

## La medicina de aparatos. Necesidad de una nueva docencia y una nueva ética

Dr. Raúl Díaz Castañeda

Servicio de Radiología, Hospital "Pedro Emilio Carrillo", Valera, Estado Trujillo, Venezuela.

A partir del descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Conrad Röntgen el 8 de noviembre de 1895, se produjo en la medicina un cambio drástico que, particularmente en el diagnóstico, la desvió de la clínica tradicional, mezcla extraña de conocimientos e intuición (la intuición como expresión de experiencias acumuladas en zonas subliminales de la conciencia), hacia una creciente y cada vez más compleja utilización de máquinas. Lo que había sido llamado "ojo clínico", fue progresivamente sustituido por imágenes producidas por esos aparatos; la medicina clásica fue cediendo terreno a la medicina de aparatos: dejó de ser absolutamente científico-natural para ser, en gran medida, tecnificada.

Han pasado cien años desde aquel extraordinario acontecimiento. En ese lapso, el avance científico y tecnológico del diagnóstico por imagen no ha cesado. Desde las primeras radiografías, las de los huesos de la mano de Röntgen y la de su esposa Ana Berta Ludwig, después de las maravillosas imágenes logradas con tomografías computarizadas, la gammacámara, la ecosonografía de alta resolución y el Doppler a color y la resonancia magnética nuclear, se ha llegado al comienzo de una portentosa iconografía del pensamiento mediante ordenadores, y no transcurrirá mucho tiempo para la confiabilidad de las llamadas "biopsias vivas", o incruentas, obtenidas con técnicas parecidas.

Esta suma en aumento de posibilidades técnicas, ha conducido a la medicina de nuestro tiempo a fronteras de lo milagroso, pero paralelamente a la utilización cada vez mayor de esa tecnología, no se han producido los cambios en docencia y ética que aquella exige, no sólo para comprender en toda su magnitud y toda su profundidad ese proceso expansivo y para darle un sentido moral, sino para evitar el enfrentamiento inútil entre partidarios del naturismo que a veces colinda con el fundamentalismo, y los tecnólogos que a veces quieren convertir su praxis en fin. Ni aprendiz de brujo, ni suprema instancia de la verdad. Lo que a la sensatez parece importar es que se desarrolle una ciencia con conciencia, una conciliación inteligentemente equilibrada de filosofías y praxis, que tengan al hombre y su futuro como centro y periferia, esto es, como objetivo único y último de todos sus intereses.

### **La medicina de aparatos, una disyuntiva entre costos y utilidad**

Desde hace unos veinte años, a raíz de la generalización del uso de los tomógrafos computarizados en los hospitales de las grandes ciudades y ante la inminencia de la instalación de resonadores en los mismos, se ha venido dando en los terrenos académicos, una discusión sobre distintos aspectos de la medicina "aparativa" (nombre un poco feo que también se le da en algunas referencias), desde los altos costos hasta el uso abusivo de las máquinas de diagnóstico, pero han sido poco tocados los correspondientes a la ética y la docencia que esa nueva e insustituible metodología necesita.

Esta discusión, a pesar de su importancia, no ha trascendido mayormente, ha quedado reducida a los claustros académicos, sin influir en lo que no sin

rubor podemos llamar negocio de la medicina que se ha desbocado hacia un lucro que atenta no sólo contra la integridad física y moral del paciente, sino contra su entorno familiar, contra la estabilidad social, porque introduce odiosos factores discriminatorios y, en los países pobres, mal organizados y peor gobernados, contra los presupuestos destinados a la salud pública, manejados más por presiones y conveniencias políticas, que con criterios racionales en concordancia con los reales intereses del colectivo.

Este encerramiento de los académicos, que tal vez por imperativos de edad, jerarquía o escrúpulos no claramente definidos, rehúyen la pugnacidad pública, convierten en impotentes impulsos, acciones que en las universidades, las asociaciones gremiales médicas y las dependencias gubernamentales de sanidad, pudieran introducir principios que por un lado atemperen la voracidad mercantilista y el hedonismo de los médicos (y demás universitarios) de nuestro tiempo y, por otro, obliguen a darle a la planificación de la salud pública una orientación en la que lo individual del enfermo (y sin quitarle a este su derecho inalienable de ser atendido como persona humana) sea tratado como problema del colectivo al que pertenece como ser social; que la salud, como la educación y la moral ciudadana, sean interpretadas como asuntos de Estado, porque el principal recurso de una nación, para su desarrollo y defensa, es su gente sana.

En el Hospital Central "Pedro Emilio Carrillo" de Valera, con 250 camas presupuestadas, distribuidas en cuatro servicios clínicoquirúrgicos, en los años de mayor actividad, antes de la crisis fiscal y financiera que hoy enferma al país (que a nuestro juicio ha pasado de crisis a status), eran, en promedio, asistidos mensualmente en el Servicio de Radiología unos 3 000 pacientes, por un equipo integrado por dos médicos radiólogos de posgrado, ocho técnicos radiólogos formados en el mismo Servicio, una auxiliar de cuarto oscuro, una secretaria, una archivadora y dos camareras. Se trabajaba con dos aparatos de rayos X de 500 MA, uno con tomógrafo lineal incorporado, ambos con fluoroscopia, un craneógrafo y un aparato portátil de 250 MA; se revelaba manualmente y las placas eran secadas en estufa. Con esta dotación eran realizados estudios convencionales (radiografías simples), tomografías lineales exploraciones digestivas y urológicas, broncografías, flebografías directas y transóseas, histerosalpingografías, neumopelvigrafías, gineco-

grafías, linfografías, arteriografías periféricas y aortografías translumbares, neumoaortografías con doble contrastación, angiografías cerebrales y neumoencefalografías y ventriculografías cerebrales. Como exploraciones de ocasión llegamos a realizar flebografías transuterinas retroneumoperitoneo para delineamiento de suprarrenales, amniografías y fetografías con inyección transparietal de contraste, arteriografías selectivas pelvianas con el método de Seldinger, mediante catéteres que nosotros mismos modelábamos y sin monitor de televisión y, localización precisa de cuerpos metálicos extraños intraoculares mediante el método del Dr. Pedro González Rincones.

