

# *La medicina de hoy y del mañana*



**Oscar Ruiz**

## **Introducción**

**U**na de las funciones fundamentales de la vida universitaria es la educación continuada. La historia de nuestro Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Antioquia no ha sido ajena a este respecto y es así como se han realizado cursos de medicina, pero durante la jefatura del doctor Fernando Zambrano Ulloa se le dio carácter institucional con una continuidad más periódica y es por ello que en estos días estamos asistiendo al V Curso de Actualización de Medicina Interna y recordando con su nombre la conferencia que hoy inmerecidamente me ha sido asignada. Nació el doctor Fernando Zambrano Ulloa en Popayán en 1940, cursó estudios de bachillerato en su ciudad natal y se graduó como médico y cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana en Bogotá, realizó el internado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín; la Universidad de Antioquia le otorgó el título de Especialista en Medicina Interna y la Facultad Nacional de Salud Pública el de Master en Salud Pública, completó su formación en la Universidad de Harvard donde accedió al Master de Ciencias en Epidemiología. Fue miembro de número de la Asociación Colombiana de Medicina Interna y de la Asociación Colombiana de Epide-

miología, autor de trabajos científicos sobre epidemiología de la hipertensión, enfermedad coronaria y colesterol.

Se desempeñó como jefe de la Sección de Epidemiología de la Facultad Nacional de Salud Pública y contribuyó a la modernización de los programas de magister en salud pública y de la residencia de epidemiología. Al frente del Incora de Nariño y Putumayo impulsó la organización de cooperativas con indígenas y campesinos. Fue médico internista del ISS-Antioquia. Se vinculó al Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia donde ascendió hasta profesor titular VI. En representación del señor Presidente de la República fue miembro del Consejo Superior durante tres años y se distinguió por el impulso dado a los programas de capacitación y actualización de los profesores. Fue jefe del Departamento de Medicina Interna desde 1985 hasta su muerte el 27 de noviembre de 1991 y ya en el campo administrativo se distinguió por la modernización de dicho departamento y su recono-

---

Dr. Oscar Ruiz Pérez: Médico Cirujano. Especialista en Medicina Interna, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Profesor Titular VI, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Ponencia presentada como Profesor invitado en la "Conferencia Fernando Zambrano Ulloa" en el V Curso de Actualización de Medicina Interna, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia Medellín.

cido desvelo como representante del Consejo Académico ante el Comité Central de Evaluación y miembro de los comités de investigación en las diversas dependencias del área de la salud; asesor internacional en el campo de la epidemiología y delegado del señor rector ante el comité de la revista de la Universidad de Antioquia.

Casado con la señora Claudia Restrepo Santamaría y en unión de sus dos hijas Natalia y Cristina, formó un hogar donde se mostró como hombre recto, ecuaníme y directo, con gran presencia afectiva y positiva dentro y fuera de él. Fue líder natural equilibrado, intuitivo y con los pies en la tierra, conciliador pero no concesivo, protagonista de un sentido de respeto profundo por cada persona, con capacidad para poner en orden y dar consejo y amigo del desarrollo individual de quienes compartieron con él su vida y su oficio.

Es deseable que las nuevas generaciones médicas no olviden en el doctor Fernando Zambrano Ulloa las extraordinarias capacidades y su inquebrantable espíritu universitario que en vida atestiguaron varias generaciones de estudiantes, docentes, empleados, trabajadores, colegas y amigos, quienes tuvimos la fortuna de apreciar el resultado de sus labores en los campos de la docencia, la investigación y la administración y conocimos su espíritu humanista y humanitario que lo llevó a comprometerse con las necesidades de la comunidad y el ejercicio de la medicina integral. Por el hecho de estar yo en las postrimerías de las actividades docentes y académicas dentro de la facultad de medicina de nuestra alma mater y de que estamos a

escasos cuatro años y medio para entrar al tercer milenio de nuestra era, he querido aprovechar la presencia aquí de las nuevas generaciones médicas para hacer algunas reflexiones sobre la medicina de hoy y la del mañana.

