

El médico para el nuevo milenio

ROBERTO ESGUERRA • BOGOTÁ, D.C.

Este gran honor que representa dictar la Conferencia “Lombana Barreneche” se ha constituido para mí en motivo de preocupación durante los últimos meses. Cuando me fue comunicada la invitación de la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI) y del Comité Científico del XV Congreso Colombiano de Medicina Interna, tomé algunas semanas para comunicar mi aceptación, pues no fue tarea fácil decidir lo que debería hacer.

Aunque no podría ocultar el íntimo deseo que mantuve durante muchos años de llegar a tener algún día esta oportunidad, no puedo negar que al presentarse, muchas dudas invadieron mi cabeza: no estaba seguro de contar con el tiempo suficiente y la dedicación deseable para prepararla con la profundidad que la ocasión imponía y no tenía claridad respecto al enfoque apropiado de las ideas que deseaba expresar. Pensé durante varios días hasta que finalmente tome la determinación de aceptar el honor y asumir el reto.

Tal vez el argumento que más pesó en la determinación final fue el hecho de que este escenario privilegiado ofrecía una oportunidad única para poner en consideración de mis colegas reflexiones que pueden ser útiles para quienes tienen la responsabilidad de formar a los médicos del futuro.

Varias vivencias han tenido mucho que ver con las reflexiones que voy a compartir con ustedes hoy. Indudablemente mi paso de la medicina clínica a la administración, en los nueve años en que dirigí la Fundación Santa Fe de Bogotá, me permitieron conocer la realidad desde la orilla de la administración en salud; los dos años en que formé parte del primer Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, cuando se iniciaba la aplicación y reglamentación de la Ley 100, me dieron la oportunidad de apreciar las cosas desde la esquina del Estado. Haber presidido durante varios años la junta directiva de una empresa de medicina prepagada me dejaron comprender los afanes de quienes viven esa realidad y, finalmente, la Presidencia de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas me ha puesto en contacto con las angustias de los proveedores de servicios, es decir, de hospitales, clínicas y profesionales.

He resistido la tentación de limitar mis comentarios a analizar los efectos de la reforma a la seguridad social, que probablemente sería lo que muchos de ustedes esperan en este momento. Pienso que si se mira el desarrollo de los acontecimientos con una perspectiva histórica, se puede concluir que la Ley 100 no es más que un accidente en la evolución de una situación que tiene muchos elementos universales y que por lo tanto debe ser analizada en un contexto más amplio.

Al ser éste el último Congreso Colombiano de Medicina Interna que se realiza en el siglo XX, me ha parecido oportuno compartir con ustedes unas ideas un poco menos puntuales y más dirigidas a reflexionar sobre el futuro de nuestra profesión y lo que deberían ser los médicos del siglo XXI.

Desde el día en que recibí el diploma de médico, hace ya casi treinta años, en ningún momento de mi vida he dejado de ejercer la medicina, estoy orgulloso de mi profesión y la vivo intensamente. De hecho, la visión que tengo de la medicina y de la salud están influenciadas por la esencia de ser médico, lo que no he impedido analizar y, muchas veces, comprender y compartir los puntos de vista de quienes no lo son.

Siempre me impresionó escuchar a mis colegas quejarse por la situación por la cual atravesaba el sector de la salud, afirmando, invariablemente, que se trataba cada vez de la más crítica y que nunca existió una peor. Me produce tristeza constatar que muchos médicos manifiestan sin pudor, en público y en privado, su profundo desagrado con la profesión, afirman que fue una equivocación haberla escogido y refuerzan su posición aseverando que no les gustaría que uno de sus hijos cometiera el “error” de estudiar medicina, aceptando,

Dr. Roberto Esguerra Gutiérrez: Presidente Junta Directiva Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Médico Institucional, Fundación Santa Fe de Bogotá. Conferencia Lombiana Barreneche; presentada durante el XV Congreso Colombiano de Medicina Interna, Cartagena, octubre de 1998.

Acta Med Colomb 1999; 24: 5-14.

sin ningún remordimiento, que ejercieron toda clase de presiones sobre sus descendientes para que no siguieran el camino de la medicina.

En mis años de estudiante me llamó la atención que en el sector médico todo el mundo defendía de manera intensa la práctica libre e independiente, la llamada medicina “privada” y se veía con mucha desconfianza a la que entonces se llamaba “medicina socializada”; sin embargo, simultáneamente, todos luchaban para conseguir una vinculación, aunque fueran unas pocas “horas”, con el Seguro Social o cualquiera de las empresas estatales que por aquellas épocas tenían servicios médicos propios.

Tanto descontento y tales sentimientos encontrados se han hecho cada vez mas evidentes hasta convertirse en un verdadero clamor universal de la profesión médica. Víctimas de reformas a los sistemas de salud, con su autonomía profesional disminuida, cada día con mayores responsabilidades pero con menores ingresos, con menoscabo de su “status” y sometidos a presiones y exigencias de toda índole, es que los médicos ven finalizar el presente siglo.

Al observar el entorno universal salta a la vista que los problemas que agobian a los médicos colombianos están presentes, en mayor o menor grado, en la mayoría de los países del mundo, independientemente de su tipo de gobierno, de su orientación política o de su nivel de riqueza. Las grandes potencias, las naciones menos desarrolladas o aquellas que viven en la mayor pobreza, enfrentan problemas similares.

Los cambios que estamos viviendo son producto de muchos factores que afectan prácticamente todas las actividades humanas: el mundo ha cambiado de manera dramática especialmente en la segunda mitad del siglo XX, las grandes transformaciones de la economía, de la política, de la sociedad y de la propia medicina hacen que éstas poco tengan que ver con lo que existía al comenzar este siglo.

¿Cómo se profesionalizó y fortaleció la medicina?

Conviene recordar la forma en que la medicina alcanzó el nivel profesional y el poder que adquirió a partir de la primera mitad del siglo XX, hechos que van de la mano con el florecimiento de la medicina norteamericana.