Esta actividad, que en radiología igualaba a nuestro hospital con los mejores del país, no mereció ninguna atención especial. Durante varios años estuvimos solicitando un aparato con monitor de televisión y un seriógrafo para mejorar las exploraciones neuroradiológicas requeridas por el Servicio de Neurocirugía, pero la solicitud nunca fue respondida.

En esa época comenzaron a producirse conflictos laborales entre el Ministerio de Sanidad y el Colegio Nacional de Técnicos Radiólogos, que deterioraron irreversiblemente la disciplina. Consideramos entonces que esos conflictos, al margen de aspiraciones justas de mejoras salariales, estaban influidos en algunos hospitales como el nuestro, por el ensamblaje quístico monstruoso de dependencias del Seguro Social, institución ésta con relaciones distintas con los trabajadores y gravemente contaminada por la anarquía y el burocratismo. Todo esto desembocó en un tolerado cabalgamiento de horario, justificado por las bajas remuneraciones, y en una situación de choque permanente (desobediencia, boicoteo, ausentismo, etc.) que produjo un deterioro total de las actividades.

Una tercera referencia, igualmente anecdótica, pero necesaria al tema que vengo desarrollando en este trabajo. Durante cinco años, entre 1965 y 1970, estuve laborando sobre un método propio matemático, dirigido a precisar la relación volumétrica feto-pélvica para el pronóstico del parto; lo llamé **radiofetopelvimetría volumétrica** y lo presenté como tesis de grado a la Universidad de los Andes, para optar al título de Doctor en Medicina. La primera convocatoria para la discusión de esa tesis, fue suspendida porque uno de los miembros del jurado no tenía título de Doctor. La segunda resultó para mí la negación de la Universidad: de los tres

miembros del Jurado, dos eran obstetras y el tercero anatomista. A uno de los obstetras, Profesor Titular, fue necesario localizarlo por radio, pues había olvidado su compromiso académico; estaba en su finca, de donde llegó en traje de campo, sucio, para confesar que solamente había echado un vistazo al trabajo, pues no comprendía lo que allí se planteaba porque en la valoración radiológica durante el trabajo de parto, su departamento utilizaba “el ojo por ciento, y si veían algo raro procedían a la cesárea”. El anatomista, rigurosamente protocolar, alabó la parte anatómica de la tesis, pero confesó su limitación para emitir un juicio porque tenía muchos años alejado de las salas de clínica. El tercer miembro, el tutor, hoy miembro de esta Academia, el maestro Rafael Isidro Briceño, ante aquella escena un tanto cómica, bajo la cabeza y no dijo nada. Ese trabajo lo presenté a la Universidad en el mes de octubre de 1971, y la discusión se produjo en marzo de 1972. En julio de este año, la revista internacional *The American Journal of Roentgenology* publicó uno casi igual firmado por Robert C. Brown (1).

Mi trabajo no se perdió, porque es el método que utilizo y utilizan los médicos radiólogos que han colaborado conmigo en las instituciones donde he ejercido, pero no muestro con orgullo el título de Doctor que obtuve con él.

Retornando al equipo asistencial que a finales de la década del 60 trabajaba en el Servicio de Radiología del Hospital Central de Valera, ¿cuánto era la remuneración de cada uno de sus integrantes? (El bolívar, devaluado por el presidente Betancourt, había pasado de 3,35 por dólar, a 4,30). Con esta última equivalencia, los médicos radiólogos ganaban 500 dólares mensuales; los técnicos radiólogos 200, las auxiliares 100 y las camareras 90.

En el primer trimestre de 1996, lapso en el que se redacta este trabajo, los médicos radiólogos siguen siendo dos y hay una sola camarera, pero el resto del personal fue aumentado: los técnicos radiólogos a quince, las auxiliares de cuarto oscuro a seis y las auxiliares de registros médicos a tres; además, fueron creados dos nuevos cargos: un médico residente y una recepcionista, y fue adscrita una enfermera auxiliar.

Un rápido análisis de esta situación, que se resume en los Cuadros 1 y 2, pone en evidencia que en el transcurso de 30 años se duplicó el personal paramédico, lo que no mejoró ni la cantidad ni la calidad de la asistencia, pues los pacientes atendidos se redujeron en un 25,3% y las exploraciones

especiales (no urgentes) disminuyeron un 10%. Hemos escogido para la comparación los resultados estadísticos de los años 1965 y 1995. En los tres primeros meses de 1996, el número de pacientes atendidos ha descendido a 1 232 mensuales, el 90% referidos como emergencias.