### La salud global

Nos está correspondiendo convivir con el concepto de la "salud global" como integrantes que somos de la "aldea global" ya analizada por varios pensadores; así, por ejemplo, frente a la explosión de nuevos conocimientos médicos accesibles en forma masiva y fácil a todos los habitantes de esta aldea, constituyen dichas novedades un impacto diferente tanto para el educador médico que trata de enseñar la última información, como para el médico que intenta utilizarlo adecuadamente, impacta diferente a los administradores en salud que se encargan de evaluar e implementar dichos logros y en los pacientes que quieren entender qué efecto pueden tener para ellos (1). Si bien el ser humano se ha adaptado a estos rápidos desarrollos en salud, existe el peligro de un falso sentido de seguridad hacia el futuro, pues entre la identificación de un nuevo descubrimiento y su aplicación práctica no siempre hay suficiente difusión que lo haga comprender cuál es la utilidad real para él. Pero hay un aspecto adicional y es que la "salud global" también está sometida al impacto de los factores impredecibles y el azar que pueden afectar hoy más que en tiempos pretéritos a las personas tanto en áreas rurales apartadas como en las grandes ciudades y al mismo tiempo en este empequeñecido mundo moderno; es así como

las informaciones recibidas por todos sobre el daño del medio ambiente o sobre las variaciones en el mercado bursátil, el futuro del comunismo, el SIDA, el abuso de las drogas, las catástrofes naturales, son capaces de alterar las decisiones políticas que conllevan cambios en la utilización de recursos económicos para poder enfrentarlos y muchas veces el sector salud se tiene que someter a esto que se ha llamado "la planeación de lo impredecible" (1).

Igualmente y como una consecuencia del achicamiento de nuestro mundo se ha llegado a tener una conciencia más clara del estado de inequidad a la que se ha sido sometida la mayoría de la humanidad, una desigualdad innecesaria, injusta, evitable, muy concreta en cada casa, pueblo y condición; una desigualdad política, cultural, tecnológica, de ingresos y de distribución del dinero, de alimentación, de agua potable y demás recursos médicos, una inequidad que podemos estar construyendo hoy o ser heredada de ayer, la injusticia que importamos o que se nos impone desde arriba, inequidad que conduce a la pobreza la cual nos corresponde erradicar a todos, incluidos los médicos si es que queremos llegar al completo disfrute de los derechos humanos (2).

En la misma forma para los habitantes de esta aldea global ha llegado a ser más claro el ambiente de inseguridad general que nos aqueja haciéndose más imperiosa la necesidad del desarme no sólo nuclear y de armas biológicas y químicas sino enfrentar el estado de inseguridad social manifestada por una baja cobertura en salud; por ello se

ha considerado que la seguridad social del mundo es reducida, costosa, inequitativa y en ocasiones ineficiente (2). Corresponde a las nuevas generaciones, incluidos los médicos, enfrentar estos retos y es así como en nuestro país con la conocida Ley 100 de 1993 se ha pretendido corregir esta situación de inequidad y por lo que hasta ahora se ha visto se le ha dado un trato eminentemente economicista al problema, pero injusto para el médico, lo cual obliga a la unión férrea de todos nosotros para evitar ser víctimas de la demagogia estatal.

"Una importante especie biológica está en riesgo de desaparición por la liquidación de sus condiciones naturales de vida: el hombre". A esta conclusión se ha llegado al estudiar a profundidad el grado de deterioro de nuestro medio ambiente a las puertas del tercer milenio, pues vivimos, nos enfermamos y morimos en buena parte según como nos relacionamos con los animales, las plantas, el agua, el sol, el aire, es decir, el entorno, y aunque los habitantes de esta aldea hemos tomado conciencia merced a la apabullante información sobre el tema cuando ya casi es tarde para evitarlo, corresponde al gremio médico de hoy y del inmediato futuro actuar en forma decidida (2).

