

Sobre la crisis actual de nuestra medicina

OSCAR GUTIÉRREZ • CALI

Con profunda emoción, no desligada de cierto temor reverencial, he asumido el honroso compromiso de presentar ante ustedes la conferencia José María Lombana Barreneche: a la significación misma de la conferencia, se agrega la circunstancia de conmemorarse en este año, justamente el día 20 del presente mes, el cincuentenario de la muerte de aquél que por el cúmulo de merecimientos fuera consagrado como Maestro de la Juventud y proclamado en vida como padre de la Medicina Interna Colombiana.

Distante en el tiempo de nuestra propia generación sus enseñanzas llegaron a nosotros, como en tiempos de la antigua Grecia, principalmente a través de la tradición oral, por gracia de sus más esclarecidos discípulos, entre los cuales han brillado con luz indeficiente los nombres de Carlos Trujillo Gutiérrez, Edmundo Rico, Alfonso Uribe Uribe y Pablo Elías Gutiérrez, los dos primeros también ya desaparecidos.

En los últimos tiempos hemos visto cómo nuestra profesión se halla sometida a críticas constantes, provenientes de los más diversos ángulos de la sociedad. Sabemos que la gran mayoría del pueblo colombiano carece de atención médica, los recursos asignados a la salud no son suficientes, se cierran hospitales y los restantes se ven obligados a clausurar servicios y a reducir camas. No hay bastantes médicos en el país y sin embargo en muchas zonas hay desocupación o subempleo médico. En cuanto al progreso, nuestra medicina se va quedando rezagada día a día y los mismos investigadores son presas del desánimo ante la incapacidad para remediar esta situación. Se dice que las cosas no lograrán cambiarse, son inmodificables, pues son problemas propios de un país subdesarrollado o para usar el eufemismo, país en vía de desarrollo. No obstante, tenemos conciencia de que muchos otros factores dependientes de la misma profesión, han contribuido a la crisis: vale la pena analizarlos.

Participando la Medicina de los avances logrados en los demás campos del conocimiento y en especial en las ciencias fundamentales, los progresos hicieron necesaria la aplicación en su campo, de los métodos racionales de división del trabajo; así, en la investigación se estableció el fraccionamiento del organismo humano y los investigadores han llegado a ser especialistas, ya no en un sistema, ni siquiera en un órgano sino en una porción o en una función de éste; de esta manera se han logrado avances considerables y se han obtenido progresos insospechados. Pero estos mismos investigadores, de visión las más de las veces restringida y campo estrecho, suelen ser los profesores de toda una disciplina. El método investigativo, con sus limitaciones y fraccionamiento, se ha trasladado a la enseñanza y a la práctica clínica. Como resultado de ello hemos visto organizarse las llamadas subespecialidades, cuyo tema de estudio no es el enfermo sino uno de sus órganos, haciendo caso omiso del resto del individuo y de su personalidad, de su integridad humana. Es la especialización por sustracción de materia, no por abundancia de conocimientos de experiencia.

Con semejante preparación y con tales tendencias, el llamado especialista no encuentra campo adecuado para su ejercicio, ni para su quehacer profesional. Pero como al decir de San Pablo, “el que vive para altar debe vivir del altar”, en el desempeño de la profesión debe ocuparse en campos que no son de su competencia y así vemos como muchos “especialistas” buscan o aceptan en las diversas instituciones asistenciales, cargos como médicos generales o cirujanos de urgencia sin capacitación adecuada y lo que es peor, sin vocación alguna. Esta actividad, para la cual no está preparado y que no le despierta motivación alguna, es fuente constante de frustración para el médico y de mala atención para el enfermo. Por otra parte, la falta de conocimientos y de experiencia, a más de frecuentes desaciertos ocasiona despilfarros, pues obliga a recurrir en demasía a los exámenes

Conferencia José María Lombana Barreneche – V Congreso Colombiano de Medicina Interna, Noviembre 4 de 1978, Cali.
Dr. Oscar Gutiérrez R.: Centro de Medicina Interna, Cra. 2ª. Oeste, 1-27, Cali
Acta Med Colomb 1979; 4: 1-5

paraclínicos y a exploraciones infructuosas, por desgracia no siempre inocuas ni anodina. Además en una especie de lucha por la supervivencia, pretende crearse cierto tipo de monopolio, se establece el concepto de “territorialidad”, tan bien conocido en los campos de la biología y se llega así al extremo de pretender que todo problema, así sea el más trivial, debe ser atendido por el técnico correspondiente. Lógicamente se presentan colisiones, cuando se pisan las fronteras en que un caso toca con dos o más especialidades. De esta manera, en las instituciones el médico general se va convirtiendo en una especie de tamiz, con funciones de distribuidor, cuyo oficio se limita a remitir pacientes a los diferentes especialistas, muchas veces inadecuadamente porque debido al desinterés por su función no elabora siquiera una historia concienzuda y así la remisión es un desatino.