Uno de los análisis más interesantes es el que realiza el conocido sociólogo americano Paul Starr, en su excelente libro *The Social Transformation of American Medicine*, de quien cito las siguientes afirmaciones: ...”Simplemente no es cierto que los médicos han ocupado siempre posiciones de honor y comodidad....Hay numerosos ejemplos históricos en sentido contrario. Entre los romanos los médicos eran primariamente esclavos y forasteros y la medicina era considerada una ocupación de muy bajo nivel. En el siglo dieciocho, en Inglaterra, a pesar de estar por encima de los cirujanos y los boticarios, el médico ocupaba apenas un lugar marginal de la alta burguesía, luchando por el aprecio de los ricos con el deseo de adquirir suficiente riqueza para comprar hacienda y título. En Francia, en el siglo diecinueve

y aun a comienzos del veinte, los médicos eran generalmente pobres y los que eran exitosos, conscientes de que la medicina no era la manera más adecuada de conseguir “status”, persiguieron un ideal de cultura general más que los puros logros profesionales. Aun en el mundo de hoy, no todas las sociedades que cuentan con una medicina científica e instituciones médicas avanzadas, tienen una profesión médica poderosa” (1).

El mismo autor analiza así el proceso por el cual la profesión adquiere poder: “El crecimiento de la medicina y de manera más general de las profesiones, representa uno de los más notables ejemplos de movilidad colectiva en la historia reciente. El éxito histórico de una profesión radica fundamentalmente en el crecimiento de su fuente particular de riqueza y “status”: la autoridad. Conocimientos especializados y autoridad cultural son a las clases profesionales lo que la tierra y el capital a los terratenientes. Son la manera de asegurar ingresos y poder. Para cualquier grupo, la acumulación de autoridad requiere la resolución de al menos dos problemas distintos. Uno, es el problema interno de consenso, el otro, el externo de la legitimidad. El consenso facilita la articulación de intereses comunes y la movilización del esfuerzo de grupo, mientras el respeto y la deferencia, especialmente de las clases más poderosas, abren la vía de los recursos y de privilegios protegidos por la ley”.

Para el mismo Starr, una profesión difiere de otras ocupaciones en parte por su habilidad para establecer sus propios estándares y reglas. Sin embargo, esto no se puede lograr sino cuando sus miembros están de acuerdo con los criterios para pertenecer una profesión y la conveniencia de sus estándares y regulaciones. Antes de convencer al público y al Estado de la legitimidad de su deseo de autorregulación, los médicos tuvieron que lograr algún grado de acuerdo entre ellos mismos.

Precisamente la falta de ese acuerdo, la hostilidad entre diferentes grupos, la falta de intereses comunes y las divisiones internas impidieron el florecimiento de la medicina como profesión en Norte América hasta mediados del siglo XIX. La consolidación de la autoridad profesional ocurrió en el lapso comprendido entre 1850 y 1930. Luego de grandes enfrentamientos entre homeópatas, eclécticos y ortodoxos la convergencia entre los grupos llevó a la implantación de la licencia médica que ocurrió entre 1870 y 1880. El papel de la Asociación Médica Americana (AMA) y la implantación de su código de ética, así como su apertura a finales de siglo con lo grupos en conflicto, fueron pasos muy importantes para conseguir el respeto de la sociedad.

Se hizo entonces necesaria la reforma a la educación médica, que se inició a finales de siglo y culminó con la publicación del informe Flexner en 1910. Con la reforma de la educación y la reestructuración del sistema se aseguró el florecimiento definitivo de la poderosa medicina americana, que se consolidó luego de la Segunda Guerra Mundial, cuando el gobierno comenzó a proporcionar importantes fondos para la investigación, la educación médica y la construcción

de hospitales. Estos hechos tuvieron repercusión y en gran parte promovieron los formidables avances de la profesión en el presente siglo.

La medicina defensiva

En el transcurso del siglo XX y principalmente en su segunda mitad, los derechos individuales fueron adquiriendo mayor importancia y las gentes fueron más activas en exigirlos. El derecho a conocer la verdad, a decidir libremente sobre lo que afecta a la persona y a conocer todos los detalles de los tratamientos, fueron factores universales impulsados por la introducción del llamado “consentimiento informado”.

Aunque sus orígenes se remontan a los comienzos del siglo, cuando en 1905 la Corte Suprema de los Estados Unidos declaró que el derecho de los ciudadanos libres “prohíbe a los médicos o cirujanos, independientemente de lo especializados o eminentes... a violar sin permiso la integridad corporal de su paciente... y a operarlo sin su consentimiento o conocimiento”. Realmente fue sólo hasta octubre de 1957 cuando la Corte de California, al pronunciarse sobre el caso de un paciente, que quedó parapléjico luego de un procedimiento diagnóstico, determinó: “Un médico viola sus obligaciones con el paciente y adquiere responsabilidad civil si oculta cualquier hecho que sea necesario para formar la base de un consentimiento inteligente del paciente con respecto al tratamiento propuesto. A partir de los años 70, los médicos americanos tienen la obligación clara de informar a sus pacientes no solamente el procedimiento que se va a practicar, sino también la evidencia existente acerca del resultado esperado (2).

Este paso tuvo una influencia universal grande, alertó a los enfermos sobre sus derechos y dio cabida a numerosas demandas, lo que llevó rápidamente a que los médicos en todas partes tuvieran que acudir, cada vez con mayor frecuencia, a la llamada “medicina defensiva”, que en palabras claras no es cosa diferente a practicar procedimientos y exámenes que el paciente no requiere, pero que a la hora de una demanda pueden servir para demostrar que el médico obró de manera diligente e hizo todo lo que debía hacer.

En Colombia los principales hechos legales relacionados con este tema se ven por primera vez en forma clara en la Ley 23 de 1981, conocida como Ley de Ética Médica, que establece la necesidad de obtener la voluntad jurídica del paciente o de los familiares cuando se van a aplicar procedimientos experimentales como única posibilidad de salvación (parágrafo del artículo 12), determina la exigencia de obtener la autorización de los padres, tutores o allegados, de pacientes que se encuentren limitados en sus condiciones de juicio y discernimiento (artículo 14), y establece la necesidad de “pedir consentimiento” para aplicar procedimientos médicos y quirúrgicos (artículo 15). Todos estos principios fueron claramente reforzados más tarde, en la Constitución Nacional de 1991, en varios de sus artículos (3).

