

Arte y Ciencia de los trasplantes de órganos

ROSO ALFREDO CALA • BUCARMANGA

Los Directivos de la Asociación Colombiana de Medicina Interna, en amable invitación que sé agradecer, han querido que sea yo quien dirija estas palabras, durante la conferencia que tradicionalmente se ha establecido como acto especial durante el Congreso Nacional de Medicina Interna, para honrar la memoria del Profesor José María Lombana Barreneche, maestro de muchas generaciones médicas en los primeros años de este siglo.

Cobra particular importancia este año, por coincidir con la celebración del Congreso Internacional de Medicina Interna, adquiriendo así cierta expresión de nacionalidad, al mostrar a nuestros amigos visitantes extranjeros, que también nosotros tenemos figuras importantes que respetamos y a quienes tributamos homenaje significativo.

Ya en años anteriores, durante la celebración del VI Congreso Nacional de Medicina Interna, el Dr. Hernando Sarasti nos hizo una estupenda semblanza del Profesor Lombana Barreneche (1).

Cuarenta años de su vida profesional dedicados a la enseñanza médica en la Universidad Nacional. Fue candidato a la Presidencia de la República, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Miembro del Congreso y de la Asamblea Nacional Constituyente del año 1910. Con el Dr. Roberto Esguerra Gutiérrez, actual presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna, aquí presente, compartimos el honor de que nuestros abuelos se sentaron con él en ese Congreso, durante el Gobierno del General Ramón González Valencia.

Honremos hoy su nombre. Reconozcamos que hubo gente, médicos como José María Lombana Barreneche, quienes nos precedieron, nos enseñaron los principios humanos y los preceptos clínicos en los que fuimos educados, que nos permiten ofrecer hoy a nuestras generaciones actuales los beneficios que ha traído esta era maravillosa de la Medicina que vivimos.

A todos nuestros maestros, a la memoria del Profesor Lombana Barreneche, nuestras palabras de admiración y de respeto.

Asistimos asombrados a un progreso de la ciencia, nunca antes sospechado. Enfermedades consideradas incurables e irremediablemente fatales, tienen hoy una respuesta terapéutica. Órganos lesionados y destruidos irreparablemente, pueden ahora ser sustituidos por órganos artificiales o tomados de organismos vivos o muertos que, implantados en el organismo, sustituyen el órgano enfermo y funcionan en el nuevo huésped permitiéndole prolongar su existencia.

Hemos presenciado el avance prodigioso que se hace universalmente en los trasplantes de riñón, corazón, corazón-pulmón, páncreas, hígado, córnea y hablamos hoy del reemplazo de esfínteres, articulaciones, huesos, piel y dientes. Nos sorprendemos también cuando conocemos los informes de investigadores quienes, trabajando sobre el sistema nervioso central (2), han logrado que neuronas trasplantadas en otro sistema nervioso sobrevivan y se integren morfológica y funcionalmente con el nuevo huésped.

Todo lo moderno se conjuga felizmente para permitir este fascinante progreso de la Medicina.

En Colombia, no podemos dejar de mencionar las primeras experiencias realizadas valerosamente en el Hospital San Juan Dios de Bogotá en los años 1964 y 1965, cuando con encomiable esfuerzo se lograron los primeros trasplantes de riñón. Le corresponde al grupo de la Universidad de Antioquia, en Medellín, un merecido reconocimiento por ese formidable avance que desde 1973 han dado a los trasplantes de riñón, e igualmente por sus primeras experiencias en los trasplantes de hígado y de médula ósea. Se le une ahora el grupo de la Clínica Cardiovascular de esa misma ciudad, al iniciar los trasplantes cardiacos en Colombia desde diciembre de 1985.

Conferencia Lombana Barreneche presentada durante el XVIII Congreso Internacional de Medicina Interna, 1986.

Dr. Roso Alfredo Cala Hederich: Profesor Titular Medicina Interna, Nefrología, Jefe Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, UIS, Bucaramanga.

Acta Med Colomb 1986; 11: 283-290.

