

Un reto a la medicina contemporánea

DARÍO MALDONADO • BOGOTÁ, D.C.

Quiero agradecer a los doctores Adolfo Vera, presidente, y Pablo Aschner, secretario, y por su intermedio a la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Medicina Interna la muy honrosa designación que me han hecho para dictar la conferencia Lombana Barreneche en el XIV Congreso Colombiano de Medicina Interna. Van igualmente mis agradecimientos a la doctora Maria Nelly Niño de Arboleda, presidente del Congreso, al doctor Rafael Claudino Botero, presidente del Comité Científico, y a los doctores Alejandro Casas y Jairo Roa, secretarios del Comité por el estímulo y la acogida que brindaron a la decisión de la Junta Directiva de la Asociación.

Debo expresar a todos ellos, al Comité Organizador y a las juntas directivas de las 19 sociedades participantes mis sinceras felicitaciones por el éxito de este XIV Congreso de Medicina Interna que constituye un hito difícil de superar en los anales de la Asociación. El Congreso Colombiano de Medicina Interna se ha constituido en el paradigma de los congresos médicos en Colombia.

La idea brillante de Hernando Sarasti, de agrupar todas las sociedades relacionadas con la medicina interna en un solo congreso cada dos años, para que uniendo fuerzas y desechando rivalidades pudieran presentar en un conjunto armónico el estado actual de esta área del conocimiento médico, idea apoyada por un grupo de internistas, muchos de ellos futuros presidentes de la Asociación, ha cumplido este objetivo con creces. Las generaciones que nos siguen tienen la responsabilidad de continuarla y extenderla evitando la tentación de falso poder que puede representar el individualismo de las sociedades y la fragmentación de tan fructífera organización.

Ningún internista colombiano, y así lo han hecho quienes me han precedido en esta conferencia, puede iniciarla sin reconocer la influencia que las enseñanzas de Lombana Barreneche han tenido en su decisión de hacerse internista, o clínico, como se decía en otras épocas. Quiero contarles que en mi caso particular hay lazos casi filiales que me unen con el doctor Lombana Barreneche.

Mi padre Darío Maldonado Romero, quien fuera su discípulo en la cátedra de patología interna, con frecuencia me recordaba las enseñanzas del maestro que desbordaban el campo estrecho de la utilidad clínica inmediata para extenderse al de la medicina como ciencia social. El doctor Roberto De Zubiría, expresidente de la ACMI, justamente galardonado en este congreso y quien fuera mi profesor en las salas clínicas del Hospital San Juan de Dios y el Hospital de La Samaritana fue discípulo a su vez de Carlos Trujillo Gutiérrez, internista notable, nacido como mi padre y como yo en Pamplona y discípulo a su vez de Lombana Barreneche, junto con Alfonso Uribe Uribe, Pablo Elías Gutiérrez y otras figuras señeras de la medicina interna que fueron también profesores de muchos de los internistas de mi generación aquí presentes.

A Roberto De Zubiría debo buena parte de la información sobre Lombana Barreneche que me permite presentar en esta remembranza de su vida para que los médicos jóvenes, que posiblemente no lo conozcan suficientemente puedan valorar su importancia, que va mucho más allá de los recuerdos románticos de una época perdida por cuanto Lombana Barreneche personifica los valores fundamentales de la medicina interna, únicos que pueden salvarla de la situación de crisis que le afecta en estos tiempos difíciles.

Nació José María Lombana Barreneche en Santa Marta en 1854, hijo del doctor Cayetano Lombana, médico que se distinguió por su trabajo durante la epidemia de cólera que azotó la ciudad en 1848 y por la dedicación con que atendió los brotes frecuentes de fiebre amarilla que se presentaron en Ambalema a donde se trasladó posteriormente y donde su hijo, impresionado por el ejemplo de su padre decidió hacerse médico. Después de un curso

Dr. Darío Maldonado Gómez: Ex Presidente Asociación Colombiana de Medicina Interna, Director Fundación Neumológica Colombiana, Profesor Distinguido de Medicina Interna y Neumología, Pontificia Universidad Javeriana, Santa Fe de Bogotá. Conferencia Lombana Barreneche – XIV Congreso Colombiano de Medicina Interna, 10 – 14 de octubre de 1996. Santa Fe de Bogotá.