Sorprende ver cómo los métodos investigativos han sido trasladados al ejercicio clínico, en muchos casos de manera inconsulta: se busca demostrar todos los hechos prescindiendo del raciocinio y así, en lugar de la regla de oro de la clínica de “observar, suponer, verificar”, se aplican análisis sin cuento, sin espíritu crítico, que al final, a más encarecer el servicio, terminan por desorientar al observador. De este modo la medicina tiende a hacerse incoachable y ya ni los pacientes ni las mismas instituciones alcanzan a sufragar los gastos que una práctica en apariencia altamente científica, viene ocasionando. El fenómeno que observamos ya en nuestro país nos llega de los países avanzados.

En éstos juega papel otro factor: la deshumanización de la medicina y la ruptura del contacto interpersonal médico paciente, ha dado origen a litigios judiciales cuando quiera que el individuo juzga que no ha sido atendido adecuadamente; los pleitos son frecuentes y las indemnizaciones cuantiosas. Naturalmente es una medicina que se ejerce a la defensiva, por lo tanto los profesionales buscan protegerse a toda costa y cubrirse de todo riesgo: de allí las listas interminables de análisis que solicitan, a fin de evitar que por cualquier resquicio se configure la omisión, se filtre el error y con ellos sobrevenga la demanda judicial. Lamentablemente, estos hábitos perniciosos están siendo trasladados a nuestro ambiente, sin maduración de ideas, sin juicio crítico. El agotamiento de recursos económicos que estas prácticas entrañan, está conduciendo a la insolvencia de las instituciones y con ella a la desatención de los enfermos, por ende a la desocupación de médicos personal y paramédico.

El fenómeno, que es mundial, ha despertado voces de rechazo en diferentes épocas y en los más variados lugares. Una autoridad médica de prestigio y respeto mundiales, el profesor Harrison, escribía en efecto, recientemente: “El clínico que cree que el conejo del diagnóstico saltará automáticamente del sombrero del laboratorio, con tal de realizar bastantes pruebas, es como si un matemático se imaginara que la ecuación de Einstein saldría inevitablemente si muchos robots hundían al azar los botones de

numerosos computadores y agrega “el médico que cree que debe someter sus pacientes a una batería de procedimientos nuevos, costosos y a veces arriesgados, haría bien en preguntarse: ¿soy amo o esclavo de los datos de laboratorio? ¿Soy un científico o un inseguro?” (1).

Hace veinticinco años el famoso neurólogo noruego, Monrad-Krohn, escribía: “El admirable y gratificante desarrollo de los métodos suplementarios de examen, representa también un peligro: tiene la tendencia a embotar el interés del neurólogo joven por la observación clínica y por el paciente como individuo” (2). Genial y previsor, cuando en su época apenas se iniciaban los estudios de laboratorio en Colombia, el profesor Lombana Barreneche llamaba la atención sobre el uso indiscriminado de él y sobre el peligro de someterse ciegamente a sus resultados (3); imaginemos qué habría pensado en la época actual, cuando se llevan a cabo pruebas innumerables, a la cual más complicada; muchas veces por personal no bien cuidadoso y sin los indispensables controles de calidad. No obstante, el médico se somete ciegamente a sus dictámenes como si hubiese consultado a un oráculo infalible. Es “la barbarie del espacialismo” de que hablara Ortega (4).

Desconociendo la unidad psicosomática del paciente, esta medicina de tecnólogos poco ha de cuidar de la integridad orgánica del individuo. Como los avances en la anestesiología y en la técnica quirúrgica han hecho de la cirugía un procedimiento bastante más seguros que antes, los riesgos operatorios son mucho menores en la mayoría de los casos. Esta sensación de seguridad ha hecho que las indicaciones de los tratamientos quirúrgicos sean menos estrictas, más laxas y así presenciamos con cuanta ligereza se recomiendan y practican a veces, amigdalectomías, histerectomías, operaciones cesáreas y otras intervenciones de mayor o menor magnitud.