La escalada de costos

A partir de la década de los 60 el gasto en salud ha aumentado de manera alarmante en todas las naciones. En las más avanzadas estas cifras han llegado a niveles que preocupan al mundo entero. En los Estados Unidos, que en 1929 invertía en salud sólo 3.5% de su producto interno bruto (PIB), el gasto aumentó a 5% en 1960 y luego dio un espectacular salto que lo llevó a 13.6% en 1995. En otros países las cifras son también respetables: 10% en Canadá, 8.6% en Alemania, 7.3% en Japón, y 7.1% en Gran Bretaña. Estos números significan un gasto por persona y por un año, en dólares americanos, para 1993 de: 3.331 en Estados Unidos, 1971 en Canadá, 1.815 en Alemania, 1.495 en Japón y 1.231 en Gran Bretaña (4).

Nuestro país no ha sido ajeno a estos cambios; desde 1993 cuando el gasto total en salud equivalía a 6% del PIB de acuerdo con los datos del Ministerio de Salud, llegó para algunos investigadores (5), a 10.1% en 1996 y es probable que esté cerca de 11% en 1997. Esto equivale aproximadamente a US\$250 por persona por año, cifra que a pesar de ser significativa para nuestro país, todavía está muy distante de las naciones más desarrolladas.

La inversión que realizan los países para dar salud a sus pueblos no necesariamente camina de la mano con los indicadores, pues un mayor gasto no garantiza mejores indicadores como se demuestra con el ejemplo, bien ilustrativo, del contraste entre los Estados Unidos y el Japón. Mientras el gasto per cápita es casi el doble en Estados Unidos, los indicadores están bien a favor del Japón, país que tiene una mortalidad infantil de 4,6 por 1.000 nacidos vivos contra 9,7 de los americanos y una expectativa de vida de 75,9 años para las mujeres y 81,8 para los hombres, contra 71,5 y 78,5 respectivamente (6) en los Estados Unidos. Vale la pena recordar que los tipos de medicina de los dos países difieren en varios aspectos, basta mencionar que los trasplantes de órganos eran prácticamente una rareza en el Japón hasta hace muy poco tiempo.

No es el propósito entrar en la discusión sobre las verdaderas causas de la explosión de costos en la medicina; este es un debate que no ha terminado y que tiene muchas vertientes. Sin embargo, me parece oportuno mencionar que no comparto la opinión de respetables colegas que afirman que esta situación se presenta porque la medicina de buena calidad y alta tecnología es muy costosa.

En primer lugar hay numerosas experiencias, varias de ellas en nuestro propio país, que demuestran que hacer medicina de alta calidad generalmente resulta menos costoso que la medicina de calidad deficiente. En segundo lugar en todas las actividades humanas el progreso y el avance tecnológicos han llevado a una disminución de los costos y no parece razonable que la medicina se la única excepción a ello.

Hay suficientes evidencias que demuestran que cuando es un tercero quien paga las cuentas y no el propio paciente se presenta una pérdida en el control del gasto. También es claro el impacto económico de la medicina defensiva y no existen

muchas dudas en cuanto a la responsabilidad que tienen los propios enfermos, que con frecuencia presionan a los médicos para que se les realicen procedimientos o tratamientos no claramente indicados, especialmente cuando quien responde por los gastos es una empresa o una aseguradora.

Sin embargo, la más importante causa del aumento de costos es la mala medicina: ¿Cuánto dinero cuestan los exámenes mal indicados o innecesarios?, ¿cuánto aquellos indicados por inseguridad del médico?, ¿cuánto los generados por la medicina defensiva?, ¿cuánto los que son indicados por ignorancia de algunos pocos profesionales que no conocen las indicaciones o limitaciones de muchos procedimientos?, o ¿cuánto valen aquéllos que se realizan con fines netamente comerciales porque el profesional tiene intereses directos en inversiones que ha realizado en equipos de diagnóstico? Cuánto cuestan las cirugías innecesarias y cuánto los errores médicos. En fin, ¿cuánto vale la mala medicina?

Lo cierto es que, independientemente de su causa, el aumento incontenible en los costos es una de las razones que ha llevado a muchos países a emprender reformas que buscan controlarlos, tratando, simultáneamente, de garantizar el acceso universal y la equidad. Existe consenso entre los investigadores económicos en que no se puede permitir la continuación de este aumento vertiginoso, pues sobrepasar los niveles del 14% del PIB es una situación insostenible que no puede soportar la economía de ninguna nación de la tierra.

Médicos desmotivados

En contraste con el formidable aumento en los costos de los sistemas de salud, la remuneración de los médicos ha venido descendiendo progresivamente en todo el mundo, entre otras cosas como consecuencia de los cambios y de las reformas, por lo que los médicos resiente la progresiva intervención del Estado y de las compañías intermediadoras, a quienes culpan de sus bajos ingresos y de limitar la práctica libre de la profesión. Los honorarios médicos han llegado en muchas ocasiones a niveles muy bajos y casi sin excepción, hoy el profesional debe trabajar mucho más para obtener los mismos ingresos que tenía hace unos pocos años.

A esto se suma lo que se ha señalado como pérdida de autonomía profesional, que se refiere a las limitaciones a que se ve enfrentado el médico al tener que solicitar autorizaciones para determinados tratamientos o procedimientos o al tener que abstenerse de practicarlos por no haber sido autorizados. Por eso se afirma en los foros médicos que actualmente no se puede ejercer la profesión “libremente” pues existe todo tipo de limitaciones por parte de terceros.

También es preocupante el desbordamiento en el número de facultades de medicina que ha ocurrido en Colombia en los últimos años, con lo cual se ha incrementado de manera irracional la producción de médicos, cuya calidad no es siempre la más deseable, lo que ha llevado a una competencia profesional feroz y no siempre ética.

Esta gran cantidad de médicos no parece que tenga tendencia a disminuir pronto, cuando no se han producido medidas de gobierno que limiten drásticamente el número de facultades de medicina y ajusten la producción de médicos a las necesidades reales del país. Además, según demuestran encuestas recientes, la medicina es la carrera preferida entre los estudiantes de bachillerato, superando por mucho a las demás profesiones, pues la que le sigue tiene apenas la mitad de preferencias.