Acta Med Colomb 1997; 22: 1-7

preparatorio de literatura y filosofía, ciencias básicas que nunca debieron suprimirse del plan de estudios médicos, se matriculó en la recién fundada Escuela de Medicina, graduándose con honores en 1874.

Como tantos internistas de renombre, y viene a la memoria el caso de Jorge Restrepo Molina, regresó a la provincia y allí ejerció la medicina por 15 años, que no fueron perdidos sino sabiamente aprovechados para adquirir los conocimientos y el prestigio que por una “*vis a tergo*” inexorable lo llevaron a la cátedra en su antigua escuela de medicina.

Mucho se discute en nuestros días sobre la definición del internista y el plan de estudios más apropiado para su formación. Como lo demuestra la carrera de Lombana Barreneche, no hay mejores bases que una verdadera formación humanística, ni mejor currículum que el contacto diario con el paciente orientado por el análisis y el estudio. Sin esta formación el internista y el médico pierden las características que lo diferencian del técnico. Con ellas el técnico puede convertirse en maestro del médico y del internista como lo hemos visto bellamente representado en la figura de Ángela Restrepo.

Lombana como médico del Ejército de Occidente atendió las numerosas bajas de la batalla de La Garrapata y convencido de sus ideas, no dudó en comprometerse con ellas prestando los servicios solicitados por su partido en la Guerra de los Mil Días una de las muchas épocas luctuosas en que los ciudadanos de esta país hemos decidido, equivocadamente, que el recurso a la violencia puede ser una solución más apropiada que la discusión civilizada de nuestras diferencias.

Quiero destacar un rasgo que los define de cuerpo entero y nos sirve de muy oportuno ejemplo de firmeza de carácter, tan necesaria en los tiempos que corre, como fue el negarse a asistir a la profesión de fe católica ordenada por el ministro de turno. Puedo no compartir sus opiniones religiosas, pero admiro la entereza con que resistió la intromisión indebida del poder político en la vida académica, que debe ser inmune a todo tipo de presiones, abiertas o subrepticias de los poderes políticos, religiosos, económicos o de los medios de comunicación que con frecuencia pretenden poner la academia a su servicio.

Vinculado nuevamente a la Escuela de medicina, regenta, en un proceso de ascenso escalonado, las cátedras de anatomía patológica, terapéutica, patología general (llamada semiología en mis épocas de estudiante) y finalmente la cátedra de patología interna que corresponde a la medicina interna de nuestros días.

Revisemos con cuidado cuál fue el ciclo vital de Lombana Barreneche: vocación por la medicina, preparación humanística, ejercicio de la medicina general, estudio y docencia de las ciencias básicas de la época, enseñanza de la semiología y finalmente de la cátedra de patología interna donde llega a ocupar el sitio de los maestros de la juventud. Observen los jóvenes impetuosos cómo se desarrolla un verdadero proceso de maduración científica, sin quemar etapas, fundamentando cada ascenso en el desempeño magistral de la etapa precedente. Veán igualmente cómo este proceso se hubiera podido frustrar de haber prevalecido el canto de sirena de la política que lo llamo a candidatizarse



Curso de Clínica Interna – Profesor José María Lombana Barreneche, Agosto 14 de 1928. Sentados: Primera fila: Alberto Espejo, Jesús M. Sarmiento, Alfonso Mariño Vargas, Eduardo L. Ayala, Vicente Néstor García, Alfredo Auli, Nicolás Fajardo. **Segunda Fila:** Roberto Arenas, Augusto Gast Galvis, Gustavo Pérez, Pedro León Alvarez (Interno), Dr. Heli Bahamón (Jefe de Clínica), **Profesor José María Lombana Barreneche**, Luis M. Iserra (Interno), Enrique Botero Marulanda, Gonzalo Ríos, Emiliano Bonilla Pardo. **De pies: Primera fila:** Darío Maldonado Romero, Roberto Romero, Bernardo Samudio, José Antonio Cancelado, Alvaro Gaitán, Gerardo Ramírez Henao, Jesús M. Castillo, Justiniano Ramírez Meléndez, Arturo Campo Posada, Jorge Beltrán, Pablo Elías Gutiérrez, Julio Pinto, Carlos Trivián Biester. **Segunda Fila:** Francisco Castro Martínez, Alberto Vega Escobar, Carlos Alvarado, Daniel Rodríguez Urrea, Arturo Cuervo, Rafael Núñez, Luis Ignacio Romero, Pedro Cerezo, Jaime Ruiz.

