

Hacia un nuevo modelo en la medicina*

Dr. Otto Lima Gómez

Individuo de Número

El problema de la enfermedad ha sido abordado de dos maneras a lo largo de la historia de la medicina moderna (1). Estos dos puntos de vista han seguido cursos diferentes y todavía no ha sido posible su integración armoniosa para desarrollar un modelo médico que se corresponda con la naturaleza del ser humano. Quizás esto se deba a que tal integración no es un problema exclusivamente médico y plantea más bien cuestiones de orden filosófico fundamentales.

El modelo biomédico, predominante en la medicina actual, se ha planteado el problema de la siguiente manera: ¿qué es la enfermedad? Para responder esta pregunta emplea diversos procedimientos desarrollados por las ciencias naturales. Su meta es la descripción minuciosa y la cuantificación de su objeto de estudio.

En el segundo modelo se plantea la cuestión de otra manera: ¿quién es el sujeto enfermo? ¿quién soy en cuanto enfermo? Este punto de vista seguramente nunca estuvo ausente en la mente de todo médico que afrontó el sufrimiento de su enfermo, pero en la historia de la medicina no ha emergido en forma clara sino a finales del siglo XIX, cuando se gestan los fundamentos de un modelo interaccional en medicina.

El modelo biomédico surge con la medicina hipocrática, para la cual la enfermedad es un desorden de la *Physis* humana examinable objetivamente. Dicha medicina fue, a su vez, la expresión de la actitud que frente al universo sostuvieron los filósofos jónicos entre los siglos VIII y VI antes de

J.C. (2) quienes pensaban que un conocimiento objetivo del universo es posible y ello incluye no solamente los astros sino también a los seres vivos. Muchos siglos más tarde, durante el renacimiento, pensadores, teólogos y artistas retomaron dicha actitud. Las ideas de Leonardo de Vinci sobre las condiciones de la creación artística y el pensamiento de Nicolás de Cusa (*Nihil certi habemus in nostra scientia nisi nostram mathematicam*), entre otros muchos, expresan cabalmente lo que quiero decir. La naturaleza, para los renacentistas, tiene una estructura matemática y para conocerla hay que medirla.

Descartes va a dividir al ser humano en dos partes (*res extensa*, el cuerpo y *res cogitans*, la mente). La primera, el cuerpo —que ocupa un lugar definido en el tiempo y en el espacio— y cuyo estudio objetivo ha conducido al enorme desarrollo de la medicina en los últimos siglos. La segunda, la mente, es substancia pensante. Este dualismo planteó a Descartes, y después de él a toda la filosofía occidental, la explicación que permanece aún sin una solución definitiva.

Los puntos de vista de la clínica psicoanalítica y sus desarrollos posteriores en el siglo XX (medicina psicosomática, medicina antropológica, medicina de base existencial) han intentado complementar las ideas de la medicina del siglo XIX, pero ni la medicina psicosomática ni la corriente antropológica, pese a su enorme contribución a un estudio integral de la enfermedad humana desde una perspectiva biográfica, pudieron superar el esquema dualista al cual tampoco había podido escapar Freud, al interpretar sus descubrimientos en el campo de la clínica. Partiendo de esta última y con una fundamentación filosófica cuyo punto de partida es el rechazo de la partición del ser humano en soma y psiquis hecha por Descartes ha emergido una nueva

*Conferencia dictada en la Clínica "El Avila" (Caracas) el día 10 de diciembre de 2003. Programa de conferencias "Pre-congreso Centenario de la Academia Nacional de Medicina".

concepción de la enfermedad humana sobre una base existencial (Boss) (4,5). Este enfoque, a la luz de los grandes avances de la neurofisiología en los últimos decenios, es de sumo interés y ha sido fuente de reflexión para mí al considerar como clínico el problema de la enfermedad.