#### **Una medicina social**

Dentro de esta globalización de nuestro mundo ha surgido una conciencia colectiva donde la medicina social ocupa un campo primordial para poder llegar a un modelo socio-sanitario que acerque en forma equitativa, racional y no mercantilista a las necesidades de la mayoría los avances de la ciencia expresa-

dos en la producción tecnológica de múltiples instrumentos y equipos que en salud han permitido ver lo invisible, acercarnos al interior del cuerpo con la simplificación de procedimientos y la información proporcionada por las imágenes y la notable capacidad para reducir el dolor (2). Esta aldea global está necesitando una medicina social que busque como meta de la salud "la capacidad que el individuo o el grupo social puede alcanzar y disfrutar con relación al potencial para funcionar completamente en el medio social y físico" (3). De esta definición se deduce que la curación de la enfermedad que ha sido el papel tradicional del médico no es sino una parte de los nuevos objetivos en salud (de allí el concepto antiguo de salud como ausencia de enfermedad), pues en el momento actual se considera que esta estrategia es una actuación tardía y más aún se considera al enfermo como una expresión del fracaso de la medicina para preservarle la salud. Así que la medicina curativa que comienza con el enfermo como un hecho cumplido y busca conservarlo vivo haciendo las cosas bien y procurando disminuir su incapacidad, de seguir siendo una actividad primordial del médico es interpretada como un verdadero hospitalismo con una "medicalización" de la salud donde el morbicentrismo domina el acto médico (3). Aún más, la fase de la medicina preventiva que se inicia cuando hay una amenaza a la salud por enfermedad o un peligro ambiental y que busca proteger al mayor número de personas posibles también está siendo superada por la medicina de la promoción de la salud que

comienza con personas básicamente saludables, busca tomar medidas comunitarias e individuales que puedan ayudarles a desarrollar estilos de actividades que mantengan y mejoren el estado de bienestar para conseguir la calidad de vida que les permita disfrutarla en aspectos de arte, mito y placer.

Una sociomedicina para esta aldea global que siga considerando al médico como factor humano primordial, pero que acepte la injerencia de otros sectores que bien pueden ser las instancias legislativas o los medios de comunicación y las organizaciones de la sociedad, pues hay que reconocer que la vida y la salud de una sociedad tienen muchas implicaciones políticas. Será una sociomedicina que no sólo defiende la vida reduciendo la morbilidad y mejorando la esperanza de vida al nacer, sino también promueva la convivencia con un acertado ejercicio de la bioética, para que el médico sea de esta manera el mejor defensor de los derechos del hombre.

#### **El médico colombiano y la sociomedicina**

El médico colombiano que está a las puertas del año 2000 debe reconocer que al igual que la mayoría de naciones del tercer mundo, nuestro país no ha pasado de unos problemas a otros sino que ha realizado la acumulación de ellos; es así como hemos observado que a los problemas rurales se han agregado los propios de las grandes ciudades, sumado a los sufrimientos por carencias tecnológicas, estamos viviendo las secuelas negativas de las modernas tecnologías; sin solucionar el hambre, la tuberculosis, la malaria, la difteria, el cólera, la vio-

lencia política, ocupamos en forma preocupante primeros lugares en mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares, las secuelas del estrés, el exceso del colesterol y el SIDA; frente a este desarrollo anarquizado es imperioso a nivel nacional movilizar las inteligencias, usar con lógica los recursos económicos, tecnológicos, de comunicación y las organizaciones ciudadanas para unir la conciencia en torno a un concepto de medicina social que solucione el desorden en salud que nos aqueja (2). En este aspecto las escuelas de medicina de los países del tercer mundo deben balancear su obsesión por tener estándares internacionales de eminencia tecnológica con el hecho de enfrentar las necesidades de salud de más grande relevancia para la población, cambiando el modelo de las necesidades de las escuelas médicas por las necesidades captadas de la población. Lo importante no es buscar pacientes para satisfacer intereses médicos y para utilizar la capacidad técnica de especialistas, de equipos sofisticados y de los servicios hospitalarios costosos, sino de estudiar y captar esperanzas, necesidades, tendencias e intereses de la población y solucionarlos en forma prioritaria y costoefectiva. Es decir, en este aspecto hay que lograr un equilibrio entre la oferta y la demanda en salud (4).

#### **La nueva educación médica**

Como consecuencia del desarrollo del conocimiento, se ha llegado a comprender que la salud de un individuo es el resultado de su composición genética y del proceso molecular que desencadena, el cual interactúa con

su medio total físico y social por lo cual se concluye que la educación médica del futuro no solamente tendrá en cuenta los avances de las ciencias biológicas y la tecnología sino los logros fuera de las ciencias naturales que conducen a un nuevo concepto del significado de la salud y plantear estrategias que mejoren dicha salud (3).