a la Presidencia de la República o de actividades extrañas a la vocación médica.

Falleció el doctor Lombana Barreneche en 1928 culminando una vida llena de merecimientos y en la cual combino sabiamente el ejercicio de la medicina, la enseñanza y la investigación clínica.

“La clínica, decía Lombana Barreneche, es el único camino seguro y cierto para llegar al diagnóstico de las enfermedades. Si bien es cierto que el laboratorio le presta en algunos casos verdadero y útil contingente, la facilidad con que en general se cree ejecutar las reacciones y las investigaciones bacteriológicas y el aspecto de novedad que tienen, hacen que sus partidarios entusiastas o los médicos inexpertos acudan a ellas con exageración, lo cual tiene serios inconvenientes, puesto que puede llevar a conclusiones falsas”.

Noventa años después la American Thoracic Society en un pronunciamiento oficial sobre el manejo inicial de la neumonía adquirida en la comunidad anota que “debido a la falta de especificidad del examen físico y radiológico y las limitaciones de los exámenes diagnósticos para la identificación del agente etiológico, la terapéutica inicial debe ser necesariamente empírica”. “El enfoque inicial del tratamiento se basa en un cálculo de la probabilidad que tenga determinado patógeno de ser la causa de la enfermedad en cada paciente, probabilidad que fundamenta en la información que da la literatura médica”. “Dos variables principales influyen sobre el espectro de agentes etiológicos y el enfoque terapéutico inicial: la severidad de la enfermedad a su inicio y la presencia de enfermedades coexistentes o de edad avanzada”.

En esta declaración la American Thoracic Society concuerda con las enseñanzas de Lombana Barreneche al considerar que la experiencia del clínico debe ser el elemento fundamental para la decisión terapéutica inicial y la refuerza y amplía al dictaminar que esta decisión clínica se debe apoyar en los conocimientos que brindan los estudios clínicos controlados consignados en la literatura médica, que son el segundo elemento para tomar cualquier decisión terapéutica.

Las ciencias básicas son el fundamento de la medicina científica y a ellas debemos los grandes avances de la medicina en este siglo. Tan grande ha sido su impacto que hemos llegado a aceptar sus postulados sin beneficio de inventario, recorriendo aceleradamente el camino entre la información básica y su aplicación inmediata al desarrollo de nuevas tecnologías que creemos pueden producir resultados favorables de manera casi automática. Nada más alejado de la realidad que esta concepción. Las conclusiones de los estudios básicos pueden ser ciertas, inciertas o incompletas y las aplicaciones tecnológicas que de ellas se derivan pueden producir resultados favorables, indiferentes o peligrosos.

Para evitar este error es necesario hacer una evaluación cuidadosa de sus postulados y el médico debe mirarlos con sano escepticismo hasta que sus supuestos beneficios

se hayan comprobado de manera fehaciente. Por esto una de las actividades más importantes para el internista es la investigación clínica, para que mediante estudios debidamente controlados ponga en su lugar la cantidad inmensa de posibilidades diagnósticas y terapéuticas que cada día nos entrega la industria de la medicina contemporánea, cuyo enfoque capitalista, más orientado hacia los rendimientos económicos que a al verdadero beneficio del paciente, puede llevarnos por caminos indeseables.

La medicina, decía Osler, “es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. El internista actual, y no lo diferencio artificiosamente del subespecialista, debe conservar esta actitud de incertidumbre razonada y mediante la investigación clínica debe perfeccionarse en el arte de la probabilidad.