El desciframiento del genoma, la grandiosa síntesis de productos terapéuticos, los notables avances en nuestros conocimientos sobre el funcionamiento del sistema nervioso central y la posibilidad de practicar una medicina basada en evidencias, constituyen expresiones de los grandes avances del modelo biomédico en el siglo XX. Los estudios sobre la herencia biológica a partir de las observaciones botánicas de Mendel y la localización de funciones en la corteza cerebral desde las observaciones iniciales de Broca sobre el lenguaje hablado, los prodigiosos avances de la terapéutica y las síntesis químicas han posibilitado la comprensión del mecanismo de la herencia y atisbamos a través de la ingeniería genética la modificación de rasgos patológicos heredados. Los neurofisiólogos aspiran comprender la conducta humana a partir de las intrincadas redes neuronales.

El genotipo condiciona al fenotipo conjuntamente con múltiples influencias ambientales (paratipo) de naturaleza fisicoquímica, biológica, sociocultural. A su vez el cerebro humano, modelado originalmente por el genoma, recibe las mismas influencias que los restantes órganos del cuerpo y, además, como en ninguna otra especie biológica, su acabado es dependiente de las influencias socioculturales. Es un órgano inmaduro en el momento del nacimiento, con infinitas posibilidades de aprendizaje y de memoria, modificable a lo largo de toda la vida. En él queda archivada la experiencia vital del sujeto, su biografía normal o patológica. Este archivo tiene una base neural, pero lo que se archiva está en el medio social y cultural. Por ello pienso que jamás el neurocientífico comprenderá a un ser humano a través del estudio objetivo de las redes neuronales de la corteza cerebral. Ellas constituyen un instrumento. Lo que archivan es la vida de cada quien. Por ello son comprensibles estas afirmaciones hechas por dos notables pensadores contemporáneos, el filósofo Paul Ricoeur y el neurocientífico Damasio. Dice Ricoeur en su debate con Changeux (6) “pero yo no estoy seguro que hayamos avanzado en la comprensión de la relación que nos preocupa aquí entre el soporte neural y la experiencia humana considerada en su integridad,

digamos en la relación consigo mismo, con los demás y con el mundo”. Por su parte Damasio afirma (7) “hay un misterio, sin embargo, respecto a como las imágenes emergen de los patrones neurales. Como un patrón neural se transforma en una imagen es un problema que la neurobiología no ha resuelto aún”.

A la luz de estos conceptos la enfermedad emerge en un individuo como la expresión (fenotípica) de múltiples factores que condicionan una restricción al desarrollo pleno de su ser. La investigación básica irá desglosando los mecanismos de estas restricciones y la nueva medicina, basada en evidencias objetivas y respetuosa de la ética médica, irá progresivamente ofreciéndonos, como ya lo viene haciendo, nuevos recursos para remediar o corregir los mecanismos patogénicos producidos por este desarrollo anormal que es la enfermedad. Pero, la práctica clínica seguirá exigiendo a esta investigación básica la necesidad de complementarla con un conocimiento del ser total que es el paciente, en cuya patobiografía están inscritos los factores causales (etiología). Tal punto de vista plantea enormes compromisos a la medicina, sobre todo a la medicina preventiva y advierte a la investigación básica del cuerpo humano sus limitaciones en la empresa de comprender la enfermedad.

Propugno una aproximación clínica al enfermo. Tanto en el campo de la práctica de la medicina individual como en el de la salud colectiva debe haber un balance entre la objetividad tecnológica y las condiciones concretas de vida de nuestros pacientes. Este planteamiento implica la necesidad de comprender que no basta ver en la enfermedad y en el enfermo un objeto estático analizable sino que es preciso integrar paciente y enfermedad dentro de un contexto temporo-espacial constituido por la biografía individual. Ello implica para la medicina una serena reflexión sobre el desarrollo del ser humano y su interrelación con los diversos factores que limitan su libertad hacia una vida sana.

El largo camino recorrido por la medicina de occidente ha dado, sin duda, resultados fructíferos, pero debe el médico pensar cuando analiza los problemas de la patología general, que se requieren muchas cosas más que el avance técnico para que el individuo que nos consulta como enfermo tuviese la posibilidad de no serlo.