La amigdalectomía, procedimiento casi de cirugía menor, se prodiga en exceso. En muchos casos, diríase que la única indicación casi que es su inocuidad o el que las amígdalas están allí. Pero estudios recientes han demostrado que la amigdalectomía no es inocua y lo que antes juzgaba como procedimiento intrascendente, se sabe hoy que tiene graves consecuencias inmunológicas al causar en los pacientes marcada reducción en la producción de inmunoglobulinas y por lo tanto, disminución de las defensas orgánicas ante las infecciones (5). Lo que en una época se juzgó beneficioso al eliminar focos sépticos, hoy se sabe perjudicial, por disminuir el potencial defensivo del organismo. Por otra parte, pesquisas concienzudas tienden a demostrar una relación definida entre las amigdalectomías y el desarrollo ulterior de la enfermedad de Hodgkin; al menos la incidencia de ésta es varias veces superior en individuos amigdalectomizados (6,7).

Con el peregrino argumento de que “un útero sólo sirve para albergar un feto o portar un cáncer”, se extirpa la matriz a una mujer por síntomas que no justificarían el procedimiento y la propia interesada no aceptaría la inter-

vencción, si no hubiera en el fondo el deseo no confesado de evitar nuevos embarazos: he allí una práctica anticonceptiva complicada, costosa y no desprovista de riesgos (8). ¿Qué consecuencias traerá a la larga esta intervención en el organismo y en la psiquis de la mujer? Los mismos ginecólogos aún ignoran la respuesta....

En cuanto a las operaciones cesáreas, es asombrosa la cantidad de ellas que hoy se practica. Ya el parto no se produce cuando corresponde, es decir cuando la propia naturaleza lo determina, sino cuando el capricho de la madre o la conveniencia del doctor así lo deciden: partos inducidos, operaciones cesáreas, son el recurso. Con la disculpa de que son métodos inofensivos, se alega ahorrar un sufrimiento a la madre y al feto, con desconocimiento absoluto de las consecuencias de los agentes anestésicos sobre el organismo del nuevo ser, las cuales no parecen, como se creía, intrascendentes. Ya se mencionan alteraciones cerebrales y anomalías de conducta como efecto retardado de los procedimientos anestésicos sobre el encéfalo (9, 10). Se está pretermitiendo la vieja norma hipocrática del ejercicio médico "*primum non nocere*", "ante todo no hacer daño".

Pero no cesa allí la tragedia: en el camino de la deshumanización se ha llegado a desconocer la angustia e ignorar el dolor del paciente, haciendo caso omiso del ser humano que sufre. Se ha dicho que la angustia es la quintaesencia de la psiquiatría y un viejo maestro, el profesor Alfredo Luque sostuvo en ocasión memorable "el dolor es el mejor antídoto de la morfina". Siendo esto así no es posible aceptar la actitud de quienes, desconociendo la angustia y el dolor de los enfermos, llegan al extremo de decretar huelgas médicas para presionar soluciones en los movimientos de reivindicación laboral, así se pretenda suavizar su impacto, disimular su gravedad y ocultar lo que una huelga médica comporta de inhumano, ofreciendo atender los casos graves. Pero quien podrá medir el dolor o cuantificar la angustia del enfermo, la misma angustia que hoy como ayer lo ha llevado a buscar consuelo y ayuda en el brujo, el sacerdote, el chaman o los espíritus? Estas prácticas desacertadas desconocen la vieja enseñanza del arte médico: "el médico cura en ocasiones, alivia muchas veces, consuela siempre". Empavorecidos vemos como estas normas van siendo olvidadas y en muchos casos ni siquiera fueron aprendidas por generaciones nuevas que solo atienden a acumular datos y a conocer hechos, aspiran solamente a empaparse de ciencia que, como decía López de Mesa es "conocimiento y conducta de la naturaleza" sin inmutarse por la sabiduría que como él mismo definía, es "conocimiento y conducta del espíritu".

Es necesaria pues, una nueva orientación en la enseñanza y en el ejercicio de la medicina: sin descuidar los progresos de la ciencia y los avances de la tecnología es indispensable una nueva cualificación de los valores del espíritu. En la docencia es necesario insistir en la formación del médico integral antes que en la del tecnólogo médico,

insistir en la formación clínica y en el uso adecuado de los sentidos, preferencialmente a la utilización de aparatos y técnicas de laboratorio para la valoración del paciente; dar énfasis a la comunicación interpersonal médico-paciente y no solo a la recolección de datos para programación de computadores. Así no se verá el hecho insólito de que al revisar una historia clínica el instructor pregunta por qué no se hicieron tales análisis, en lugar de inquirir por que se verificaron tantos estudios, no siempre necesarios, que suelen acompañar el protocolo.