El excesivo número de médicos, formados con criterios muy diversos, ayudará a perpetuar las bajas remuneraciones y contribuirá a fomentar los desacuerdos sobre las normas éticas y sobre los requisitos mínimos para ejercer la profesión.

La medicina corporativa

La presencia del llamado “tercer actor”, es decir, las compañías intermediadoras del dinero y del riesgo, se explica como una forma en que los ciudadanos y los países han pensado que se puede lograr, mediante los mecanismos de solidaridad y compensación, que las personas tengan cubiertas sus necesidades de salud con un pago permanente de sumas de dinero y no estén expuestos al riesgo de un imprevisto muy costoso, que ponga en peligro la estabilidad económica de toda la familia. Aunque de alguna manera se ha logrado el objetivo fundamental, la necesidad de controlar los costos mediante intervenciones que pueden limitar el acceso a determinados procedimientos o tratamientos, produce una clara incomodidad en profesionales y pacientes.

En su libro sobre la nueva ética médica Haavi Morreim afirma: “Los agentes económicos que proporcionan y actualmente manejan más estrechamente los recursos físicos y fiscales del cuidado de la salud, no son unos intrusos. Ellos son una parte íntima de él. Si la relación médico-paciente fue en alguna ocasión únicamente entre dos personas, esto fue solo porque los tiempos y la medicina eran más simples. En el presente y el futuro, mucho más complejos, las obligaciones del médico para con el paciente no pueden continuar siendo unipersonales y con un compromiso inequívoco, sino que deben reflejar un balance. Los intereses del paciente deben ser sopesados contra los legítimos de otros pacientes, de los pagadores, de la sociedad como un todo y los del propio médico. A pesar de que existe una relación médico-paciente, ésta está enmarcada ahora en un contexto más amplio de la atención en salud. Así, los derechos e intereses de los agentes económicos de la sociedad y de los demás actores son apropiados y rutinarios y no excepcionales o moralmente desagradables” (7).

La intervención del Estado

En Colombia se culpa de todo lo que está ocurriendo a la Ley 100, en otros lugares a la reforma de turno, a la medicina prepagada, a la medicina socializada, a las compañías de seguros o a la participación de cualquier “tercero” en la relación médico-paciente. Sin embargo, haciendo honor a

la verdad, la participación del Estado es tan vieja como la medicina o como la propia humanidad. Probablemente no es fácil encontrar una intervención más severa y más clara que la del Código de Hamurabi, que como sabemos data del año 1792 antes de Cristo, cuando el rey de Babilonia estableció leyes que limitaban la remuneración de los médicos y los castigaba cuando los tratamientos ocasionaban algún daño a los pacientes (8). En la antigua China los mandarines pagaban a los médicos únicamente cuando el paciente estaba bien y en Europa en el siglo XIV la mayor parte del Imperio Romano tenía leyes acerca del entrenamiento de los médicos, de sus licencias y de sus honorarios.

El Código de Hamurabi en realidad no era sólo un código de conducta sino que también se trataba de lo que en lenguaje actual se llamaría un “manual de tarifas”, pues establecía con claridad la remuneración que debía recibir el médico por cada procedimiento, pero además la relacionaba con el resultado final de la intervención, de manera que era menor si el enfermo no había obtenido el resultado esperado. No quiero ni pensar lo que sucederá cuando este antiguo concepto se trate de introducir en la remuneración médica, como lo están sugiriendo algunos investigadores contemporáneos.

Errores y complicaciones en la medicina moderna

Algunos datos sobre la medicina moderna no solamente son preocupantes, sino que invitan a reflexionar. Por ejemplo, saber que en los hospitales americanos ocurren entre 2.000 y 3.000 muertes semanales relacionadas con tratamientos médicos, que en un año las muertes ocasionadas por problemas médicos son tres veces más que los americanos que murieron en la guerra del Vietnam y más de cuatro veces que las muertes ocasionadas en accidentes de tráfico, y que se estima que aparte de las muertes los tratamientos médicos lesionan 1.300.000 personas adicionales (9), son cifras escalofrantes.

Brenan y colaboradores en un artículo publicado en el *New England Journal of Medicine* en 1991 (10), afirman que en cerca de una de cada 25 admisiones hospitalarias resulta un paciente lesionado, que la negligencia fue responsable de una tercera parte de los problemas, que cerca de 3% de los “eventos adversos” causaron lesiones con discapacidad permanente y que cerca de una de cada siete de estas lesiones causó la muerte del paciente. Otros investigadores han calculado que sólo en Estados Unidos ocurren cada año cerca de 121.000 muertes prematuras ocasionadas por la atención hospitalaria.

Las reacciones adversas a los medicamentos son tema para muchos análisis; uno de ellos fue el que realizó David Bates, en dos hospitales de Harvard, en que concluyó que las reacciones adversas prevenibles tienen un costo extra de 2.8 millones de dólares al año en un solo hospital de docencia grande y sofisticado (11). Otros investigadores demostraron que los efectos adversos aumentaron las hospitalizaciones

en promedio dos días, con un costo cercano a 2.300 dólares por caso (12).

Si las cifras que se han mencionado muestran únicamente el panorama de lo que ocurre en los Estados Unidos, puede uno imaginarse las magnitudes escandalosas que se obtienen al tratar de extrapolar a la población total de la Tierra. ¡Es muy probable que no exista ninguna otra causa mayor de muertes prevenibles en toda la historia de la humanidad, que las que están ocurriendo por los tratamientos médicos!.

La llamada medicina basada en la evidencia, tan de boga en los tiempos actuales, ha aportado informaciones adicionales, que sumadas a las mencionadas anteriormente proporcionan elementos que deben evaluarse cuidadosamente. Me refiero al hecho de que sólo una proporción minoritaria, probablemente cercana al 15%, de las intervenciones médicas se encuentra en un nivel I de evidencia, es decir, que hay una alta evidencia de su efectividad. Significa eso, es otras palabras, que la gran mayoría de los tratamientos que aplicamos en la actualidad tienen una utilidad cuestionable en muchos casos y no puede ser sustentada con la evidencia científica disponible en la mayoría.