Cuadro 1

Personal del Servicio de Radiología del Hospital Central de Valera en los años 1965 y 1995

Año	Médico rad.	Técnicos rad.	Aux de rad.	Aux de reg. med.	Otros trab.	Total
1965	2	8	1	2	2	15
1995	2	15	6	3	3	29

Cuadro 2

Pacientes atendidos en el Servicio de Radiología del Hospital Central de Valera en los años 1965 y 1995

Año	Número de pacientes	Promedio mensual	Pacientes de emergencia	Promedio mensual	%
1965	37 500	3 125	22 506	1 873	59,9%
1995	28 036	2 328	19 524	1 627	69,8%

Esta reducción no fue debida a disminución de la demanda de asistencia radiológica, sino a inconvenientes para satisfacerla: deterioro de aparatos radiológicos, insumos insuficientes, paros laborales. Tampoco hubo aumento exagerado de la demanda de asistencia radiológica que justificara el aumento del número del personal, sino que éste obedeció a compromisos contractuales y a complacencias políticas. No aumentó la demanda porque en la ciudad fueron puestos en servicio, en ese lapso, un hospital y un ambulatorio del Seguro Social, ambos con servicios de radiología. A esto habría que agregar, como queda reflejado en el Cuadro 2, que las exploraciones radiológicas especiales fueron casi totalmente suspendidas, quedando reducidas a las de gastroenterología y urología, todas de muy mala calidad y, por lo mismo, con peligrosas deficiencias para el diagnóstico. La realidad en el primer trimestre de 1996 es trágica: el colapso del Hospital es casi

completo, porque a las circunstancias anteriores se agrega la terrible devaluación del bolívar frente al dólar, la inflación y la especulación. Sin embargo, es necesario destacar que en este mismo lapso las remuneraciones de los trabajadores del Servicio, se redujeron en un 50% de su poder adquisitivo. Por ejemplo: para los técnicos radiólogos el sueldo bajó de 200 dólares mensuales a 100, razón por la cual se han visto en la necesidad de contratar hasta 74 horas semanales de trabajo en distintas instituciones, cuando lo establecido en los convenios duramente peleados, como discutible protección radiológica, es un máximo de 30 horas semanales. Y van más allá: contratan los obligatorios 15 días de reposo radiológico cada 3 meses, según lo convenido, lo que no sólo desvirtúa la cláusula, sino que impide la fijación de responsabilidades patronales legales, en casos de irradiación.

En el Hospital Central "Pedro Emilio Carrillo" de Valera, se da en 1993 (año electoral) una situación paradójica: mientras la asistencia radiológica, como la de las restantes especialidades, se precipitaba al colapso por insuficiencia de recursos presupuestarios, se le asigna a la institución un tomógrafo computarizado de tercera generación, con un personal de 6 miembros para un trabajo diario de 12 horas. Se da entonces, en muchas oportunidades, el caso insólito de que en el Hospital no hay la posibilidad de realizar una radiografía de mano (la más simple de todas, comienzo de la radiología), en tanto que son realizadas 8 ó 10 tomografías computarizadas diariamente, muchas de ellas para complacer curiosidades o detalles del diagnóstico, que no ayudan a resolver el problema del paciente.

A esta situación absurda hay que agregar otra que no lo es menos, pero también fácilmente explicable. Valera, la ciudad de nuestro Hospital, tiene unos 200 mil habitantes, y Trujillo, capital del Estado, unos 450 mil. En 1993, cuando fue instalado el tomógrafo computarizado en el Hospital, simultáneamente se pusieron en servicio tres, en las clínicas privadas que allí funcionan, lo que equivale a decir, que la ciudad cuenta con un tomógrafo computarizado por cada 62 mil habitantes.

Cuando la instalación de los cuatro tomógrafos (una inversión de aproximadamente 200 mil dólares) parecía inminente, hice dos sugerencias que no fueron atendidas: a. Que las tres clínicas privadas constituyeran una compañía para instalar un departamento de imágenes que incluyera un tomógrafo computarizado, colocado fuera de las mismas, con

un servicio de ambulancia; y b. Que el tomógrafo asignado al Hospital fuera ubicado en comodato en la Clínica de Pesquisa de Cáncer de la Sociedad Anticancerosa del Estado Trujillo, levantada frente al Hospital, para facilitar una autogestión administrativa que permitiera cubrir los altos costos de utilización y mantenimiento del aparato, en el marco de una reglamentación de carácter social.

Creo necesarias dos aclaratorias en este somero análisis: a. Hemos hecho referencias en dólares, porque la economía venezolana se ha dolarizado como consecuencia de la inestabilidad de nuestro signo monetario en los últimos 10 años; y b. El Hospital "Pedro Emilio Carrillo" de Valera es hospital docente de pregrado en Medicina, y en él comienzan a dictarse cursos de posgrado avalados por la Federación Médica Venezolana como residencias programadas.

El dólar referido en este trabajo tenía precio de 270 bolívares.

### **La docencia en radiología**

No conocemos estudios estadísticos que nos permitan un acercamiento confiable al conocimiento de la incidencia de las exploraciones radiológicas, en el diagnóstico médico que se produce en los hospitales venezolanos. Las estadísticas que para efectos administrativos hemos elaborado en el Hospital "Pedro Emilio Carrillo" de Valera, me permiten afirmar que más de 50% de los pacientes asistidos en el mismo hasta 1995, fue explorado radiológicamente, porcentaje que se aproxima al 75% en las salas de emergencia, atendidas por estudiantes de pregrado, internos y residentes. Es probable que en otros hospitales la incidencia sea más o menos igual. Hablamos de exploraciones radiológicas tradicionales.