Se debe entender en nuestras facultades, a la sociología como la biología de la sociedad, y fuera de curar la enfermedad se exige ya mejorar el nivel de salud; pues los resultados médicos se deben evaluar con otras medidas fuera de las biomédicas como son el funcionamiento y bienestar de la comunidad (3).

Muchas enfermedades crónicas tienen su origen en un proceder de las comunidades, que no resultan al azar o por mala suerte, ni por una selección consciente, sino que dependen de la interacción entre la educación individual, el estado socio-económico y el ambiente comunitario donde se desenvuelve la persona.

Corresponde a las ciencias socio-biológicas enfrentar el nuevo reto de la medicina para explicar en forma total cómo la arteriosclerosis, la hipertensión, el cáncer o la diabetes son el resultado de las alteraciones ecológicas, sociales y económicas que impactan y alteran la respuesta individual para producir la enfermedad (3).

#### **Medicina del futuro**

Para el año 2000 el mundo se enfrentará a una prevalencia en SIDA de 30 millones (7), con una mortalidad anual de 1.5 millones de personas con el correspondiente impacto en el mundo y en la medicina y se

prevé para el año 2013 la aparición de una vacuna que si bien aliviará el temor, producirá también un peligroso descuido (5). También en el futuro los médicos llegarán a hacer diagnósticos por computadora y realizarán cirugías por láser en una forma masiva y se prevé la existencia de robot-cirujanos miniaturizados programables que una vez ingeridos realizarán cirugías internas (8). Igualmente para el año 2006 se prevé el conocimiento total del genoma humano que amplía los horizontes de la medicina prenatal para prevenir enfermedades genéticas y otras alteraciones que pueden aparecer en la vida tardía de la persona. Con estos avances y cambios, el sistema escolar médico cambiará necesariamente no sólo porque va a manejar una población más vieja sino porque se exigirá en los futuros médicos habilidades diferentes a las actuales, como mayores conocimientos en computadores y más habilidades tecnológicas y por la rapidez en la adquisición de nuevos conocimientos se presentará en forma más acentuada el fenómeno de la obsolescencia ya que tecnologías y conocimientos prevalentes al entrar el estudiante a la facultad estarán superadas al final de su entrenamiento, lo cual exigirá una actualización más acelerada en comparación con lo que ocurre ahora, constituyéndose este aspecto en un reto para las facultades de medicina (6).

#### **La sociedad de consumo en salud**

Debido al refinamiento a que se ha llegado para hacer diagnósticos y tratamientos, han apareci-

do en el mercado métodos y aparatos que han necesitado fuertes inversiones en investigación y mercadeo con los consiguientes altos costos para su adquisición y la realización de pruebas y procedimientos, lo cual nos ha llevado al esquema de la sociedad de consumo en salud, pues con el objeto de recuperar la inversión y haciendo uso de la mercadotecnia por medio de la utilización de todo medio de comunicación al alcance, muchas veces planteando una actitud ambivalente de educar en salud, se crean necesidades para que se haga uso en forma masiva e indiscriminada de dichos exámenes y procedimientos no sólo al paciente que los exige, sino al gremio médico que ha terminado por postrarse ante el nuevo dios llamado aparato o muchas veces presionado por la modalidad de trabajo de atender muchos pacientes por hora a bajísimos honorarios, opta por la vía rápida que le proporciona la nueva tecnología para llegar a un diagnóstico y un tratamiento, lo cual ha elevado innecesariamente los costos de la medicina que han reventado todo presupuesto que se destine para la salud bien sea en las instituciones gubernamentales (dígase ISS); o en la medicina prepagada y en fondos para la salud (ya son muchas las que han quebrado). Es así como los mismos Estados Unidos que son el prototipo de esta sociedad de consumo variedad salud, está siendo víctima de este esquema (7), y lo ha obligado a gastar hasta 11% de su producto interno bruto en salud (la Gran Bretaña gasta apenas 5%) y sin embargo Estados Unidos tiene una escandalosa baja cobertura (3), hasta el punto que se considera que hay 36 millo-

nes de norteamericanos por fuera de cualquier sistema de salud. Nuestro país como satélite que es de dicho sistema tiene circunstancias aún más acentuadas; esto nos obliga a volver en buena parte a la mentalidad del médico clínico que gaste tiempo en el análisis del paciente y después de un trabajo mental decide quién debe someterse a exámenes y tratamientos sofisticados rebajando así costos en salud y ampliando la cobertura sin sacrificar mayores recursos del país.