Otros cambios que afectan la medicina

Las características epidemiológicas han cambiado en forma dramática con el transcurso del siglo y principalmente como efecto de la medicina. Nos acostumbramos a ver como se fueron controlando hasta desaparecer las epidemias ocasionadas por enfermedades infectocontagiosas, cómo el aumento del promedio de edad abrió paso a enfermedades crónicas y el estilo de vida aumentó las enfermedades cardiovasculares y el trauma. El inusitado aumento de las enfermedades psiquiátricas es uno de los cambios más importantes de final de siglo. Una publicación reciente de la Organización Mundial de la Salud muestra cómo entre las diez principales causas de discapacidad en el mundo en 1990, la depresión unipolar ocupó el primer lugar, los desórdenes bipolares el sexto, la esquizofrenia el noveno y los desórdenes obsesivo-compulsivos el décimo. Es decir, cuatro enfermedades psiquiátricas están dentro de las diez principales causantes de discapacidad (13).

La estructura de la población ha cambiado en el siglo que está terminando, como consecuencia de las acciones de salud. En Colombia las estadísticas al respecto son bien demostrativas; por ejemplo, la esperanza de vida al nacer pasó de 50 años a mediados del presente siglo a 69 años a comienzos de los años 90 y se espera que estará en 71 al finalizar el siglo (14). Por su parte, la mortalidad infantil pasó de 70 muertes por cada mil nacidos vivos en 1970 a 27 en 1990 y la tasa de fertilidad pasó de un promedio de 6.8 hijos por cada mujer en 1950 a 2.5 en 1994.

La revolución de la información

El cambio que más afectará a la medicina está apenas comenzando y sus efectos ya son evidentes. Me refiero a la revolución de la información, que hace posible a cualquier

persona tener acceso a todo lo que durante muchos años fue celosamente protegido y guardado como una propiedad exclusiva de los profesionales de la salud.

En estas condiciones ya está ocurriendo y ocurrirá cada vez con mayor frecuencia, que el paciente que acude al consultorio conoce de su enfermedad tanto o más que el propio médico, pues ha tenido el tiempo para dedicarse a estudiar todo lo que existe sobre su mal, hasta el último trabajo que fue publicado la noche anterior en la Internet y que no aparecerá en las revistas médicas sino a lo sumo el mes siguiente. Además tendrá muy pronto la posibilidad de realizar consultas “virtuales” con los profesionales que más saben del tema en todo el mundo.

¿Cuál será nuestro papel en ese escenario, cuando simultáneamente toma auge en muchos rincones del mundo la posibilidad de que técnicos y no médicos realicen muchos procedimientos, especialmente de diagnóstico y hasta procedimientos quirúrgicos sencillos? ¿Qué efecto tendrá el hecho de haberse demostrado que el desempeño de programas de computador para el diagnóstico y manejo de algunas enfermedades es consistentemente mejor que el de los médicos? (15), algo así como lo que ocurrió con la computadora Deep Blue derrotando al campeón Gary Kasparov en el llamado “juego ciencia”, considerado por años como el más refinado campo de la inteligencia y el juicio humanos?

A este tema se ha referido, con la inteligencia que lo caracteriza, el presidente de la Academia Nacional de Medicina, Dr. José Felix Patiño, a quien cito textualmente: “Se ha hablado de “dominación profesional” en el sentido de criticar lo que antes podría haber sido un manejo exclusivista y monopólico por parte de la medicina. Esto, sin embargo, ha cambiado profundamente en la era actual de las comunicaciones y de la información. En efecto, la revolución de las comunicaciones ha hecho surgir lo que pensadores como Marcelo Alonso o John Bockman denominan la tercera cultura, en contraste con la polarización de antaño en las dos culturas bien definidas por C.P. Snow, la humanística y de letras, por un lado, y la técnica y científica por otro. Alonso concibe la tercera cultura como un nuevo ambiente intelectual global que reúne los aspectos más relevantes para las sociedades tecnológicas y en el cual participan todos los ciudadanos, independientemente de su trayectoria individual. En otras palabras, lo que tradicionalmente ha sido llamado ciencia se ha integrado a la cultura pública” (16).

Las medicinas no tradicionales

En las dos últimas ha sido tan espectacular el crecimiento de las llamadas “medicinas alternativas o medicina tradicionales” en todo el mundo, que unos pocos ejemplos ilustran bien la situación: en 1990 en los Estados Unidos ocurrieron 425 millones de consultas para terapias no convencionales (quiropáticos, terapias de masajes, y otros), es decir, 37 millones más que las consultas realizadas a los médicos de atención primaria en el mismo período. En Francia la venta de hierbas medicinales viene aumentando de manera impresionante, en diez años se ha duplicado su mercado y actual-

mente la usa una de cada 5 personas en París (17) y en Gran Bretaña las ventas de las medicinas a base de hierbas, que se despachan sin ningún tipo de prescripción, han aumentado en 70% desde 1988 (18). No conozco cifras para nuestro país, pero a juzgar por lo que se puede observar el fenómeno no es menos importante que en el resto del mundo.

Quienes buscan este tipo de terapias pertenecen a todos los estratos sociales y económicos, pero parece ser más frecuente en las clases altas, en personas con enfermedades crónicas (las más comunes son los dolores de espalda, las alergias y la artritis), quienes buscan ayudas para el tratamiento de la obesidad y un grupo que no requiere el tratamiento específico de una enfermedad sino mejorar su salud, y finalmente, un grupo de personas con enfermedades terminales a quienes ya se ha informado que la medicina tradicional tiene poco para ofrecerles.

Evocando a Paracelso: es necesario el cambio

Es evidente que la medicina está bajo fuertes presiones de toda índole: científicas, económicas, sociales y políticas. Muchas son ocasionadas por el éxito de la medicina y no por sus fallas: el enorme aumento de enfermedades crónicas es un tributo indirecto a la capacidad de la medicina para mantener saludables a aquéllos que en otros tiempos deberían haber muerto.

Cuando vemos cuán lejos se encuentra lo que hacemos de lo que la sociedad espera que hagamos por ella, cuando sabemos que solamente un número limitado de tratamientos ha demostrado de manera incontrovertible su utilidad cuando repasamos las cifras de las muertes derivadas de procedimientos médicos, cuando analizamos los contrastes entre grandes inversiones en salud y mejores resultados obtenidos con inversiones más modestas, cuando percibimos que la sociedad no está conforme con la medicina cuando es evidente que nosotros mismos no lo estamos, ¿no será la hora de cambiar?, ¿no será el momento de pensar si los equivocados somos nosotros y no el resto de la humanidad?