En las dos últimas décadas, el diagnóstico por imagen ha ampliado sus posibilidades con las aplicaciones tecnológicas de la tomografía computarizada, la ecosonografía de alta resolución y a color, la isotopografía con gammacámara y la resonancia magnética nuclear y, se ha pasado de la radiología de diagnóstico, a la radiología intervencionista. El diagnóstico por imagen ofrece un amplísimo y creciente abanico de opciones, en el que interactúan casi todos los médicos, con los especialistas en la materia como suprema instancia del diagnóstico, sin embargo, estos conocimientos no han merecido el interés de los diseñadores de los currículos universitarios de nuestro país, por lo que

no aparece como asignatura de importancia en ninguno de los programas. Las consecuencias inciden en los aspectos administrativos y en los asistenciales. Entre otras podemos citar:

1. Diagnósticos erróneos.
2. Retardo en el diagnóstico por no saber elegir a tiempo la exploración radiológica más conveniente a la clínica del paciente.
3. Gasto excesivo de material radiológico por:
  - 3.1. Solicitudes de exploraciones equivocadas o innecesarias.
  - 3.2. Controles de rutina que no están destinados a cambiar el tratamiento.
  - 3.3. Repetición de placas o placas comparativas por dudas en el diagnóstico.
  - 3.4. Protocolos de rutina, que establecen un número determinado de placas para ciertas exploraciones, sin justificación para el diagnóstico.
  - 3.5. Mal manejo de la conservación y archivo de placas, que con frecuencia se extravían en el constante tránsito entre las salas radiográficas, de archivo, de hospitalización y de emergencia.

Como ejemplo del ítem 3.1, podemos afirmar que el 75% de las radiografías de cráneo son innecesarias, y del 25% de las justificadas, el 75% no pone en evidencia las lesiones. Solamente el 6% pudiera informar de algo patológico. Si sabemos que un estudio radiológico convencional de cráneo debe ser realizado en tres proyecciones, para explorar 100 pacientes serían necesarias 300 placas, de las que solamente 18 arrojarían algún dato diagnóstico positivo, las restantes 282 no informarían nada concreto.

Podemos afirmar, casi con absoluta seguridad, que los médicos generales egresados de nuestras universidades, carecen de los conocimientos mínimos para el diagnóstico radiológico grueso o de rutina, y para decidir en un momento dado la exploración radiológica más útil para el diagnóstico de su paciente. Carecen, igualmente, de la información administrativa que se requiere para el manejo a discreción de recursos de muy alto costo. En este sentido, pienso que la asignatura "Administración" debería formar parte de los programas de todas las carreras universitarias y técnicas, pues el despilfarro

de recursos y la incapacidad para gerenciar, son más consecuencia de la ignorancia que de la irresponsabilidad.

El otro aspecto de la docencia en relación con el diagnóstico por imagen, importante de señalar, es que la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear, hacen necesaria una revisión de la enseñanza de la Anatomía clásica. Es más fácil comprender (para citar un ejemplo) la disposición de las cisternas encefálicas mediante la visión axial de la tomografía computarizada, que mostrada por el anatomista en la pieza del cadáver; esta misma visión axial ha cambiado la noción convencional de los compartimentos del mediastino, eliminando por falso el antiguo mediastino medio, para redividirlo en:

- a. Mediastino superior
- b. Mediastino anterior.
- c. Mediastino posterior, subdividido en
  - \* área prevertebral.
  - \* área para-espinal.
  - \* área retrocrural, que lo comunica con abdomen.

Esta información sobre el diagnóstico por imagen, el de la radiología convencional y el logrado con las apabullantes nuevas tecnologías, puede ser dada masivamente en salas de docencia computarizadas, en las que puedan ser utilizados programas con C.D. ROOM, computadores con Modem Fax y red comunicacional.

### **Una nueva ética para una nueva medicina**

No sin ser consciente de lo delicado de este tema, que parcialmente traté en dos conferencias que por invitación de la Federación Médica Venezolana dicté hace algunos años en Valera y Mérida, lo retomo porque considero que por omisión culposa, la enseñanza que se brinda en nuestras escuelas de Medicina está de espaldas al ejercicio ético de la profesión, en el sentido más amplio que pueda otorgársele al concepto.

Los profesores Alfredo Planchart y Augusto León, académicos, le han brindado atención muy actualizada al asunto, cuyo abordaje exige conocimiento en profundidad de la medicina y el modo de ejercerla, experiencia profesional y existencial, sano equilibrio interior, noción clara sobre la realidad y el futuro de nuestra sociedad, sensibilidad humana y capacidad

para la reflexión.

Lo primero que a mi juicio hay que aceptar, es que la medicina tecnificada, la medicina de aparatos, es una realidad inevitable, que llegó para quedarse: “sin ellos (los aparatos) no se puede ejercer”, afirmó el profesor Planchart (2). Segundo, como lo señala Magnus (3), profesor emérito de mecánica de la Universidad Técnica de Munich: “La técnica en sí no es buena ni mala (...) así son también los aparatos médicos, neutrales: no es el aparato el inhumano; en todo caso puede serlo el hombre cuando hace uso indebido de él. Sin embargo, un comportamiento inhumano también puede adoptarse sin un instrumental médico”. En consonancia con lo afirmado por el profesor Planchart, podemos citar la referencia que de Schelski hace el profesor Magnus en otro trabajo suyo sobre el mismo problema: “... el hombre, como parte de una cultura extensa e impregnada técnicamente, debe subordinarse a su legitimidad objetiva si no quiere renunciar a sus ventajas y comodidades” (4).

Tercero, que los costos de la medicina tecnificada, la medicina de aparatos, son muy altos, por tanto deben ser utilizados con racionalidad extrema y con claros conocimientos de su uso, particularmente en los países pobres. Esto es fundamental, porque hay médicos que por ambición de brillo personal o voracidad mercantilista, no se detienen en consideraciones que no sean las que alimenten estas inclinaciones paranoides. Para adelantar una conclusión, lo sucedido en Valera, citado en párrafos anteriores de este trabajo, es un ejemplo de irracionalidad administrativa en salud pública.