En el año 1979 se iniciaron los trasplantes renales en el Hospital Militar Central de Bogotá, y desde 1981 los estamos realizando también en Bucaramanga. Se hacen los primeros intentos en Cali en 1982, posteriormente se desarrolla el programa en el Hospital San José de Bogotá y más recientemente en la Fundación Santa Fe de Bogotá, el Hospital San Rafael y la Clínica San Pedro Claver de esa misma ciudad.

Parece entonces que ha llegado la hora en que, por una parte, en escenarios como éste, consignemos y reconozcamos ante la Medicina Nacional, la importancia de estos hechos científicos que se suceden en el país y que no pueden quedar en silencio. Pero por otra parte, es hora también para que con espíritu generoso decidamos sentarnos en grupo para organizarnos; a pensar en dónde estamos y para dónde vamos. Qué cosas debemos hacer y cómo las vamos a realizar, en forma tal, que se nos permita colocarnos dignamente en el sitio que exige nuestra participación en estos programas.

Es hora de que nuestro interés y entusiasmo se extiendan a toda la Medicina Colombiana, a los organismos del Estado, a las Instituciones Académicas y a los Servicios Sociales para que se apersonen de una realidad que ya existe, que debe ser mejor acogida y tenida en cuenta como instrumento para esos planes de “Salud para todos” de que tanto oímos.

Serían mucho los aspectos humanos que deberíamos considerar y que se palpan muy vivamente cuando se trabaja en programas de trasplante. Quisiera referirme hoy, solamente a dos temas de particular importancia, de gran contenido humano y filosófico y sobre hoy cuales deberemos trabajar intensamente en Colombia: son los conceptos de muerte y de donación de órganos alrededor de los cuales quiero concentrar el interés de esta conferencia.

Muerte cerebral

Tradicionalmente nos habíamos acostumbrado a considerar que la muerte consistía en la suspensión de la actividad cardíaca y respiratoria. Este concepto, sin embargo, no es hoy en día el más indicado para definirla.

Por medio de maniobras de resucitación podemos reactivar la función cardíaca e igualmente por medio de ventiladores mecánicos logramos una oxigenación permanente, pudiéndose así de ambas maneras, mantener la vida, contradiciendo en cierta forma el concepto clásico de la muerte basada en la suspensión de la actividad cardiorrespiratoria.

Parece curioso, como lo afirma Joynt en Rochester (3) que siendo la muerte algo que a todos los humanos nos concierne, solamente en los últimos 20 años se ha demostrado un interés creciente sobre su definición y reconocimiento. Es pues importante tener un criterio definido sobre la muerte.

Fred Plum y Jerome Posner (4) definen que hoy en día, existe suficiente evidencia que demuestra que el daño severo del cerebro puede acabar completamente la función del órgano aunque otras partes del cuerpo permanecen vivas.

El cerebro genera, integra, interrelaciona y regula las

complejas actividades corporales. En el cerebro se origina la señal para respirar y el control de la circulación a través de centros en el tallo cerebral. Las funciones claves que definen al ser humano como unidad biológica independiente, capacidad de conciencia y capacidad de respirar, son controladas por el tallo cerebral.

Pallis (5), dice que: “Hay una sola clase de muerte: la pérdida irreversible de la capacidad de conciencia, combinada con la pérdida irreversible de la capacidad para respirar y por consiguiente para sostener el latido cardíaco espontáneo”. Continúa el mismo autor diciendo que si el tallo cerebral está muerto, el cerebro como un todo no puede funcionar y si el cerebro ha perdido permanentemente la habilidad de función, el individuo está muerto. Podríamos ser más específicos acerca de qué partes del cerebro se relacionan más con el concepto de muerte. Siguiendo las ideas del mismo autor, la capacidad de conciencia es una función superior del tallo cerebral dependiente de un sistema reticular activo.