Al realizar este tipo de reflexiones es imprescindible evocar la memoria de Paracelso: Philippus Aureolus Theophrastus Bombast von Hohenheim, conocido en la historia como Paracelso, nació en Suiza el 14 de octubre de 1493 y falleció a lo 48 años en Salzburgo el 24 de septiembre de 1541 (19). Escogió el nombre para significar que quería ser aun más importante que Celso, considerado el más grande escritor médico Romano, también conocido como el “Cicerón de los médicos” o el “Hipócrates de los Romanos”, que escribió su famoso Tratado de Medicina, descubierto por el Papa Nicolás V (1397-1455), que fue una de las primeras obras médicas en ser publicada (1478) luego de la introducción de la imprenta (20).

La importancia de Paracelso como médico es grande por haber dado cabida a los minerales en la salud: fue el primero en relacionar el bocio con la presencia de algunos minerales, especialmente el plomo. Preparó nuevos medios

para diversas enfermedades a base de minerales, especialmente mercurio, sulfuros, hierro y cobre, en contraposición al arraigo uso de las hierbas de la medicina galénica, con lo cual abrió la puerta a la medicina moderna. Son famosas su descripción de la sífilis y el tratamiento con base en sales de mercurio y la primera descripción de la silicosis de la que luego de cuidadosas observaciones estableció su etiología, para disipar las leyendas sobre los espíritus a quienes echaban los mineros las verdaderas causas.

Pero tan brillante médico ha pasado a la historia más por su actitud que le ha valido los apodos de “El crítico” o “El primer médico moderno” (21), pues cuestionó la medicina, las universidades y la enseñanza. “¿Quién es el que no sabe- escribió- que los doctores de hoy en día cometen equívocas- espantosas y causan grandes daños a sus pacientes? ¿Quién es el que no sabe que ello es debido al hecho de que se aferran ciegamente a las enseñanzas de Galeno y Avicena y otros por el estilo?”. De sus observaciones concluyó que a los estudiantes en las aulas se les llenaba la cabeza de tradiciones que a pesar del lenguaje elegante con que estaban escritas, eran tan falsas como las supersticiones de los campesinos. Poco a poco desarrolló una crítica demoledora contra todo lo establecido, que culminó con la quema de los libros de Galeno y Avicena, hasta entonces sagrados para el conocimiento científico, el 24 de junio de 1527.

La historia reconoce a Paracelso como el hombre que rompió viejos paradigmas, desbarató dogmas y abrió la puerta para la medicina moderna al indicar los nuevos caminos que tantas ideas preconcebidas no permitían ver. Es por ésto que lo he querido recordar, porque nuestra época requiere de hombres que tengan el valor de señalar la necesidad de cambiar, que no vacilen en indicar los errores actuales y que se aventuren a señalar el camino correcto para el futuro.

La errónea concepción de la muerte.

Cuando se piensa en la medicina y la práctica médica, en el contraste que existe entre el tipo de medicina que nos enseñaron y el que hemos tenido que ejercer, entre la medicina que estamos enseñando y la que nuestros alumnos tendrán que practicar, entre la atención que brindamos a nuestros enfermos y la que ellos esperan de nosotros, entre la forma como entendemos nuestro compromiso social y la manera como la sociedad espera que lo cumplamos, es evidente que tendremos que cambiar algunos de los conceptos más arraigados de nuestra educación.

Creo que una de las grandes desviaciones en nuestra formación es la concepción de la muerte que nos fue presentada cuando estudiantes como un enemigo al cual había que vencer a toda costa y a cualquier precio. De esta manera los médicos constituimos un “ejército de hombres de blanco” que persigue todos los rincones a la muerte., la temida “parca”, a la cual no podemos dejar acercarse ni permitir que triunfe. Tal vez de allí nace la sensación de sentirnos “derrotados” cuando uno de nuestros enfermos muere.

Probablemente apoyado en los grandes avances de la tecnología, de la terapéutica, de la cirugía, de las vacunaciones, ese ejército de blanco cada vez se sintió con más posibilidades de vencer, probablemente pensando, ilusa y tontamente, que encontraría remedio para todo y que aún la propia vejez podría llevar más lentamente al lógico final de la vida.

Con esa concepción los jóvenes médicos se ven impulsados a usar “todas las armas”, a no ahorrar esfuerzo para no dejarse vencer. En ese desenfrenado forcejeo con frecuencia se olvida al enfermo: sus creencias, sus deseos y aun su propio estado. No hay procedimiento, tratamiento, método de diagnóstico o elemento que no se use para tratar de vencer, sin importar el precio, las consecuencias o los sufrimientos que ello pueda ocasionar.

¡No hemos podido cometer error más infortunado, escoger un enemigo con el que irremediamente, tarde o temprano, tendremos que perder!

La razón de ser de la medicina: los pacientes

También me ha preocupado el que en nuestra formación parece haberse refundido en algún lugar el objeto real de nuestra profesión. Cuando se pregunta por él a jóvenes colegas, hay que ver la cara de desconcierto, tal vez porque ellos nunca se la han formulado: ¿Será combatir a la muerte?, ¿Será investigar?, ¿Será la sociedad?. Con muy poca frecuencia se obtiene la respuesta clara y contundente de que el objeto de la medicina es el paciente, los enfermos como un todo, no sus enfermedades y mucho menos nuestros propios intereses científicos, educativos, investigativos o económicos.

Esta concepción errónea es culpable de muchas de las circunstancias actuales. Tal vez hemos perdido la dimensión y nos cuesta trabajo tener presente que el objeto de un sistema de salud son los ciudadanos y que la razón del acto médico son los enfermos. No es raro que pensemos primero en nosotros, en nuestra conveniencia, en nuestro propio interés y, a veces, por qué no decirlo, hasta en nuestras finanzas. No tengo la menor duda de que aquí radica mucha de la dificultad que tenemos para entender la importancia de medidas sociales que afectan nuestra profesión y especialmente nuestros ingresos.