Aceptadas estas premisas, deben ser precisadas las ventajas y desventajas de la medicina de aparatos. Nuevamente utilizamos las observaciones de Magnus:

#### A. Ventajas:

1. Mejores diagnósticos.
2. Ampliación de las posibilidades terapéuticas.
3. Menos molestias para el paciente. Citemos como ejemplo que la tomografía computarizada craneoencefálica, erradicó la peligrosa y dolorosa metodología de la neumoencefalografía y de la ventriculografía cerebral, y la resonancia magnética con contrastación eliminará las angiografías cerebrales.
4. Conocimiento más profundo de la interdependencia de funciones.

5. Más rápidas y mejores evaluaciones.

6. En muchos casos, y esto pudiera ser sorprendente, menores costos.

#### B. Desventajas.

1. Necesidad de especialización orientada a los aparatos.
2. División esclavizante del trabajo médico, que puede igualmente dar lugar a la atomización de la atención y la responsabilidad.
3. Uso repetido innecesario de aparatos, como consecuencia de inseguridad o para resguardo jurídico.
4. Deslizamiento a una dependencia de los aparatos.
5. El ambiente técnico-médico, hallado por los usuarios como impersonal y hasta inhumano.

A esto podríamos agregar lo señalado por el profesor Planchart en el artículo antes citado: “La nueva y necesaria tecnología ha elevado los precios de las consultas y el tratamiento, a precios inconcebibles en otro tiempo y que parecen de avaricia, cosa que está totalmente en contra del juramento hipocrático y del de Razetti. ¡Una medicina así, no tiene razón de ser ni base verdaderamente deontológica! Sólo los ricos pueden acceder a un tipo de medicina como ésta. Hay que idear otro sistema”.

Idear un nuevo sistema sería difícil y mucho más, ponerlo a funcionar. Vivimos dentro de lo que pudiéramos llamar cultura del despilfarro, en la que juega papel fundamental la producción tecnológica. Todo parece indicar que la tecnología para la medicina seguirá creciendo. Esa realidad hay que asumirla y frente a ella, desarrollar políticas dictadas por la sensatez, como precisar los costos de la alta tecnología electromédica en relación con los gastos totales en salud, para idear una nueva enseñanza y nuevas orientaciones éticas para ella, que permitan la utilización racional de esos recursos.

En los países industrializados, el problema ha sido discutido públicamente con preocupación, como respuesta a, entre otras críticas, la que reprocha que el aumento del conocimiento diagnóstico no se acompaña en la misma proporción de avances en más eficientes soluciones terapéuticas. El N° 1 de “Electromédica 54,1986”, recoge un discurso de Bernhard Helfpap, en el que leemos la referencia de la conclusión de un estudio realizado por la “Robert

Wood Johnson Foundation” de Princeton, Nueva Jersey (5):

“Los gastos relacionados con los problemas médicos más apremiantes de las próximas décadas (...) no se evitarán por el hecho de restringir las decisiones encaminadas al mero uso de grandes tecnologías en un punto específico de la vida del paciente (...). Sugerimos, pues, apartarnos de las iniciativas que restringen las grandes tecnologías, y acercarnos a incentivos que promuevan el uso más adecuado de ellas”.

En su exposición Halfpap destaca para la República Federal Alemana lo siguiente: con la tomografía computarizada, la resonancia magnética, el ultrasonido y la medicina nuclear, la reducción de costos por la técnica médica, se logra por reducción de los gastos directos de exploración o de tratamiento, el acortamiento del período de hospitalización y del período de incapacidad laboral, porque los diagnósticos se hacen más rápidamente y con mayor exactitud. Y cita como ejemplo estadístico, que los gastos en aquel país para diagnosticar un tumor hepático fueron de 3 160 dólares en 1975, y de 852 dólares en 1980, gracias a la tomografía computarizada.

En abril de 1993, el profesor Augusto León (6), trata el tema ubicándolo en la actualidad:

“El enjuiciamiento moderno de los problemas de salud ya no puede hacerse desde la vertiente de la ética tradicional, sino desde la perspectiva más amplia de la bioética (...). Esto implica la asociación, para el adecuado análisis de tan múltiples aspectos, de personas con formación académica en medicina, biología, genética, leyes, filosofía, economía y restantes ciencias sociales”.

El profesor León amplía estos conceptos y propone otra aceptación:

“la función social de la salud, exigiendo que la tecnología sanitaria se desarrolle y aplique en armonía con esa función social”.

Además nos dice:

“Las realidades económicas asociadas al elevado coste de la atención médica, plantean un reto de orden ético a la profesión médica a los gobernantes y a la sociedad”.

Y hace dos advertencias:

a. “Es imposible desvirtuar la creencia generalizada de que el derecho a la salud, como derecho humano, carece de validez (...) el logro de tal derecho depende en la práctica de un privilegio:

la capacidad para pagar”.

b. “La mayoría de los médicos se preocupan por satisfacer con rigor las exigencias éticas ante el enfermo considerado individualmente, pero a muchos escapan los complejos problemas sociales asociados a la enfermedad”.

A estas observaciones podríamos añadir las del filósofo germano-americano Hans Jonas: “...la responsabilidad respecto al futuro” (3).