No es lo mismo capacidad de conciencia, función del tallo cerebral, que contenido de conciencia, función ésta de los hemisferios cerebrales. Si no hay función del tallo, continúa Pallis, no puede haber actividad integrada de los hemisferios, no puede haber vida cognoscitiva o afectiva, no puede haber pensamiento o sensaciones, nada de integración con el medio o que pueda hacer valedero nuestro concepto del adjetivo *Sapiens* que tiene el nombre *Homo*.

La capacidad de conciencia es lo más cerca de donde podemos ir para darle la noción de alma a un fenómeno biológico.

El criterio de muerte cerebral ha traído mucha discusión y no ha sido uniformemente aceptado en todo el mundo: desde 1959, Wertheimer, Jouvett y otros, en Francia, hablaron de la muerte del sistema nervioso. En 1969, el comité *Ad-Hoc* de Harvard publicó el informe “*A definition of irreversible coma*” asimilándolo a la muerte cerebral y posteriormente en 1971, Monadas y Chou en Minnesota centralizaron en el tallo cerebral el punto de no retorno. Al año siguiente apareció en Inglaterra el “*U.K. Code*” en el cual también se dice que “la muerte funcional del tallo cerebral equivale a muerte cerebral” pero incluye algunas precondiciones y exclusiones requeridas para el diagnóstico; y finalmente en 1981 se conoció en los Estados Unidos el informe de la Comisión para el estudio de problemas éticos en Medicina, de investigación bioquímica y de conducta, en el cual también se manifiesta que si “el tallo cerebral no tiene función el cerebro como un todo no puede funcionar”.

En Colombia desde 1977 Mendoza-Vega (6) ha mencionado ideas importantes sobre el tema y en 1982, Lorenzana (7) hizo un recuento histórico sobre estos documentos.

La muerte cerebral se reconoce clínicamente. Cumplidas las condiciones de paciente comatoso en ventilador, con daño cerebral, excluidas las causas reversibles e identificada la apnea y la ausencia de reflejos del tallo cerebral, puede confirmarse el diagnóstico clínico de muerte.

Los estudios angiográficos poco añaden al criterio clínico.

Tarde o temprano esos pacientes con diagnóstico de muerte cerebral desarrollan de todas maneras bloqueo de la circulación cerebral. Igualmente, parece que, aunque utilizados como medios diagnósticos, los potenciales evocados no contribuyen mucho en el criterio definitivo.

El electroencefalograma convencional no es una prueba de función del tallo cerebral. Se ha demostrado que pacientes con daño cerebral irremediable y con electroencefalograma plano, pueden sobrevivir si tienen algunas funciones del tallo cerebral y también que pacientes con daño cerebral irreparable y signos clásicos de muerte cerebral pueden mostrar alguna actividad residual del trazado electroencefalográfico, que no indica que el cerebro, como unidad, esté vivo.

Resume Pallis sus ideas así: “Los esfuerzos que se hacen para establecer la muerte de la última neurona intracranéica, bien por la demostración angiográfica de una circulación bloqueada o por medio electroencefalográficos, dan respuesta de dudosa validez” (5).

El concepto de muerte cerebral continúa teniendo implicaciones éticas y filosóficas. Plum y Posner (4), consideran que casi todas las autoridades éticas y religiosas, judías, ortodoxas, católicas y protestantes, están de acuerdo con el concepto de que la muerte del cerebro significa la muerte de la persona. El mismo Pontífice Católico su Santidad Pío XII declaró directamente que el pronunciamiento de muerte es responsabilidad de la Medicina y no de la Iglesia: “Queda para el médico, dice, dar una clara y precisa definición de muerte y del momento de la muerte de un paciente que termina en estado de inconciencia”.

El concepto de muerte ha tocado casi todas las ramas de la medicina como bien lo expresa Joynt (2); ha abierto nuevas áreas para la Ley y ha incrementado la discusión sobre conceptos éticos y teológicos. Es decir: “Ha convertido a los médicos en abogados, a los abogados en médicos y a ambos en filósofos”.

