

Las grandes paradojas de la medicina actual

Dr. Francisco Kerdel Vegas*

“Dar un alma a la medicina,
una conciencia a la ciencia”

Jean Bernard (1907-), 1994

INTRODUCCIÓN

No creo que se pueda resumir mejor cuáles son los principales problemas de la medicina y de las ciencias en nuestra época, que con estas dos sentencias escogidas para el epígrafe de este escrito, del médico, académico y escritor francés contemporáneo, Jean Bernard, cuyo juicio se focaliza esencialmente en el terreno de la moral y la ética (1).

El origen de la medicina se pierde en la noche de los tiempos y se afirma, que a menudo, cuando tenemos problemas, ocurrimos al doctor, al sacerdote, o al abogado, puesto que sus funciones son necesitadas para entender el control de lo natural, de lo sobrenatural y las relaciones entre los miembros de la sociedad (2).

Existe una escuela de pensamiento que establece una relación directa entre las religiones monoteístas y la medicina, ya que la idea de un sólo Dios, de acuerdo con la tradición Occidental, tiene un efecto determinístico sobre la biomedicina (término en boga para calificar a la medicina científica contemporánea), y de cierta manera legítima la idea de una sola verdad universal subyacente, o lo que es lo mismo, de un paradigma unitario (Paul Unschuld) (3).

Sin embargo en años recientes hemos visto —gracias al descontento generalizado por ausencia de nuevos “milagros médicos” para curar enferme-

dades degenerativas de la tercera edad—, nuevas modas, que han venido a engrosar los movimientos heterodoxos bien establecidos como la homeopatía, la osteopatía, la podiatría y la quiropráctica, tales como el “holismo”, el herbalismo, la acupuntura, la aromaterapia, y numerosos otros rubros englobados bajo el calificativo de “medicina alternativa”.

La medicina en tanto que una disciplina que se conduce en forma simultánea como ciencia y arte está fuertemente atada a la moral y ética de su época. La moral es más flexible y varía con los tiempos; la ética se nutre de valores y principios básicos que son permanentes.

De los numerosos e importantes beneficios que la medicina aporta a nuestras diarias vidas no abrigo la menor duda; algo que adquirió más importancia en mi generación, pues es en la segunda mitad del siglo XX en que se descubren nuevos medicamentos y procedimientos quirúrgicos que permiten curar o controlar ciertas enfermedades y sobre las cuales, consecuentemente, las estadísticas prueban de modo fehaciente los logros de la medicina científica de nuestros días. No sólo la gente vive más tiempo, sino que gozan de mejor salud, y ello es tan evidente, bien conocido y aceptado por la opinión pública, que los contribuyentes presionan y obligan a los políticos a multiplicar el gasto en salud, que ha pasado a convertirse en la más grande industria del mundo.

Para tener un indicador válido de lo que pasa en Venezuela en el sector salud, no tenemos sino que consultar la página del gasto en salud de la Organización Mundial de la Salud, correspondiente al año 2001, www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_15.pdf. y allí, en crudas cifras, podemos

*Profesor de Dermatología, Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas y Naturales de Venezuela. Miembro Honorario de las Academias Nacionales de Medicina de Brasil, Colombia, Chile y Paraguay.
Ex-Embajador de Venezuela en la Gran Bretaña, Francia y la UNESCO.

ver que formamos pareja con Haití, ya que somos los países de América Latina que tienen el menor gasto en salud de la región (empate técnico entre Venezuela y Haití en 4,2 % del total del GDP —producto doméstico bruto—, público y privado). Algo que cualquier gobierno sensato debería corregir de inmediato.

El mayor porcentaje de gasto en salud (siempre referido al GDP) lo tiene EE.UU. con 13 %, seguidos por Nicaragua (12,2 %), Alemania (10,6 %), Suiza (10,4 %), Argentina (10,3 %), Líbano (9,8 %), Francia (9,6 %), Israel (9,5 %), Colombia (9,3 %), Canadá (9,2 %), y Cuba (9,1 %). Este es el grupo que invierte más del 9 % de su GDP en salud; como podemos observar de estos once países, seis son naciones desarrolladas y cinco subdesarrolladas; del segundo grupo cuatro son latinoamericanas, y de ellas se puede decir que, al menos en ese sector, hacen un loable y tal vez reciente esfuerzo por mejorar la salud de su población y así tratar de salir del círculo vicioso, higiene deficiente/enfermedad/pobreza/hambre.