Concluyo que la armonización de los dos modelos que plantea el problema de la enfermedad, va más allá de la medicina e implica una revisión de las concepciones que han privado sobre la naturaleza

del ser humano y estimulan el estudio de un nuevo modelo de la enfermedad que, además de propiciar su examen como lo que ella es, ha de tomar en cuenta la subjetividad del enfermo y todas las vicisitudes de su existencia. La etiopatogenia de la enfermedad dentro de este modelo encierra hoy numerosas lagunas. Destaco fundamentalmente las relaciones entre genotipo y fenotipo, uno de los retos más importantes para la investigación científica de este siglo, que en el caso del hombre implica el estudio de la maduración progresiva del cerebro y la integración de las memorias afectiva y cognitiva a

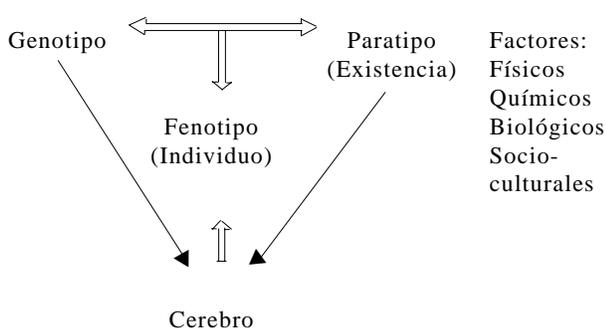


Figura 1. La enfermedad: un modelo.

partir de una base neuronal y socio-cultural. El esquema adjunto refleja lo esencial de mi punto de vista (Figura 1).

REFERENCIAS

1. Lain-Entralgo P. El estado de enfermedad. Madrid: Raycar S.A. Impresores; 1968.
2. Meyer P, Triadou P. Lecons d'histoire de la pensse médicale. París: Editions Odile Jacob; 1996.
3. Lain-Entralgo P. Historia de la medicina. Medicina moderna y contemporánea. Barcelona: Edit. Científico-médica; 1954.
4. Boss M. Einführung in der Psychosomatische Medizin (Bern y Stuttgart). Traducción al francés: Introduction a la Médecine Psychosomatique. París: Presses Universitaires de France; 1950.
5. Boss M. Existential foundations of medicine & psychology. Londres Northvale (New Jersey): Jason Aronson Inc.; 1994.
6. Changeux JP, Ricoeur P. Ce qui nous fait penser. La nature est la premier regle. París: Editions Odile Jacob; 1998.
7. Damasio A. The feeling of what happens. Body and emotions in the making of conciousness. San Diego: A Harvest Book. Hartcourt Inc.; 1999.

Análisis económicos de la rubéola y de las vacunas antirrubéólicas: examen mundial

Objetivo: Determinar si la incorporación de la vacuna antirrubéólica a los programas de inmunización de los países en desarrollo está justificada desde el punto de vista económico.

Métodos: Se realizó en MEDLINE una búsqueda de los artículos publicados entre 1970 y 2000 en los que se hicieran análisis económicos de la rubéola y de las vacunas con componente contra esta enfermedad. Se buscó asimismo en las bases de datos del Index Medicus para el Mediterráneo oriental, Asia sudoriental y África, así como la base de datos LILACS para América Latina y el Caribe.

Resultados: En lo que respecta a los países desarrollados, se identificaron cinco análisis costo-beneficio de la vacuna antirrubéólica y cinco de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, así como dos de costo-eficacia. En cuanto a los países en desarrollo, se hallaron cinco análisis

de costos y otros cinco de costo-beneficio. En todos los análisis de costo-beneficio se observaba una relación beneficio/costo superior a 1, y los estudios de costo-eficacia mostraban que la inmunización antirrubéólica era una medida costoeficaz para reducir el impacto del síndrome de la rubéola congénita. Sin embargo, las metodologías no estaban normalizadas.

Conclusión: Los datos apoyan la inclusión de la vacuna antirrubéólica en los programas de los países, tanto desarrollados como en desarrollo, y muestran unos beneficios económicos comparables a los asociados a las vacunas contra la hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b. Es necesario llevar a cabo nuevos estudios de los costos de la atención y la inmunización basados en metodologías normalizadas y en información local.

Tomado de Bulletin of the World Health Organization 2000;80(4):269.