#### **Demandas por mala práctica**

Una de las consecuencias de esta sociedad de consumo en salud es el problema creciente de las demandas por mala práctica que entorpecen y encarecen el adecuado ejercicio médico, obligando a sufragar gastos en seguros para cubrir las demandas, hasta tal punto que en Estados Unidos se ha previsto que para el año 2015 cada estado tendrá al menos dos cortes especializadas en oír casos de mala práctica (5). Estoy convencido de que el origen de este problema radica en que nos hemos dejado alterar la manera de ejercer la medicina por las fuerzas gubernamentales o los grupos económicos que manejan la medicina prepagada, donde la calidad se ha cambiado por la cantidad, y del manejo personalizado de nuestros enfermos llegamos al índice de rendimiento-hora, la cálida relación médico-paciente se ha convertido en una entrevista médico-cliente; hemos cambiado nuestro escudo de Esculapio por el del Dios Mercurio, la medicina ha pasado de un arte a ser un negocio con el signo pesos como marca y por lo tanto el paciente

no tiene ningún lazo afectivo con su médico y si ve que puede resarcírsele económicamente de la costosa inversión a la que se ha llevado para poder acceder a la atención médica, lo hace por medio de las demandas.

#### **El futuro médico frente al avance tecnológico**

Existe una definitiva sensación no sólo en el presente sino para el futuro de que el manejo del paciente se le está saliendo de las manos al médico que hace la consulta diaria (8), pues si en el pasado el médico de familia era el centro en la toma de decisiones, hoy está supeditado bien a las normas estatales o de la medicina prepagada y a las fuerzas económicas que como ya habíamos mencionado han convertido la salud en un negocio rentable, o bien porque el médico está sometido al resultado de múltiples exámenes de laboratorio, de imágenes, endoscopias, cateterismos, rayos láser, litotripsia y crioterapia o de los adelantos en computarización y robotización son todas estas circunstancias que nos obligan a pensar y retomar nuestro lugar.

Es pues a este médico que atiende 95% de la consulta médica a quien le quiero recordar a Sir William Osler quien dijo "que la práctica de la medicina es un arte y no un oficio, una vocación y no un negocio, una vocación en la cual debe ponerse en acción el corazón igual que el cerebro" (9). Como médicos somos afortunados en ser capaces de practicar ciencia y arte, pero igualmente nos exige el más alto uso de nuestras capacidades humanas pues además de la preparación científica básica, con la práctica del arte descubrimos lo

que podemos decir y hacer y la manera de comunicar nuestros sentimientos y pensamientos en un momento determinado.

Nuestro lugar en la sociedad no es algo que se nos da gratuitamente, sino que es un proceso de perfección personal que nos exige no olvidar las características que ya el doctor Mayberry de la Clínica Mayo (10) describió muy adecuadamente como las que deben distinguir al médico y son:

#### *La compasión*

Es el sello de un médico verdaderamente fino; él debe tener la capacidad de entender a quien sufre y de poder ayudarlo a sobrellevar ese sufrimiento, debe ver al enfermo como un ser humano y aceptar y respetar sus derechos; personas sin gran compasión deben estar en otra profesión, ella le confiere el toque humano y el médico maduro debe evitar el proceso de deshumanización de la medicina que acaba con esta virtud. Se puede tener excelencia científica y máxima sabiduría, pero no se es médico si no se tiene compasión, calor humano, brazo que apoya, mano tendida, voz que alienta y auténtica preocupación por el enfermo (9).

#### *La gentileza*

Es un rasgo humano grato que produce una respuesta positiva, es una característica común que encuentran en nosotros quienes nos admiran; gentileza en lo que hacemos y somos, en nuestras relaciones con otros médicos y en el contacto con el paciente; comprende las buenas maneras, la cordialidad y el poder opinar en contrario sin agredir al paciente, al colega o a cualquier otra persona (9).

