantes aseveraciones y predicciones: los avances más promisorios vendrán de los conocimientos en rápido aumento de la biología molecular del cáncer. Al conocer mejor los objetivos precisos de los nuevos fármacos, se podrá establecer una especificidad en el tratamiento, que dejará de ser empírico y genérico y relativamente ineficiente al abarcar diversos tipos de cáncer, lo que se traducirá por mayor selectividad, menor toxicidad y administración más prolongada.

La cirugía invasiva mínima reducirá la necesidad de resección de órganos y así evitar un compromiso con la supervivencia de la persona.

Los sistemas computarizados de radioterapia, altamente sofisticados, permitirán planificar en forma precisa las radiaciones de manera de limitar su acción a la forma y extensión del tumor.

Es factible que se desarrollen drogas preventivas del cáncer, que reduzcan el riesgo de deterioro genético.

Al realizar el monitoreo de genes en el suero sanguíneo y encontrar fragmentos de ácido desoxirribonucleico (ADN) con mutaciones definidas, se podría pensar en desarrollar un “chip” genético que enviase señales al computador personal del paciente y ponga en marcha investigaciones destinadas a determinar el tipo y localización del tumor primario en su fase más incipiente.

Para el año 2020 la quimioterapia probablemente reemplazará las otras modalidades de tratamiento de la mayor parte de los cánceres. Piensa el profesor Sikora que el cáncer pasará a ser —algunos tumores ya lo son—, una enfermedad crónica, controlable, similar a lo que hoy en día son la diabetes o la hipertensión. Los pacientes recibirán su tratamiento en establecimientos mucho más gratos, en ambientes atractivos, semejantes a hoteles. Surgirán franquicias globales para tal propósito, que sustituirán a los hospitales, utilizando la web para diseminar casi instantáneamente los planes específicos de tratamiento y controlar su calidad.

89ª Paradoja: Medicina familiar vs. medicina comunitaria.

Con el nombre de medicina familiar se designa a un sistema de “atención primaria integral de los pacientes que no sólo reciben a los enfermos en la consulta inicial, sino que siguen las vicisitudes de las posibles intervenciones de médicos especialistas, continuando como responsables de su paciente”.

Es el fundamento del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña (*National Health Service*) que ha prestado eficientes servicios médicos a la totalidad de la población de ese país a partir de 1948, y que representa un verdadero paradigma de atención médica en el mundo entero, ya que no hace diferencias en lo que se refiere a los ingresos económicos de los pacientes.

Comunitario se refiere a comunidad que es un “concepto utilizado por el sociólogo F Tonnies como

contrapuesto a sociedad, para designar una forma peculiar de agrupación social basada en las relaciones naturales (familiares), que constituye una forma orgánica de existencia social. La convivencia se funda en unas costumbres, una lengua y unas tradiciones comunes y en relaciones de parentesco, de amistad y de solidaridad, y descansa en unas raíces sentimentales muy profundas”.

Es posible también utilizar el término con relación a grupos humanos que viven en semejantes condiciones económicas, por ejemplo, en barrios humildes, desprovistos de un mínimo de servicios básicos (agua potable y disposición adecuada de aguas negras).

En la segunda mitad del siglo XX se operó el llamado fenómeno de “urbanización”, o sea el desplazamiento irreversible de la población rural hacia las grandes urbes, en una búsqueda —muchas veces ilusoria—, de un mínimo de servicios en materia de educación, asistencia médica y trabajo remunerado. En Venezuela el índice de urbanización pasa del 85 %. Una parte importante de esa población vive en los barrios periféricos de las grandes ciudades en condiciones precarias, habitando en “ranchos” sin las mínimas condiciones de higiene (ausencia de servicios básicos como agua potable y disposición de aguas negras) y seguridad, y es allí precisamente donde se incuba una buena parte del malestar social que amenaza seriamente la estabilidad política de naciones enteras que ensayan con dificultades de diversa índole el sistema democrático de gobierno.

Los esquemas destinados a llevar asistencia médica apropiada a estas comunidades humildes (en Caracas son muy obvias y visibles pues están ubicadas en las colinas que rodean el estrecho valle donde asienta el centro de la ciudad), no han sido particularmente efectivos, lo que ha dado lugar recientemente en Venezuela a un nuevo programa social (y político) denominado “Barrio Adentro” utilizando aproximadamente mil médicos contratados en Cuba, cuyas condiciones de trabajo los obligan a convivir en dichos barrios, supuestamente adoptando el rol de “médicos de familia”. La efectividad de este proyecto está por probarse, pero la sospecha de que la “importación” de médicos tiene un fuerte sustrato político y que los facultativos cubanos tienen una importante función de adoctrinamiento político de la población más necesitada y humilde, a la cual están supuestos de proveer de asistencia médica adecuada, ha creado una fuerte oposición al citado proyecto, en especial del gremio médico.

Animamos cordialmente a nuestros lectores a participar en el debate al que nos invita al autor, para conocer sus argumentos y puntos de vista sobre las soluciones que se proponen a las paradojas presentadas. Se ha iniciado así una nueva sección de la Gaceta que se llama “Cartas al editor”, la cual apareció por primera vez en el número 2 del año 2004 (Gac Méd Caracas. 2004;112(2):164-166). Esta sección se suspendió en los números 3 y 4 del año pasado y el número 1 de este año. La sección se reanuda en este número de la revista.