La investigación clínica es una disciplina relativamente reciente. Hasta mediados del siglo el diagnóstico y el tratamiento se basaban en observaciones imprecisas y con frecuencia sesgadas. El vicio llamado “recuerdo selectivo” era, y sigue siendo, muy frecuente. A partir de los estudios sobre la efectividad de la estreptomycin en el tratamiento de la tuberculosis y de la penicilina en la neumonía neumocócica se sentaron los principios básicos de los estudios controlados que han llegado al nivel de sofisticación admirables y a los cuales debería dedicar el joven internista los primeros años de su vida profesional.

Qué mejor propósito para la Asociación Colombiana de Medicina Interna y las sociedades científicas afines que convertirse en un mecanismo de presión; firme pero elegante, para que los intermediarios de los dineros que les entrega la reforma del sistema de salud y entre ellos el más poderoso, el Instituto de Seguros Sociales, dediquen una parte de su presupuesto al componente de investigación y desarrollo, que es fundamental para el progreso de toda la industria bien organizada y debe serlo en la industria de la salud que nos ha vendido la reforma vigente.

Tradicionalmente las casas farmacéuticas más importantes han premiado los mejores trabajos del Congreso, y éste ha sido un estímulo innegable para la investigación, pero me estoy refiriendo a una financiación estable y permanente de estudios clínicos, que permitan poner en su lugar y dentro del contexto social del país, los diversos esquemas terapéuticos y diagnósticos que todos los días nos ofrecen la industria y la medicina de los países desarrollados.

“Cada país es un organismo especial cuya fisiología es necesario estudiar para comprenderlo y salvarlo de las causas de destrucción que encierra”, decía Lombana Barreneche.

Veamos someramente cuál es el país a cuya salvación debemos contribuir como médicos internistas. Según el censo de 1993 Colombia tiene 37.5 millones de habitantes, 69% de los cuales viven en cabeceras municipales, lo cual consolida un proceso acelerado que en 40 años ha hecho de un país rural un país urbano con 10 millones de habitantes en las cuatro ciudades principales.

Es evidente que un plan de estudios orientado a la forma-

ción de un médico rural, no consulta las necesidades actuales del país que debe rediseñar un médico capacitado para la atención de una población predominante urbana formada en un 62%, por personas entre los 15 y 64 años y en la cual se aprecia una tendencia a la disminución de la población menor 15 años y al aumento de la población mayor 65 años. A esta urbanización y al envejecimiento de la población se une un proceso de educación que ha disminuido el índice de analfabetismo de 56% en 1938, a 10% en 1993, con escolaridad primaria de 47%, secundaria de 31% y superior de 7%. Este progreso indudablemente es un producto de las políticas educativas de la sociedad, pero también de un grado de motivación muy grande de la población que busca por todos los medios una mejor educación. Un grupo social tan motivado tiene que estar interesado en recibir unos servicios de salud proporcionales a sus expectativas y nosotros los médicos, estamos obligados a satisfacer esta expectativa. El aumento en el uso de anticonceptivos que fue de 20% en 1969 y ha llegado a ser de 72.5% en 1995 puede ser un marcador del nivel de educación en salud de la población y del conocimiento que ha adquirido de su capacidad para controlar su cuerpo. A nosotros corresponde la orientación de este proceso.

El análisis de la distribución del gasto nos muestra que en la población de más bajos recursos, menos de un salario mínimo, el gasto en medicamentos es mayor que el gasto en servicios médicos, lo cual puede sugerir una limitación en su accesibilidad. Sorprende que el gasto en bebidas y tabaco en este grupo sea menor que el gasto en medicamentos, como también que sea menor el gasto en hospitalización, enseñanza y productos de joyería. En el nivel bajo, uno a cuatro salarios mínimos e intermedio, cinco a seis salarios mínimos, el rubro de mayor gasto dentro de los marcadores seleccionados es el de las bebidas y tabaco, resultado de las políticas de un Estado cantinero y una publicidad efectiva que llega con mayor facilidad a este segmento de la población que a la clase alta; diez salarios mínimos o más, que dedica porcentualmente más dinero a enseñanza y servicios médicos que a bebidas y tabaco. En esta distribución puede influir el nivel de educación del grupo pero también una mayor facilidad para obtener estos servicios. Cual sea la justicia social de esta situación debe ser motivo de reflexión para nosotros los médicos.