#### *La ecuanimidad*

Es decir, la disposición balanceada y la uniformidad de mente con cada paciente que nos toque manejar, sean cuales sean las circunstancias de estrés que rodean el caso; incluye tener claridad de mente para entender lo que se hace y sus razones; en caso de situaciones graves y difíciles dar soluciones rápidas y oportunas para conservar ante el paciente, la familia y los colegas una actitud que induzca tranquilidad y control emocional (9).

#### *La moderación*

Definida como "nada en exceso o en demasía", pues si ésta se tiene en cuenta se evita que aun las virtudes practicadas en exceso se conviertan en problemas para nuestra persona y las que nos rodean, así el virtuoso en exceso se puede convertir en fanático, el patriota en chauvinista, el respetuoso por su raza se convierte en racista; sólo el amor en exceso jamás llegará a ser problema (9).

#### *Facilidad de comunicación*

Si es fundamental en nuestra vida y toda profesión lo es aún más en medicina, ella exige comunicación precisa y efectiva con los pacientes y compañeros médicos, más que sólo palabras se necesita seguridad, demostrando que el enfermo está en los pensamientos del médico; utilizar las palabras comprensibles para el paciente y explicarle con el tiempo que sea necesario en qué consiste su enfermedad y las razones del tratamiento (9).

#### *La honestidad*

Hace parte de la estructura ética de cualquier persona y es aún

más necesaria en el médico pues está manejando la vida humana; nuestros actos no deben dar motivo a la más mínima duda de nuestra honestidad, ella nos hace responsables frente al paciente, sociedad, colegas, familia y frente a nosotros mismos. Se incluye aquí la honestidad para admitir nuestra falta de conocimientos en un momento dado. De esta forma el médico gana confianza dentro de la sociedad y sus pacientes que han depositado en él bienes irremplazables como la vida y la salud y esperan que el médico actúe en beneficio de ellos (9).

#### *Presentación personal*

Ya que la sociedad ve la medicina como una vocación y tiene grandes expectativas de ella y sus realizaciones, la juzga con base en su apariencia personal y su comportamiento digno, lo cual facilita una adecuada comunicación entre médico y paciente; si bien es cierto que existe una tendencia hacia la informalidad en vestidos y actuaciones, nuestros pacientes especialmente en Colombia siguen esperando que el médico tenga características personales que lo diferencien de personas que ejercen otras profesiones no relacionadas con la vida y la salud (9).

Por los conocimientos que se tienen de la evolución de la humanidad en el transcurso de su historia, se vislumbran pocos cambios esenciales y los pacientes de hoy y del futuro como ocurrió en el pasado, seguirán buscando al médico ante todo para pedir consejo, para descubrirle su mundo interior y sus angustias y para esperar que con su sensibilidad humana y su arte les apliquen los adelantos tecnológicos más adecuados y les

## La medicina hoy y mañana

ofrezcan el sabio consejo y el apoyo emocional (9); todavía hay grandes diferencias entre el robot, la computadora, el tecnólogo y el médico humano, que nos autorizan a tener frente al futuro una actitud muy positiva.

### Referencias

1. **Catley-Carlson M.** Global considerations affecting the health agenda of the 1990. *Acad Med* 1992; 67: 419-424.
2. **Franco AS.** La salud al final del milenio. Tópicos de infectología. 1994; 17-42.
3. **Tarlof AR.** The coming influence of a social sciences perspective on medical education. *Acad Med* 1992; 67: 724-731.
4. **Evans JR.** The "Health of the public" Approach to Medical Education. *Acad Med* 1992; 67: 719-723.
5. **Obedian R.** The future of medicine. *JAMA* 1993; 269: 2291.
6. **Nakajima H.** The future of word health. *JAMA* 1993; 269: 2292.
7. **Heyssel RM.** Beyond "Health care reform". *Acad Med* 1993; 68: 178-182.
8. **Thier SO.** Preventing the decline of academic medicine. *Acad Med* 1992; 67: 731-737.
9. **Mendoza - Vega J.** La medicina en el umbral del tercer milenio. Conferencia inaugural del semestre julio-diciembre 1990. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.
10. **Mayberry WE.** The elements of sty in medicine. *Mayo Clin Proc* 1986; 61: 666-668.