El asunto de la muerte cerebral está pues involucrado dentro del tema del trasplante de órganos. Pacientes en muerte cerebral son candidatos para donar sus órganos para realizar trasplantes. Como lo afirma Black (8), órganos adquiridos de pacientes en muerte cerebral tienen un mejor futuro para trasplante que aquellos obtenidos después de la falla cardiocirculatoria. La aceptación de estos conceptos sobre la muerte cerebral amplía la posibilidad para la utilización de órganos para trasplantes de corazón, riñón, hígado, páncreas, etc.

Debemos adelantar alguna acción con nuestros colegas profesionales médicos y con las profesiones relacionadas con la Medicina para que también entiendan este real sentir sobre el tema de la muerte, sea para facilitación de trasplantes de órganos o para definición sobre la suerte de estos pacientes en muerte cerebral.

Donación de órganos

Pero para poder trasplantar órganos se necesita obtenerlos. La mayor parte de los órganos destinados a trasplantes

se extraen de cadáveres a los cuales se aplica el criterio ya expresado de muerte cerebral, identificado en términos de cesación de la función del cerebro. También existe la posibilidad de obtener algunos órganos de individuos vivos. Relacionados o no quienes con un acto de su propia voluntad que se expresa como gesto de gran sentido humanitario, donan alguno de sus tejidos para que otra persona pueda vivir.

El trasplante de órganos es pues una realidad. La destrucción de los órganos ocasiona enfermedades graves que muchas veces conducen a la muerte. La sustitución de estos órganos por otros sanos permitiría la prolongación de la vida. No podemos ignorar esta posibilidad terapéutica. Debemos aceptar el pensamiento de Jean Hamburger cuando afirma que “enfermedades desesperadas requieren medidas atrevidas” (9).

En su visita reciente a Bucaramanga, Gregorio Sicard de St. Louis Missouri, nos habló de cifras impresionantes. Se han realizado hasta ahora un poco más de cien mil trasplantes renales y aproximadamente mil trasplantes cardiacos en el mundo. Recientemente conocimos los informes de que en 1986 se tienen en los Estados Unidos cerca de 85.000 pacientes en diálisis, calculándose que para 1990 este número será de 100.000 (19).

Así mismo hasta 1986 en Colombia, se han realizado cerca de 400 trasplantes renales, tres trasplantes de hígado, tres de corazón y una de médula ósea; se adelantan preparativos para iniciar los trasplantes de páncreas y se realizan ya en forma rutinaria y eficiente trasplantes de córnea en varias ciudades del país.

A pesar de estas cifras, en los Estados Unidos en 1984 sólo se realizaron 5.264 trasplantes renales cadavéricos y 1.704 intrafamiliares.

Tenemos en Colombia en 1986 aproximadamente 600 pacientes en diálisis y en 1985 sólo se realizaron cerca de 70 trasplantes renales en los distintos centros actualmente activos en esta área.

Existe pues, no hay duda, una demanda creciente de órganos para trasplante. Su disponibilidad sin embargo es escasa. Como lo pregunta Arthur Caplan en New York: ¿qué políticas deben tenerse o qué hacer para obtener estos órganos necesarios? ¿Cómo vamos a resolver el problema de que, de los 20.000 individuos que podrían ser donantes, sólo el 15% donan sus órganos? (11).

Se trata entonces de obtener órganos vivos de individuos que pueden estar muertos, para injertarlos a personas que van a morir para que puedan seguir viviendo.

Afirma el mismo Caplan que el público al menos en los Estados Unidos, está adquiriendo cada vez más conciencia de la necesidad de corazones, riñones, hígados, páncreas y córneas para trasplantes y Stuart Younger y sus colaboradores de Cleveland, dicen que todos los que estamos envueltos en programas de trasplantes, debemos tener conciencia y sentirnos comprometidos en las consideraciones humanas que conlleva la donación de órganos (12).

Es un hecho que en la actualidad la mayor parte de

órganos para trasplante se obtiene de cadáveres. Con los nuevos criterios de muerte cerebral se ha designado un nuevo tipo de muertos “aquellos –como lo dice el mismo Younger que han perdido completa e irreversiblemente la función integrativa y cognoscitiva del cerebro pero cuyas células y tejidos, órganos y sistemas con la ayuda de ventiladores y de otras medicas técnicas, permanecen vivos y funcionantes durante algún tiempo”. El mantenimiento de estos órganos para trasplante implica ciertamente que a los pacientes muertos en muchos aspectos se les trate como si fueran pacientes vivos.