La encuesta Nacional de Hogares nos indica que la población ocupada, vale decir trabajadora, es en su gran mayoría de bajos ingresos, menos de tres salarios mínimos, seguida por la población de ingresos entre tres a ocho salarios mínimos, con un pequeño porcentaje de personas con ingresos altos, más de ocho salarios mínimos. Es perfectamente válido que como médicos especialistas queremos dirigir nuestra actividad profesional a estos segmentos, para tener una clientela de altos ingresos que compense los esfuerzos hechos para adquirir una educación superior al promedio, ¿pero fue justo, más aún fue razonable ignorar un grupo tan grande de posibles pacientes cada día mejor informados y con mayores

expectativas? Esta era una situación social insostenible y el que la hubiéramos ignorado llevó a la implantación de un sistema que no consultaba nuestras aspiraciones y capacitación profesional. Ante este hecho creado nos quedan pocas opciones, oponernos a él frontal o veladamente, o contribuir a que el sistema de salud sea de la mejor calidad posible para que al mismo tiempo que satisface las expectativas de la población sea lo más justo posible con nuestro nivel de capacitación profesional y compromiso social.

Si los médicos y especialmente los internistas no afrontamos esta situación, acabaremos por perder definitivamente la posición de respeto que algunas vez tuvimos y que se ha deteriorado sensiblemente, como lo demuestra una caricatura reciente en la cual un médico "exitoso" comenta con un grupo de colegas asalariados: "Claro, lo que les falta a ustedes aquí en el hospital público es toda esa alta tecnología que tanto enriquece hoy la tarea de quienes ejercemos la medicina en forma privada. Yo, por ejemplo, tengo ahora en mi clínica un endotómetro a ondas de plutonio con el que logro extirparle al paciente en forma tan rápida que es casi indolora, absolutamente todos sus ahorros".

Duele, pero esta es la percepción injusta, pero no del todo equivocada, que tiene el público de la profesión médica. No creo que reclamar mejores ingresos mediante presiones de tipo gremial o sindicalista sea la solución. Creo que ésta descansa en una mayor contribución al perfeccionamiento del sistema y mediante un programa ambicioso de control de calidad corregir los errores que puedan estar cometiendo sus detentadores e intermediarios.

La encrucijada en que se encuentra la medicina a finales del siglo XX se debe no solamente a la presión social de una población más numerosa y mejor educada, sino la evolución histórica de la medicina que en este siglo se ha cauterizado por la adquisición de conocimientos y posibilidades tecnológicas casi ilimitadas, lo cual ha tenido como consecuencia una profunda modificación de la profesión que se ha orientado más hacia la enfermedad y menos hacia el enfermo, más hacia la curación y menos hacia el cuidado de las personas que por otra parte consideran la salud como un privilegio. El haber adquirido la capacidad para controlar y extender la vida ha reafirmado la esperanza, que en realidad es un espejismo, de vencer a la muerte. Las consecuencias de esta revolución conceptual no han sido enteramente favorables. Los desarrollos tecnológicos han hecho que la medicina contemporánea sea inaccesible para un segmento muy amplio de la población, el énfasis en la enfermedad la ha deshumanizado y la posibilidad de controlar y extender la vida ha llevado a prolongarla innecesariamente en muchos casos. Cuál ha de ser nuestra respuesta a esta situación? ¿Prolongar la vigencia del sistema tradicional de prestación de servicios de salud? ¿Desarrollar un sistema que consulte los desarrollos y expectativas descritos sin sacrificar la calidad de los mismos? En el esquema tradicional de la atención de la salud que se basaba en la libre selección del médico, que era posible para quienes tenían la capacidad de absorber

sus costos, los médicos creíamos se los únicos capaces de definir y juzgar la calidad de la atención, que casi siempre equiparábamos con la duración y tipo de estudios realizados y la habilidad técnica alcanzada.