El profesor León puntualiza las violaciones de la “buena economía” en la medicina:

- \* demanda excesiva procedente de todos los sectores de la sociedad;
  - \* expansión tecnológica creciente;
  - \* mala distribución del personal y de los recursos a su disposición;
  - \* duplicación de los servicios con la consiguiente sub-utilización del personal y el equipo médico.
- Las prescripciones para aliviar estos males serían:
- \* limitar los gastos;
  - \* combatir la ineficiencia;
  - \* eliminar la duplicación de servicios;
  - \* distribuir racionalmente los recursos;
  - \* controlar la calidad.

Una última consideración sobre las ideas del profesor Augusto León y la ética en relación con los avances tecnológicos en la medicina. En 1983, la Academia Nacional de Medicina le presentó un cuestionario sobre el tema de la ética en medicina (7). Una de las preguntas fue:

“¿Consideran los médicos una obligación ética el permanente estudio y mantener al día sus conocimientos?”

La respondió con el artículo 2º del Código de Deontología Médica vigente en Venezuela, que dice:

“El Médico debe considerar como una de sus obligaciones fundamentales, el procurar estar informado de los avances del conocimiento médico. La actitud contraria no es ética, ya que limita en alto grado su capacidad para suministrar al paciente la ayuda requerida”.

Frente a este atropellante cúmulo de complejas situaciones, he estado reflexionando sobre dos en particular:

1. En una región tan pobre como la nuestra del Estado Trujillo, ¿cómo conciliar con los

principios éticos de la medicina, la necesidad imperiosa de dirigir los recursos destinados a la salud pública hacia enfermedades comunes, prevenibles y curables, que afecten a grandes conglomerados, que ocupan primeros lugares en las estadísticas de morbilidad y que se constituyen en problema injusto, social, sin dar la espalda a los avances tecnológicos y a las exigencias que de ellos hacen enfermos con dolorosas situaciones individuales?

2. ¿Cuál es, hoy, el real significado del derecho constitucional que obliga al Estado venezolano a la protección de la salud de sus ciudadanos?

En el capítulo IV, Derechos Sociales de la Constitución de la República de Venezuela, el Artículo 76° dice:

“Todos tienen derecho a la protección de la salud.

Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos”.

A mi juicio, las interpretaciones que con frecuencia se dan a este derecho constitucional, no se ajustan al texto del mismo. Hay un sobrentendido de lo que seguramente con buena fe se quiso decir, pero no se dijo. Es comprensible que frente a la magnitud del problema de la salud, entrar en discusiones semánticas de sus definiciones pueda parecer tontería, sin embargo no lo es tanto, cuando de la claridad de un texto depende su correcta aplicación. Proteger la salud no significa restituirla. Cuando se ha perdido la salud y se establece un estado de enfermedad, la responsabilidad es otra. Eso no lo encontramos claramente establecido en el mencionado artículo. En la segunda parte del texto se ratifica la intención de la primera cuando obliga al Estado a proveer los medios de prevención (que entran en el orden de la protección) y asistencia (sin decir de la enfermedad), pero a quienes carezcan de ellos. Esto permite deducir, que quienes tengan los medios para la prevención y la asistencia de su salud, no pueden acogerse al precepto constitucional que analizamos, pero si se le da la interpretación que nos parece ajustada al texto, se produciría un choque con los principios éticos tradicionales de la medicina.

Para la protección de la salud pública, no bastan las medidas estrictamente médicas, son necesarias otras de carácter social, cultural, legal y económico. Por ejemplo, sin seguridad policial no es posible garantizar la integridad física de los ciudadanos; sin

aplicación rigurosa de la Ley de Tránsito Terrestre y sin una educación para la conducción de vehículos automotores en la vía pública, sería difícil disminuir la morbilidad por accidentes de tránsito; sin una elevación de las condiciones sociales y laborales de las clases de menores recursos, es imposible bajar los índices de las enfermedades que tienen por base las deficiencias nutricionales, la insalubridad del ambiente y las presiones psicológicas. El mal uso de la televisión pudiera también estar generando conductas catalogables como patológicas.

Ante la crisis que en nuestros días padece la salud pública en Venezuela, consecuencia de una política sanitaria mal concebida, del manejo distorsionado de los recursos que a ella son destinados y, en los últimos años, de la devaluación del bolívar y la dolarización de nuestra economía, ha sido planteado como solución, reducir el Ministerio de Sanidad a la prevención y el Seguro Social a responsabilidades estrictamente sociales, transfiriendo la competencia asistencial a las regiones, dentro del proceso de descentralización de la administración del Estado, asistencia que debe ser realizada en las instituciones públicas mediante un plan que incluya la autogestión. Este cambio no es fácil, y se viene realizando sin la conveniente participación de las universidades y las organizaciones sindicales, gremiales y académicas de la medicina. Sin embargo, el cambio que se está propiciando parece más en consonancia con el texto del Artículo 76° de la Constitución de la República de Venezuela que estamos analizando, pero los resultados no serán los mejores, si al mismo tiempo no se producen cambios en la docencia y en la ética de la medicina.

La tendencia, en estos años finiseculares, parece inclinarse hacia la revisión de la política social que en un momento dado de este siglo, se creyó que debía ser responsabilidad absoluta de los gobiernos, lo que se conoció con el nombre de “*Welfare State*”, la oferta oficial de un bienestar público colectivo. Hacia ese objetivo se desarrollaron planes en casi todos los países, pero los resultados no han sido satisfactorios; en los países industrializados, porque dio origen a beneficiarios crónicos indeseables de la ayuda oficial, y en los espejos maltrechos de las naciones pobres, porque han sido justificación para el populismo y la corrupción. La salud forma parte de esa utópica situación de bienestar público, lo que se concreta en el llamado “derecho a la salud”, consagrado como derecho constitucional; hacerlo valer no parece hoy posible sin una responsabilidad



compartida. Eso no se puede lograr por decreto, sino mediante un proceso en el que se involucren todos los sectores que de alguna manera participen en la salud pública como necesidad del Estado y como factor de desarrollo.