Las medidas tomadas en algunos países, particularmente en los Estados Unidos desde 1968 con la aprobación del Acta Anatómica y mas recientemente con la difusión de tarjetas tomadas de donación de órganos en vida, de acuerdo con las investigaciones hechas por el Grupo del Human Affaire Research Center (13), han demostrado que en la mayor parte de los Estados se continúa dependiendo de la aprobación familiar para la obtención de órganos y que en caso de accidentes pocas personas llevan esas tarjetas de donación consigo, concluyendo que, aunque las tarjetas sirven como medio de promoción y de educación, sin embargo no parecen contribuir el aumento de donantes para trasplante. En el mismo sentido el servicio de salud de ese país en ese mismo año, respaldó la acción tomada por el American Council on Transplantation cuando decidió tomar acción en varios puntos (14):

- Motivación del público para la donación de órganos.
- Mejoramiento de los sistemas de identificación y obtención de tejidos.
- Promoción en la utilización y distribución de órganos.
- Aseguramiento de un fácil acceso al proceso de trasplante.

Las propuestas aprobadas contemplaban aspectos importantes:

- Organización de Centros para obtención de tejidos.
- Sistematización nacional de la obtención de órganos.
- Registro científico.
- Facilitación de terapias inmunosupresoras.
- Prohibición de la comercialización de órganos.

Para 1986 todas estas propuestas son una realidad y aquí tenemos un buen modelo para orientar nuestros propósitos.

El manejo de los donantes cadavéricos conlleva aspectos legales, emocionales y psicológicos. Se crean expectativas entre el personal médico y paramédico. Para muchos es difícil acostumbrarse al curso que siguen estos pacientes. Así, cuando se declaran muertos, en lugar de ser remitidos a la morgue, se doblan en cambio las medidas de mantenimiento cardiorrespiratorio y se envían a cirugía “para que se operen” como lo afirma Younger (12) y al finalizar la extracción de los órganos necesarios, se les quitan las máscaras de oxígeno, se baja la guardia; cirujanos y anesthesiólogos una vez cumplida su misión, abandonan la sala dejando el cuerpo inanimado al cuidado del personal auxiliar para que lo pre-

paren y en lugar de llevarlo a la sala de recuperación como están acostumbrados a hacerlo con los pacientes quirúrgicos, deben remitirlo en cambio a la morgue.

¿No hay contradicciones y sentimientos emocionales detrás de todo este drama?

Con los programas de trasplante a través de la obtención de órganos, estamos así convirtiendo una tragedia personal y familiar en un regalo o donación de vida para otros. Esos órganos que se donan están vivos, tienen vida, transmiten vida a quienes los recibe. Alguien muere, es cierto, pero a través de unos de sus órganos perpetúa su existencia en otra persona. ¿No es esto hermoso? ¿No tiene esto verdadero sentido humano? ¿Por qué no consideramos esto como la mejor muestra de solidaridad humana? ¿No es esto para nosotros clara expresión de verdadero cristianismo?

De todas maneras, el hecho es claro. Cada vez es mayor la demanda de órganos para trasplante y son pocos los que pueden ser obtenidos de cadáveres. En el trasplante renal esto es significativo. A medida que la incidencia de pacientes con enfermedad renal terminal aumenta y que el éxito en el trasplante mejora, también aumenta la demanda por riñones cadavéricos.

Existen dos dificultades: por una parte la falla de nuestros colegas médicos en referir donantes potenciales y por otra la falta de consentimiento en la donación por parte de los familiares. No siempre existe la facilidad de obtener un donante intrafamiliar como sería lo ideal. Si conocemos las dificultades existentes para lograr obtener riñones de donantes cadavéricos, ¿qué hacer entonces?