Para nuestra sorpresa y decepción esta capacidad para calificar la calidad de los servicios de salud ya no es aceptada incondicionalmente. El público en general, los intermediarios en la prestación de los servicios de salud, nos juzgan a diario, adecuada o inadecuadamente y con frecuencia nos responsabilizan de las fallas del sistema, desconociendo, *a priori*, que éstas no siempre son de nuestra responsabilidad porque hemos perdido la capacidad para intervenir en su planeación y desarrollo lo cual nos ha llevado a reaccionar airadamente o con escepticismo y desinterés.

Los médicos nos debemos a nosotros mismos y a nuestros pacientes el conocimiento y más aún, el dominio, de los principios esenciales que sustentan el concepto de control de la calidad que ya no es el resultado de la intervención de un individuo, sino del desarrollo de un proceso más o menos complejo, en el cual intervienen un gran número de personas y servicios. El conocimiento de este proceso debe ser una de las ciencias básicas que deben considerar los planes de estudio y educación continuada del internista.

La calidad de la atención médica para algunos depende de la capacitación y habilidad técnica del especialista, para otros de un diagnóstico oportuno y certero del cual se deriva un resultado de salud óptimo y para los intermediarios financieros de la satisfacción de las expectativas del usuario y la disminución de los costos de los servicios de salud. En sana lógica la calidad de la atención médica requiere la integración de todas estas perspectivas. Para obtenerla existen dos sistemas: el de la calidad por inspección y el que se basa en la teoría del proceso continuado. El sistema de control de calidad por inspección fija como patrones y herramientas de inspección unos “marcadores de calidad” ojalá sensibles y específicos y depende funcionalmente de programas de vigilancia y control que pueden llegar a la censura y la des-certificación. Este sistema se basa en el temor y en lugar de mejorar el servicio crea unos mecanismos de defensa, que pueden producir resultados contrarios a los deseados.

El segundo sistema más técnico y que produce mejores resultados hace énfasis en el aprendizaje y la cooperación y considera los errores no como un hecho punible, sino como una información indispensable para el mejoramiento y ampliación del sistema, lo cual implica respeto por los trabajadores de salud y estimula el diálogo entre éstos, sus pacientes y los intermediarios para que todos en un conjunto armónico logren una organización cada vez más eficiente y un servicio de mejor calidad.

Me parece que el desarrollo de un sistema de calidad total en la prestación de los servicios de salud, debe ser un objetivo prioritario para las sociedades científicas que deberían tomar el liderazgo para obtenerlo, mediante una acción concertada con los intermediarios y los organismos de control. Esta sería una actitud muy consecuente con los

principios de la profesión y podría ser el camino para buscar un reconocimiento justo para las actividades de los profesionales de la salud, que se apoyaría en la demostración de la calidad del servicio y no en aspiraciones económicas no fundamentadas que pueden parecer muy razonables para los médicos, pero excesivas para los intermediarios o el público, mal informado sobre la situación de nuestro trabajo.