Además, tenemos que regresar a la idea de que la medicina es una profesión de servicio, no una fuente de lucro o enriquecimiento personal. Vale la pena recordar a don Gregorio Marañón cuando en la crítica de la medicina dogmática escribía: "todas las lacras de nuestra medicina pueden reunirse en las dos grandes manifestaciones del dogmatismo: una práctica, el profesionalismo; otra teórica, el cientificismo. Consiste el primero en el intento, deliberado o no, de convertir en lucrativa, en fuente de riqueza, una profesión que, aunque legítimamente remunerada, debe tener siempre sobre su escudo el penacho del altruismo. El médico ha de vivir de su profesión Pero... lo esencial es que no haga nada, jamás pensando en el dinero que lo que hace le puede valer". Por otra parte afirmaba: "el fundamento de la relación médico-enfermo no debe ser, más aún, no puede ser la pura pasión de conocer y gobernar la naturaleza. Creer lo contrario, pensar que la Medicina es una ciencia exacta y actuar en consecuencia frente al enfermo -con otras palabras: pretender ser un ingeniero del cuerpo del paciente-, es incurrir en el vicio del cientificismo" (11).

No debemos descuidar la formación académica porque como anota Jean Bernard "la conciencia sin la ciencia es inútil". "Pero no hay que perder un ápice de la bondad, el amor al prójimo y la profunda solidaridad con el doliente porque sin ellos no existe la medicina..." "El honor de la medicina y su dificultad consisten en esa alianza entre el deber de ciencia y el deber de humanidad" (12).

Hemos de persuadir a las generaciones jóvenes de que "ser, en verdad, un gran médico, es algo más que el triunfo profesional y social; es... el amor invariable al que sufre y la generosidad en la prestación de la ciencia, que han de brotar, en cada minutos, sin esfuerzo, naturalmente, como de un manantial"... "Sólo se es dignamente médico con la idea, clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no pueda llegar el saber, llega siempre el amor..." "Generosidad absoluta: esto es lo que hace respetable la actitud del médico" (11).

Referencias

1. **Harrison, T.R. and Reeves, T.J.** Principles and Problems of Ischemic Heart Disease. Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc. pp. 64, 75, 1968.
2. **Monrad-Krohn, G.H.** The Clinical Examination of the Nervous System. Preface to the tenth edition. New York, Paul B. Hoeber, Inc., P.V. 1955.

3. **De Zubiría C.R., Santos V., L.A.** José María Lombana Barreneche. Ensayo preliminar. Bogotá, Laboratorios Winthrop, p. 33.
4. **Ortega y Gasset, J.:** La rebelión de las masas. Madrid, *Revista de Occidente*, pp. 169-176, 1970.
5. **Sponzilli, E.E.:** Indications for Tonsillectomy. Correspondence. *New Engl J Med* **298**: 1318, 1978.
6. **Vianna, N.J., Greenwald, P. and Davies, J.N.P.:** Tonsillectomy and Hodgkin's Disease: The Lymphoid Tissue Barrier. *Lancet* **1**: 431-432, 1971.
7. **Davinson, T.M.:** Tonsillectomy and Hodgkin's Disease: Letters to the editor. *Arch. Otolaryngol.* **97**: 497, 1973.
8. **Rogers, R.W. y Guerrero, R.:** Histerectomías innecesarias como indicador de cuidado médico en Cali, Colombia. *Acta Med. Valle* **4**: 64-69, 1973.
9. **Dodson, W.E.** Neonatal Drug Intoxication: Local Anesthetics. *Pediatr Clin Nort Am* **23**: 399-411, 1976.
10. Editorial Views: Oxigen Therapy: A continuing Hazard to the Premature Infant. *Anesthesiology* **47**: 486-487, 1977.
11. **Marañón, G.:** Cit, por **Lafín-Entralgo, P.:** en "Marañón y el enfermo". Madrid, *Revista de Occidente*, pp. 26, 27, 28, 76, 1962.
12. **Bernard, J.:** Grandeza y tentaciones de la medicina. Barcelona, Ed. Noguer, S.A., pp 225-226, 1974.