Bueno: empiezan a discutirse algunas ideas sobre las cuales nosotros también necesitaremos pensar dentro de la organización de nuestros programas.

Es un hecho bien conocido por quienes se interesan en el tema, que antes, cuando la diálisis no era un procedimiento de rutina, donantes vivos relacionados o no, fueron aceptados para trasplante renal.

El éxito que se ha logrado en los trasplantes renales hoy en día, hace pensar seriamente a Levey, Hou y Bush en Boston y Chicago (10), quienes recientemente preguntan si no habrá llegado el momento de reevaluar la justificación de aceptar donantes vivos no relacionados y afirman que ésta debería ser una práctica aceptada y para muchos pacientes en diálisis, ciertamente el tratamiento preferido.

Existen suficientes razones, continúan los autores mencionados, para aceptar el hecho de que los trasplantes renales realizados con riñón de donantes vivos no relacionados, deben tener éxito superior al de los trasplantes cadavéricos. La modulación inmunológica que se hace a los pacientes receptores y las nuevas técnicas inmunosupresoras aseguran mejores resultados en la actualidad. Solinger y sus colaboradores en 1984 (15) y Berloco en 1985 (16) han demostrado que los resultados de estos procedimientos pueden ser excelentes. En el mismo sentido concuerdan Anderson, Etheredge, y Sicard de St. Louis (17) con las experiencias ya tenidas desde 1973, incluyendo donantes no

relacionados o relacionados distantes. Y más recientemente en enero de 1986 hemos conocido el informe de un grupo brasileño sobre los resultados favorables obtenidos en una serie de trasplantes renales realizados con donantes vivos no relacionados (18).

Sugieren Levey y Hou (10) que para mucos pacientes, el trasplante renal de donante vivo no relacionado puede ser médica y éticamente justificable y proponen que es tiempo para tomar de nuevo este debate, para estudiar cuidadosamente los resultados de este tipo de trasplante, para establecer las guías para su práctica y concluyen diciendo que el trasplante con un donante vivo no relacionado estaría justificado para pacientes en quienes teniendo la indicación médica para el trasplante, no existen donantes intrafamiliares, ni ha sido posible obtener un donante cadavérico.

Si la tesis se acepta como valedera, la donación de órganos exigiría una reglamentación muy severa tendiente sobre todo a evitar, mejor dicho a prohibir la comercialización de órganos. Todos estamos de acuerdo con condenar esta práctica que ha sido duramente criticada por la Medicina y la Ley.

No podemos mantenernos ajenos a estas realidades. Quienes estamos comprometidos en los programas de trasplante de órganos debemos adelantar alguna acción sobre estos hechos. Debemos influir y solicitar a las agencias del gobierno que se defina pronta y claramente cuáles han de ser nuestras políticas. Cómo vamos a aceptar también nosotros estos criterios que definen e identifican la muerte, para que si es posible se legisle sobre el particular y podamos tener un criterio definido que nos permita actuar. Deberemos igualmente promover seria y técnicamente estas ideas y estas necesidades para que todo el mundo adquiera una conciencia solidaria en los aspectos de donación de órganos que faciliten los programas de trasplante y permitan que, enfermos, que personas con insuficiencias orgánicas irreversibles, puedan recuperarse y seguir viviendo como individuos útiles a la sociedad.

El tema de los trasplantes de órganos conlleva muchos factores de carácter humano. He querido solamente referirme hoy a dos de ellos: la muerte cerebral y la donación de órganos, porque ellos son pilares fundamentales en la práctica de los trasplantes y porque ambos encierran un característico contenido humano.

No quiere ésto decir que pretenda ignorar otros aspectos de carácter académico, técnico o científico. Tendríamos que considerar entonces, información actual y técnicas inmunológicas, terapias inmunosupresoras y sus implicaciones. Deberíamos mencionar una serie de temas que con el tiempo necesitaremos discutir, tales como el intercambio de órganos, sistemas de preservación de tejidos para trasplante, programas de sistematización y registro nacional, promoción y concientización de nuestras comunidades, etc.