En busca de una nueva definición de la medicina

Afortunadamente hay gente que ha entendido el reto, que ha comprendido que la misión no es tratar de volver al pasado sino construir para el futuro. No para ver cómo la profesión médica puede recuperar su sitio dentro de la sociedad, sino más bien para pensar lo que debe ser fundamental para el profesional del nuevo siglo.

Un ejemplo es el del Hastings Center, de los Estados Unidos, que en 1996 produjo su informe sobre el resultado del trabajo de cuatro años de un grupo internacional que exami-

nó los objetivos de la medicina a la luz de sus posibilidades y problemas contemporáneos. Participaron 14 países con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y realizaron varias reuniones regionales y tres reuniones formales bajo la dirección de Daniel Callahan (22), que en la actualidad es el director del centro.

Este grupo ha definido cuáles deben ser los valores de la medicina que representan la esencia de la profesión y que ayudarán a mantener su integridad ante las presiones políticas o sociales: “1°. La prevención de la enfermedad y de las lesiones y la promoción y el mantenimiento de la salud. 2°. El alivio del dolor y el sufrimiento causado por las enfermedades. 3°. El cuidado y la curación de los enfermos y el cuidado de aquéllos que no tiene curación. 4°. Evitar la muerte prematura y lograr una muerte en paz”.

Con estas metas la medicina debería aspirar a ser “honorable y dirigir su propia vida profesional; moderada y prudente; financiable y económicamente sostenible; justa y equitativa y debe respetar la dignidad humana y su libre elección”.

El médico del nuevo milenio

Muy poco se podría agregar a estas definiciones de lo que debe ser el médico del milenio que está por comenzar, tal vez me atrevería a aventurar un poco sobre algunos valores que deben rescatarse y ser complemento de lo ya dicho: la honestidad, la humildad y la ecuanimidad.

La honestidad es la base sobre la que deben construirse los valores del médico. Es la honestidad intelectual la que permite reconocer las limitaciones para no presumir saberlo todo y la que impulsa el intelecto a la actualización constante, la que recuerda permanentemente en dónde se encuentran los límites del conocimiento para que se actúe siempre en la búsqueda de la verdad.

La humildad es la característica de los sabios y de los verdaderos investigadores, es aquélla que permite reconocer los errores y aprender de ellos, así como ser discreto en la hora de los triunfos. Esa es la virtud que se refiere Carlos Gaviria, así: “La humildad es parte de esa virtud que el médico debe tener: lo que Diego García llama la tolerancia; lo que algunos otros invocaron como candidez en el trato con el enfermo; lo que para Potter consiste en analizar siempre el punto de vista del otro juiciosamente, procurando con esa otra visión construir otra nueva, más grande, más universal y más sostenible para el futuro de la humanidad”.

La ecuanimidad, bellamente descrita por ese gran internista, sir William Osler, en su famosa oración Aequanimitas al despedirse de la Universidad de Pensilvania el 1°. de mayo de 1889, cuando la comparó a la imperturbabilidad: “Compostura y presencia de ánimo en toda clase de circunstancias, la calma frente a la borrasca, la claridad, el juicio en momentos de mayor peligro, la inmutabilidad, la impassibilidad, o para expresar un viejo pero expresivo vocablo: flemma, no perder la cabeza...¿Qué es la paciencia sino ecuanimidad que nos capacita para elevarnos sobre

las vicisitudes de la existencia?” (23). ¡No le faltaba razón a Osler para recomendarla a sus discípulos!

El humanismo que debe caracterizar al médico ha sido motivo de muchas publicaciones; en nuestro país acaba de aparecer el hermoso libro de Adolfo De Francisco, en donde tomo la siguiente definición: “Dos escuelas diferentes plantean concepciones distintas del humanismo: para una de ellas, el término humanismo se refiere a un complejo de valores perdurables, formulados hace muchos siglos en la antigüedad y complementado por ciertas ideas renacentistas, valores éstos de los que se dice que tienen idéntico significado para todos los hombres con una abstracción de su ubicación cronológica o geográfica. Para la otra el término humanismo se refiere a un fenómeno históricamente variable que se desarrolla y transforma de un modo determinado en el curso de los siglos... En el fondo el espíritu humanista a través de los tiempos, fue expresado por Terencio en su conocido aforismo: nada de lo humano me es ajeno” (24).

Otro libro, publicado recientemente, sobre estos temas es el del intensivista Carlos Gaviria Neira titulado *Práctica Médica en Colombia*. Paradigma bioético por excelencia (25). En él cita una frase de Paracelso que tiene un profundo significado: “El médico debe poseer la virtud de saber bien lo que se hace pero, ante todo, lo debe hacer con amor. El arte y la ciencia deben nacer del amor (por la humanidad), de otra manera no llegarán a lograr perfección”.

El conocido filósofo alemán contemporáneo Hans-Georg Gadamer defiende la idea de que la medicina no es únicamente la ciencia de la salud, sino también un arte de importancia hermenéutica, que requiere el ejercicio de un juicio práctico y de interpretación personal (define hermenéutica como el arte de entender lo relacionado con los seres humanos). Sostiene que debemos reconocer los límites de una aproximación puramente técnica al proceso de curación, así como la importancia de una aproximación cualitativa al tratamiento médico. A todo lo largo de sus reflexiones insiste en la concepción platónica que afirma que es imposible curar el cuerpo sin conocer algo acerca del alma, es decir, sin conocer la naturaleza del “todo” (26).

Como lo afirma José Felix Patiño “los médicos hemos logrado extender la duración de la vida humana pero poco hemos hecho por mejorar su calidad. El resultado es un aumento en la incapacidad física y mental, o sea en la morbilidad, en la edad avanzada. Ahora debemos preocuparnos por la comprensión de tal morbilidad, mejorando la atención a los factores que inciden sobre el deterioro orgánico y mental, con el fin de que las personas de edad avanzada lleguen al límite de su vida en condiciones de autonomía que les permita una adecuada simbiosis con su entorno” (27).