Para un acercamiento en números a estas observaciones, realizamos tres encuestas:

Encuesta I. A 40 estudiantes del último semestre de la carrera de medicina en el Hospital "Pedro Emilio Carrillo" de Valera.

Preguntas:

¿Cuántas horas de clases sobre ética médica recibió usted en la asignatura Medicina Legal y Deontología Médica?

Resultado:

Cuadro 3  
Encuesta I

Grupo	Número de estudiantes del grupo	Horas de clase sobre ética méd recibidas	% sobre las 7 200 horas del programa (aprox)
I	10	2	0,028%
II	10	0	0%
III	10	2	0,028%
IV	10	2	0,028%
Total	40	Promedio: 1,5	Promedio: 0,016%

Encuesta II. A 40 médicos en funciones de residente o interno en el Hospital "Pedro Emilio Carrillo" de Valera.

Pregunta:

¿Piensa usted hacer una especialidad o ejercer como médico general?

Resultado:

Cuadro 4  
Encuesta II

Hacer una especialidad	33	82,5%
Ejercer como médico general	7	17,5%
Total	40	

Encuesta III. A 40 médicos especialistas en ejercicio en la ciudad de Valera, Estado Trujillo.

Preguntas:

1. ¿Ha encontrado usted, en las revistas de su especialidad, información sobre ética médica?
2. ¿Ha leído usted alguna vez la revista Gaceta Médica de Caracas, de la Academia Nacional de Medicina?

Resultados:

Cuadro 5  
Encuesta III

Encontró información	8	20%	No encontró información	32	80%
Ha leído la Gaceta Médica	22	55%	No ha leído la Gaceta Médica	18	45%

Estas encuestas solamente reflejan, y tal vez no con absoluta confiabilidad, por lo pequeño de las muestras, una situación en un determinado lugar en un determinado tiempo. No pretendemos con ellas presentar la realidad de una parte del hacer médico en Venezuela. Sin embargo, a nuestro juicio, asoman un aspecto preocupante de esa realidad, que amerita mayor atención. Que del tiempo programado para la formación de un médico en el pregrado, se destine apenas el 0,028 por ciento para la información sobre ética, es grave si consideramos que los cimientos del ejercicio médico han sido desde siempre una conjunción de conocimientos y moral, máxime si se conoce que el 65 por ciento de los residentes e internos encuestados, respondió que tenía escogida una especialidad para poder competir con probabilidades de éxito en el mercado de trabajo. No es

necesario profundizar mucho para entender que en el mundo de nuestros días, éxito equivale a dinero. Si a eso agregamos que el 80 por ciento de los especialistas no encontró información sobre ética en las revistas especializadas, podemos concluir que el desinterés por este ingrediente fundamental del ejercicio médico es casi total. Agreguemos, que de los médicos encuestados ninguno recibía la Gaceta Médica de Caracas y el 75 por ciento de quienes dijeron haberla leído respondió: “alguna vez”. Introdujimos en la investigación esta revista, porque es publicación de una institución académica y porque hemos encontrado en varios números de ella importante información sobre el tema que hemos venido tratando. A este mismo universo de médicos (80 en total) le hicimos una pregunta adicional: ¿Conoce usted los cuadernos de la Federación Médica Venezolana? Todos respondieron: no. En estos cuadernos, que comenzaron en 1983, han sido tratados en profundidad varios aspectos de la ética en medicina.

El doctor Guillermo Elizondo, radiólogo mexicano conocido internacionalmente, opina que “El paciente en el nuevo esquema de administración de la medicina, eficiencia en el proceso y eficacia para resolver el programa, percibe que el ‘apostolado’ de la medicina se está acabando; que la medicina se publicita y se mercadea como lo hacen las instituciones bancarias o las compañías de teléfonos celulares (...). El paciente se siente ajeno, pero obligado a este sistema de salud, y en su incomformidad, angustia y apreciación comercial de los esquemas, apelará al único recurso que le queda: la demanda”. Asume su papel de médico tecnólogo con una frase que suena demasiado fuerte: “El paciente tiene derecho a muchas cosas, pero desgraciadamente no tiene dinero”. Para él, que maneja aparatos de muy alto precio, se ha producido un cambio drástico, ante el que hay la necesidad de pronunciarse: “Podemos elegir el no participar del cambio, de preferir la seguridad de hoy, el *status quo*, y seguir practicando la medicina como un arte, pero el arte también se compra y se vende (...). Podemos también optar por aceptar el cambio, no para someternos sumisos a él, sino para participar, modular y dirigir el mismo. Si no vamos en el tren nunca podremos manejarlo, hay que estar adentro”. Nos parece oír a un médico empresario (8).

Frente a esta realidad, que parece respuesta propia en medicina a las características de nuestro tiempo, para quienes sin negar los cambios que imponen los

avances tecnológicos, piensan que es necesario mantener el ejercicio médico dentro del orden del humanitarismo, la desesperada alternativa no puede ser otra que ampliar, fortalecer y actualizar la enseñanza de la ética médica en el pregrado y en los años siguientes hasta la culminación del posgrado. Importa, porque sería la única manera de combatir el mercantilismo voraz, sin sensibilidad social, espejo del capitalismo deshumanizado; pero también porque los principales problemas de salud pública en los países subdesarrollados necesitan, fundamentalmente, soluciones sociales, no altas tecnologías, que no sólo se convierten en privilegio, sino que son grave hemorragias de divisas para las comprometidas economías de dichos países.