Participando activamente en este debate, entendiendo y aceptando los problemas de acceso y costo de los servicios de salud, educando al público para cambiar las expectativas poco realistas que han contribuido a elevar los costos de la medicina, promoviendo un despliegue racional de la tecnología, abandonando las prácticas de una competencia desbordada que ha llevado al exceso de oferta y redundancia de la misma, rediseñando los planes de estudio de manera que los conceptos de costo beneficio y enfoque hacia el paciente y su comunidad no sean conceptos arcanos y redefiniendo los objetivos y los procesos de los servicios de salud, para adecuarlos al propósito fundamental de la medicina que debe ser una mejor calidad de vida para el paciente, los médicos y especialmente los internistas y la asociación científica que nos agrupa responderíamos al reto que nos ofrece la medicina contemporánea y volveríamos a ocupar el lugar que nos corresponde. El concepto de calidad de vida ha adquirido una gran importancia en la práctica de la medicina y la investigación clínica. La eficacia, la relación costo/beneficio y el resultado neto de cualquier intervención terapéutica en términos de calidad de vida, se considera más importante que la mejoría de cualquier variable fisiológica, cuando esta mejoría no modifica la capacidad de la persona para cumplir sus objetivos vitales de una manera integral. La “calidad de vida” y con mayor precisión “la calidad de vida relacionada con la salud” debe por lo tanto, tener en cuenta los componentes fisiológicos, sociológicos y sociales de la salud, componentes que están determinados por las creencias, experiencias y expectativas del individuo que no debe considerarse como un ente aislado, sino dentro de un determinado contexto cultural. De allí que el clínico deba tener un conocimiento muy amplio de las condiciones sociales y culturales, donde se desarrolla la experiencia vital de su paciente. Creo que el énfasis excesivo en el componente fisiológico y su estudio y manejo por medio de la tecnología ha sido equivocado y ha alejado a la medicina de sus verdaderos objetivos convirtiéndola en un servicio técnico y como tal, lo ha sometido a las leyes del mercado.

Cada uno de los componentes de la salud puede considerarse en dos dimensiones, una que podemos medir por métodos externos y que por lo tanto llamamos “objetiva”, y una segunda dimensión llamada “subjetiva” que es el producto de la percepción del individuo, que es en últimas quien define la calidad de su vida que bien puede ser muy diferente en dos personas con el mismo nivel “objetivo” de disfunción. Esta compleja multidimensionalidad permite un número infinito de estados de salud, cada uno con cualidades muy disímiles y una esperanza de vida muy diferente.

El propósito del médico y especialmente del internista debe ser la mejoría de la calidad de vida de sus pacientes y cuando esto no sea posible al menos sostenerla en un nivel aceptable. Esto implica regresar del objetivo “curación” al objetivo “cuidado del paciente” e implica la toma de decisiones que conjuguen los criterios clínicos y los conceptos éticos que rigen el comportamiento en cada grupo social específico.

Traducir los diferentes dominios y componentes de la salud en valores cuantitativos que indiquen la calidad de vida, es una tarea muy compleja que tienen sus raíces en las ciencias sociales, y será aceptada por los clínicos cuando responda sus inquietudes sobre el desarrollo de la enfermedad y las alternativas terapéuticas a su alcance. ¿Qué beneficio real puede tener, visto en esta dimensión, un pequeño pero estadísticamente significativo aumento en la supervivencia de una paciente con cáncer avanzado frente al compromiso de su calidad de vida producido por una quimioterapia agresiva? ¿No sería muy útil comparar los beneficios en términos de calidad de vida de esta quimioterapia con un programa de cuidados paliativos muy bien conducido? ¿Puede justificarse la reducción de costos en un sistema de atención de la salud, si no produce mejores resultados en términos de productividad, funcionalidad y mejoría de la calidad de vida?

Un área de investigación clínica que podría ser muy estimulante y productiva sería el establecer los vínculos

que existen entre las intervenciones médicas, los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que éstos producen y la calidad de vida que determinan, de tal manera que los médicos puedan conocer las implicaciones globales de sus intervenciones y los planificadores de la salud usarlas para establecer prioridades.

Contamos con la capacidad conceptual y tecnológica para emprender esta tarea y con una adecuada distribución de los recursos originados en el nuevo sistema de salud deberíamos contar con la capacidad financiera para desarrollarla. Debe ser nuestro propósito como Asociación Colombiana de Medicina Interna promover y liderar este movimiento, que creo es la única forma de lograr un sistema de salud que responda a las expectativas de nuestra sociedad que en su misma turbulencia está mostrando su gran vitalidad.

Este es el reto que se presenta a la medicina contemporánea. Puede parecernos imposible pero creo firmemente que las palabras que me dijo mi padre el día de mi grado y que yo transmití a mi hijo el día de su grado y que hoy quiero presentar a ustedes, nos dan la fortaleza necesaria para emprender la tarea:

“Tu quoque sacerdos, medice, deus docet manus tuas”*

*“Tu también eres sacerdote, médico, Dios guía tus manos”