Los trasplantes de órganos contienen una serie de hechos humanos, técnicos y científicos de alta calidad y especialidad que precisamente les imprime ese carácter sofisticado, de

alto costo, catalogándoseles así como de cuarto o quinto nivel de atención médica, distantes, lejanos dentro de las posibilidades de prioridad en este sistema rígido en que se ha clasificado la atención en la salud.

Y me sirve este concepto como punto de enlace para tratar de discutir en esta última parte, algunas ideas sobre las políticas nacionales en relación con el tema de los trasplantes.

Hemos considerado aspectos importantes. Identificamos cuál es la situación que tenemos en Colombia. Sabemos en dónde estamos. Conocemos lo que tenemos que hacer. Es ahora pertinente preguntarnos: ¿hacia dónde vamos?

Tenemos modelos y esquemas desarrollados en otros países y empezamos a trabajar sobre los nuestros. Existen ya grupos de trabajo y comisiones de estudio que conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública discuten las medidas más adecuadas para nuestros programas, que seguramente quedarán plasmadas en legislación y reglamentación necesarias.

Hemos contado afortunadamente con Efraín Otero Ruiz al frente de ese despacho. El es hombre de talento científico, intelectual de pensamiento académico y de clara sensibilidad humana. A él debemos en buena parte los últimos pasos, y esperamos que dejará abierto un camino amplio de posibilidades para el desarrollo y fortalecimiento de nuestra actividad. Por nuestra parte, sentémonos y tratemos de organizarnos. Sin prevenciones. Como lo mencioné ya anteriormente, con ánimo y espíritu generoso, sin discriminaciones regionales y decidamos así qué es lo que vamos a hacer y cómo vamos a lograrlo.

No se trata solamente de legislar o reglamentar. Deben surgir también soluciones que faciliten nuestra labor y gratifiquen esos gigantescos esfuerzos que hacemos para impulsar la ciencia, la tecnología y el desarrollo médico en el país.

A veces parece que nos hemos enredado en la atención primaria. Lo entendemos, es cierto y es justo reconocerlo: es asunto de prioridades, es acción comunitaria masiva, es atención a necesidades básicas de nuestra población: ¿pero no será también justo dedicar más preocupación por otros niveles de salud, que si bien no son prioritarios sí al menos permiten precisamente el desarrollo y el progreso?

Pregunto: ¿Para asegurar una mejor atención primaria, no sería acaso mejor facilitar los programas correspondientes a los niveles de alta ciencia y tecnología? ¿Una atención médica especializada no abrirá mejor el camino para una mejor atención primaria? La salud, así parezca elemental decirlo, pues es salud de todos los órganos y de todo el cuerpo. El bienestar del alma y del espíritu. Es privilegio para todos. ¿Será entonces divisible? ¿Podrá ser categorizable? La solución no es asunto de niveles o de categorías. La solución efectiva es la formación de profesionales capaces, con un buen contenido intelectual, con una buena formación y con clara conciencia social. Robustezcamos nuestros programas especializados de alta tecnología y así, estoy seguro, se derivará una mejor atención primaria. En otras palabras: la mejor manera de asegurar una buena

atención primaria, lo propongo hoy, es tener gente capaz y una Medicina muy buena.

La pregunta es: ¿hacia dónde vamos? Pues si queremos vamos a progresar. Vamos en un frente común a exigir el desarrollo de una Medicina técnica y de alta calidad como la merecemos. Que los organismos del Estado y aquellos de Seguridad Social, entiendan, permitan y faciliten que a nuestra población y a sus afiliados se les garantice la mejor calidad en la atención primaria, terciaria, de cuarto o quinto nivel, pero la mejor. El problema una vez más, no es de niveles, es calidad.