Ya en 1960 se hablaba de esto, escribió el doctor Luis Delfín Ponce Ducharne (9) en 1995, y citó uno de los acuerdos del Primer Seminario de Educación Médica en Venezuela: “En los estudios de pregrado las escuelas de medicina venezolanas deben formar un médico general, con preparación científica y humanística, adiestramiento técnico y sensibilidad social, capaz de resolver problemas sanitarios, consciente de sus propias limitaciones y conocedor de la existencia de varios recursos-instituciones, servicios y especialistas a donde orientar y dirigir los pacientes en los casos que lo requieren”.

En 1993, el profesor Augusto León observa: “El plan de estudios de nuestras facultades de medicina le confiere un lugar en extremo accesorio a la cuestión ética” (10).

En ese mismo año 93, el doctor Francisco Kerdel Vegas advierte: “Debido sin duda a los impresionantes costes de la salud, que constituyen tanto en los Estados Unidos como en Europa el porcentaje más significativo del producto territorial bruto de cada nación, se producen a diario las críticas más venenosas contra la medicina y la manera como la entienden quienes actualmente la ejercemos” (11). Y el doctor Patricio Figueroa, del Instituto Kennedy de Ética, de la Universidad de Georgetown nos dice: “El ser competente profesionalmente es sólo uno de los requisitos de un buen médico. El otro requisito fundamental es su integridad ética”... “Una cosa es cierta y es que si no se tiene una forma interna de regulación de la actividad profesional dentro de un contexto ético, la regulación se establecerá a través de instituciones o agentes externos a los profesionales médicos” (12).

### Conclusiones

1. Los altos costos de la medicina tecnificada o de aparatos, obligan a una racionalización de los recursos destinados a satisfacerla.
2. La racionalización del uso de la medicina tecnificada o de aparatos, debe darse por una planificación en que se establezcan prioridades, pero también mediante la adecuada formación para la misma en la enseñanza médica de pregrado.
3. Las nuevas relaciones médico-paciente-sociedad-futuro, originadas en los avances tecnológicos y los altos costos de la medicina de aparatos, hacen necesaria la revisión de la ética médica tradicional.
4. Las universidades venezolanas, al no incluir el diagnóstico por imagen como material fundamental del programa de la formación médica de pregrado, no solamente limitan la capacidad general del egresado, sino que violan el artículo 2º del Código de Deontología Médica vigente en Venezuela.
5. Las universidades venezolanas no responden con eficiencia a las necesidades y características del país, ni a las exigencias de nuestro tiempo. Esto ha producido en el sector médico una peligrosa saturación de profesionales, con información muy superficial, niveles muy bajos de cultura, desconocimiento total de la materia administrativa y muy escasa formación ética y deontológica.

### Recomendaciones

1. Que la Academia Nacional de Medicina interceda para que en el programa de la carrera médica, las universidades venezolanas incluyan como básicas las materias Diagnóstico por Imagen y Administración de los Recursos para la Salud, y para que separen y refuercen la asignatura Ética Médica, del bloque marginal Medicina Legal y Deontología Médica, y que el cargo para dictarla se asigne por estricto concurso, en el que sea requisito fundamental, que el profesor no tenga un tiempo menor de 20 años de ejercicio profesional.
2. Que la Academia Nacional de Medicina haga esfuerzos para que su revista, Gaceta Médica de Caracas, llegue al mayor número posible de médicos venezolanos.

3. Que la Academia Nacional de Medicina solicite a sus Individuos y Miembros, que utilicen con frecuencia los medios de comunicación para tratar temas de ética médica.
4. Que la Academia Nacional de Medicina someta a consideración de la Federación Médica Venezolana, la edición de una publicación periódica sobre medicina legal y ética y deontología médicas, gratuita para todos los médicos que la integran.

### REFERENCIAS

1. Brown R. A modification of the Colcher-Sussman technique of X-ray pelvimetry. *Am J Roentgenol* 1972;119:623-629.
2. Planchart A. La praxis médica. *Diario "El Nacional"*, Caracas, 25 febrero 1996;Cuerpo A:4.
3. Kurt M. La medicina técnica como reto para el médico. *Electro-médica* 1986;54(4):145-152.
4. Kurt M. El médico y el paciente en el campo de las tensiones de la medicina y la técnica: un destino. *Electromédica* 1985;53(3):105-122.
5. Halfpap B. ¿Qué nos cuesta realmente la sanidad? *Electromédica* 1986;54(1).
6. León A. La utilización de los recursos destinados a la prestación y mantenimiento de la salud. *Gac Méd Caracas* 1993;101:142-147.
7. León A. Cuestionario sobre ética médica. *Gac Méd Caracas* 1988;96:123-128.
8. Elizondo G. El radiólogo del futuro: ¿empleado? ¿empresario? ¿comerciante?... Médico!. *Diagnostic imaging America Latina*. Ediciones Miller Freeman, 1995:22-24.
9. Ponce Ducharne LD. Salud y docencia médica. Notas y reflexiones. *Gac Méd Caracas* 1995;103:379-383.
10. León A. Ética en medicina. *Gac Méd Caracas* 1993;101:32-41.
11. Kerdel Vegas F. El prestigio de la medicina. *Gac Méd Caracas* 1993;101:302-303.
12. Figueroa P. Ética médica en una era pos-hipocrática. *Gac Méd Caracas* 1991;101:369-372.