La medicina persistirá como profesión en la medida en que el conocimiento médico especializado sea conservado y puesto en práctica para beneficio de la humanidad, de manera responsable y de acuerdo con las necesidades actuales de las sociedades, conservando estándares para su ejercicio que garanticen la calidad y la reproducibilidad de los resul-

tados, sustentados por evidencias clínicas y reconocidos y aceptados por la comunidad médica.

El médico de cada época ha de ser diferente y la época ha cambiado. El monopolio de la información y el control de procedimientos y prácticas no están exclusivamente en nuestras manos, la sociedad tiene una estructura diferente y sus expectativas son otras, aún las enfermedades son distintas.

El médico de esta nueva época debe distinguirse por sus virtudes personales, depender menos de los procedimientos y acogerse a normas estrictas de ética y de conducta, para recuperar el respeto de la sociedad. Debe ser culto, elegante en el pensamiento y en la actitud y pulcro en todo sentido. Nunca debe olvidar que la razón de ser de nuestra profesión es el paciente, que la medicina exige entrega y sacrificio y que para ejercerla es necesario entenderla y amarla.

Sueño con un médico para el nuevo milenio con gran capacidad de examinar y diagnosticar, de interrelacionarse con su paciente y de conocerlo profundamente para poder buscar su bienestar. Con una concepción integral, “holística”, del hombre, más universal y más humano, con conocimientos de economía y de administración, con amplio dominio del mundo de la informática y los computadores y una especial aptitud para juzgar el inmenso caudal de información que tendrá a mano.

Percibo que el tema que dominará su interés es el del medio ambiente, que al ser una de las preocupaciones primordiales de la humanidad en los albores del siglo XXI, desde ya está teniendo importantes implicaciones para la salud por lo que, seguramente, la profesión médica será la abanderada de una nueva posición del hombre frente a su hábitat.

En su práctica el nuevo médico deberá tener especial entrenamiento en las enfermedades psiquiátricas, sobre todo en la identificación de la depresión y de los problemas de adaptación, así como de las demencias. Las enfermedades crónicas y degenerativas deben ocupar gran parte de su estudio como lo ocuparán durante su ejercicio profesional.

Para formar médicos con esta nueva concepción, todos tenemos una enorme responsabilidad que es aun mayor para las facultades de medicina que deben realizar un esfuerzo sin precedentes para despojarse de paradigmas del presente y del pasado, pues de que lo logren dependerá, en buena parte, que la medicina continúe existiendo como profesión, preservando lo que tiene de ciencia y tal vez aumentando lo que tiene de arte.

Como es poco probable que la ciencia y la profesión médica obtengan nuevos éxitos en prolongar aún más la vida, la obsesión de vencer la muerte irá disminuyendo en el futuro. Entonces será más fácil comprender que al prolongar la vida apenas retrasamos la muerte y volverá a

ser más importante la sagrada misión de procurar siempre el bienestar de nuestros enfermos.

Por eso he querido terminar con una muy famosa y conocida frase del presidente John F. Kennedy, que resume la esencia de lo que he compartido hoy con ustedes: “habiendo dado años a la vida, ahora nos corresponde dar vida a los años”.

Referencias

1. Starr P. “The social Transformation of American Medicine”. New York: Basic Books; 1984.
2. Millenson M. Medicine in the information Age. In: Demanding Medical Excellence. Chicago: The University of Chicago Press; 1997: 315-318.
3. Castaño de Restrepo MP. “Consentimiento informado del paciente o voluntad jurídica del paciente”. En: Tamayo J, et al. “Responsabilidad civil médica en los servicios de salud”. Bogotá: biblioteca Jurídica 1993.
4. Kindig DA. Purchasing Population Health: A vision. In: Purchasing population Health. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 1997: 1-10.
5. Vargas JE, Sarmiento A. “La descentralización de los servicios de salud en Colombia”. Publicado por Naciones Unidas. Bogotá: 1997.
6. The Economist. “Health Care”. Editorial 1991; julio 6: 1-19.
7. Haavi Morreim E. Balancing Act. The new medical ethics of medicine’s new economics. Washington: Georgetown University Press; 1995; 2-3.
8. Lyons AS. Medicine. An illustrated History. New York: Harry N Abrahams Inc; 1987.
9. Millenson ML. Demanding medical excellence. Chicago: The University of Chicago Press; 1997: 5.
10. Brennan TA. The incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study. N Engl J Med 1991; 324: 370-376.
11. Bates DW, et al. The cost of adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997; 277: 307-311.
12. Classen DV, et al. Adverse drug events in hospitalized patients. JAMA 1997; 277: 301-306.
13. Murray CJL, López A. The global burden of disease. Ginebra: World Health Organization; 1996.
14. Ministerio de Salud. “La Salud en Colombia” Diez años de Información. Bogotá; 1994; 9.
15. Gawande A. No Mistake. The New Yorker. 1998; March 30: 74-81.
16. Patiño JF. Discurso de posesión como presidente de la Academia Nacional de Medicina para el período 1998-2000. La profesión médica, la reforma a la salud y la seguridad social. Medicina 1998; 20: 1-5.
17. Herzlinger R. Alternative Therapies. En: Market Driven Health Care. Reading. Addison-esley publishing company; 1998; 69-70.
18. The Economist. “Tomorrow’s Doctoring: Patient, heal thyself”. 1995; Febrero 4: 19-21.
19. Encyclopaedia Britannica. Chicago: University of Chicago; 1986; Tomo 9: 134-135.
20. Encyclopaedia Britannica. Chicago: University of Chicago; 1986; Tomo 3: 16.
21. Haggard HW. El médico en la historia. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1952.
22. Hasting Center Report. Special Supplement. The goals of medicine. Setting new priorities. New York; 1996 (noviembre-diciembre).
23. Osler W. Aequanimitas. Filadelfia: The Blakiston Company; 1942.
24. De Francisco A. Humanismo y Medicina. Bogotá. Academia Colombiana de Historia; 1998.
25. Gaviria CA. Práctica Médica en Colombia. Paradigma bioético por excelencia. Anotaciones. Bogotá: Página Nuestra Editores; 1998.
26. Gadamer H-G. The enigma of health. Stanford: Stanford University Press; 1996.
27. Patiño JF. Redefinición de la salud. Oficina de recursos educacionales. Bogotá: Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina; 1996.