Debe ser un compromiso para las sociedades científicas de Colombia; para los grupos especializados y para todos aquellos, quienes a través de un arduo trabajo durante buena parte de sus vidas profesionales están envueltos en actividades de alta técnica. Necesitamos recursos y facilidades para poder cumplir el compromiso que tenemos con la sociedad. Sin menospreciar lo elemental, lo primario, debemos promover una Medicina especializada de gran calidad científica para que, por una parte, contribuyamos así al progreso médico y por otra demos nosotros mismos las soluciones a la mayor parte de nuestros problemas de salud. Que haya posibilidades para todos. Que no nos atemorice enfermarnos en Colombia. Que a nadie se le niegue el mejor chance de vivir; la vida siempre vale más. Cualquier precio que se pague es el precio de querer vivir.

¿Hacia dónde vamos? Vamos, sí así lo queremos, a buscar una posición desde donde podamos dar una respuesta de esperanza a todos aquellos que en nosotros confían y a quienes debemos prepararles el camino para que todos, como seres humanos que somos, entremos decorosamente al Siglo XXI y entonces sí, y con toda razón se nos permita afirmar que en el año 2000 todos vamos a tener buena salud, y, una

vida amable pudiendo así repetir con Nietzsche: “¿Es esto la vida? Bueno, entonces que venga otra vez”.

Referencias

1. **Sarasti H.** ¿Qué es un internista? *Acta Med Col* 1980; 5 (3): 415-422.
2. **Sladec JR, Gash DM.** Morphological and functional properties of transplanted vasopressin neurons. In Sladec JR, Gash DM. *Neural transplants*. Plenum Publishing Co. 1984; 243-282.
3. **Joynt RA.** Nes look at death. *JAMA* 1984; **252**:680-682.
4. **Plum F, Posner JB.** Brin death. In: diagnosis of Stupor and coma. 3 Ed. Philadelphia: FA Davis Company; 1980: 313-324.
5. **Pallis C.** Brainstem death: teh evolution of a concept In: Morris PJ. *Kidney transplantation. Principles of practice*. 2 Ed. Grune & Stratton: 1984: 101-127.
6. **Mendoza-Vega J.** Consideraciones sobre la muerte cerebral. *Consulta* 1977; **4**(6): 5-8.
7. **Lorenzana P.** Muerte cerebral. Un diagnóstico clínico. *Acta Med Col* 1982; **7**(1): 3-9.
8. **Black PM.** Brain death. *N Engl J Med* 1978; **299**: 393-401 (Part II).
9. **Hamburger J.** Preface. In: Hamburger J, Crosnier J, Dormont J, Bach JF. *Renal Transplantation. Theory an practice*. 1 Ed. Williams and Wilkis Company; 1972: V-VIII.
10. **Leverly AS, Hou S, Bush HL.** Kidney transplantation from unrelated living donors. *N Engl J Med* 1986; **314**: 914-916.
11. **Caplan AL.** Ethical and policy issues in the procurement of cadaveric organs for transplantation. *N Engl J Med* 1984; **311**: 981-983.
12. **Younger SJ, Allen M, et al.** Psychosocial and ethical implications of organ retrieval. *N Engl J Med* 1985; **313**: 321-324.
13. **Overcast TD, Evans RW, Bown LE, et al.** Problems in the identification of potencial organ donors Mis-conception and fallacies associated with donors cards. *JAMA* 1984; **251**(12): 1559-1566.
14. **Koop CEE.** Editorial. Promoting organs for transplantation. *JAMA* 1984; **251** (12): 1591-1592.
15. **Sollinger HW, Burlingham “J, Sparks Emf et al.** Donor specific trasnfusions in unrelated an related HLA. Mismatched donor-recipient combinations transplantation 1984; **348**: 612-615.
16. **Berlolo P, Alfani D, Famulari A, et al.** Utilization of living donor organs for clinical transplantation. *Transpl Proc* 1985; **17** Suppl 2: 13-17.
17. **Anderson CB, Tyler JD, Sicard GA, et al.** Pretreatment of renal allograft recipients with immunosuppression and donor-specific blood. *Transplantation* 1984; **38**: 664-668.
18. **Hoette M, Ruzany F, Tavora E, et al.** Living non-related Kidney donors for transplantation. *Kidney Int* 1986; **29**: 430 (Abstract).