Como ha afirmado el distinguido historiador de la medicina Roy Porter, “Nunca la gente del Occidente ha vivido tanto tiempo, o ha estado tan saludable, ni nunca antes han sido los logros médicos tan grandes. Pero, paradójicamente, en raras ocasiones ha despertado la medicina tan intensas dudas y desaprobación como hoy en día. Nadie puede negar los logros médicos de los últimos 50 años —la culminación de una larga tradición de la medicina científica— ha salvado más vidas que aquellas de cualquier era, desde el alborar de la medicina” (4).

Esta transformación y sustancial inyección de fondos, ocurrida en pocos años, no ha dejado de tener algunos efectos negativos en el ejercicio de nuestra profesión, que hasta hace pocos años era una actividad que en el terreno de la economía se desenvolvía como una “industria casera” o primitiva, tal y como nos fue enseñada por nuestros maestros, tal y como la hemos practicado por décadas, y ello me ha motivado a repensar las contradicciones que por esta, entre otras causas, a diario enfrentamos en esa singular relación de médico/paciente.

Escribimos estas reflexiones porque, como sugiere Roy Porter (4), somos hijos de Gutenberg y estamos atrapados en redes de palabras, y, porque, como afirma la Biblia, ‘al comienzo fue la palabra’, y después de todo somos producto de las religiones del libro y de su filosofía del poder de la palabra

escrita.

Debo confesar de inicio que una síntesis, como la que deseo presentar al escrutinio de la clase médica, está prejuiciada por mi “historicismo”, si por tal entendemos mi creencia de que el estudio de la historia nos ayuda a entender el presente e incluso a predecir el futuro. Sin ese apoyo intelectual fundamental nuestra conducta sería como adentrarnos en el océano sin brújula y sin cartas marinas.

Es evidente que queremos compartir estas ideas con otros colegas y con su activa participación abrir un debate que nos permita evaluar con objetividad la situación actual.

Tratar de ignorar, soslayar, rehuir, sortear o posponer una toma de decisiones ante las comprometedoras realidades que nos impone ese impresionante desarrollo tecnológico y económico en la esfera de las ciencias de la salud, con sus ineludibles presiones e intervenciones directas en el ejercicio profesional médico, no sería otra cosa que imitar la estrategia del avestruz, tratando de enterrar la cabeza en el suelo, cuando se aproxima una crisis de magnitud.

Las ideas aquí expresadas han sido estudiadas, discutidas y difundidas por numerosos autores, médicos y legos por igual, por lo que debo aclarar que comparto sin ambages la apreciación del distinguido escritor médico norteamericano Sherwin B. Nuland, cuando afirma: “Ningún autor escribe solo. Sea cual fuere su grado de soledad, la influencia silenciosa de palabras aparentemente olvidadas siempre está a su lado, al igual que los hombres y las mujeres que las pronunciaron; las lecturas y conversaciones de toda una vida convergen en sus páginas. Filtrados por la individualidad de la mente de un escritor, ecos distantes de sus experiencias se vuelven cada vez más insistentes hasta que se hacen conocer y encuentran forma en las puntas de sus dedos, aunque es posible que nunca se revelen con total nitidez en la conciencia plena” (5).

El ejercicio diario de la medicina contemporánea presenta numerosas contradicciones o paradojas que son de difícil interpretación y aún de más difícil resolución y que vale la pena identificar, para concentrar en ellas la atención y el interés de los profesionales. De ninguna manera se trata de un listado exhaustivo, ni se previó una cierta jerarquía de importancia, de manera que no están enumeradas en orden a su significación o consecuencias previsibles, y pensamos que es importante que la profesión médica revise periódicamente esas

paradojas —que evidentemente han de cambiar de tiempo en tiempo—, con la evolución continua —y a veces explosiva— de las ciencias de la salud, pues de ello depende, en buena parte, el poder mantener en el ejercicio de la medicina, una alta solvencia moral, dada la bien ganada y multiseccular reputación, basada en seriedad, consagración, honorabilidad e integridad, y de allí se deriva directamente el alto nivel de confianza y credibilidad de que ha gozado el médico, indispensable, en cualquier sociedad, para poder practicar idóneamente nuestra profesión, situación esta de privilegio que nos ha otorgado la sociedad, que no debe ser vulnerada, ni disminuida, pues es el fundamento de una relación transparente y justa; individual entre el paciente y el médico tratante, por una parte, y colectiva, entre el gremio médico y la sociedad, por la otra.

Estos dos conceptos de confianza y credibilidad son fundamentales en la praxis médica, por ello insistiremos reiterativamente en su importancia y nos apoyaremos en la opinión de autores reputados para así afianzarlo en la mente de nuestros lectores.

Como podrá observarse estas paradojas, escogidas al azar y de ningún modo un listado exhaustivo, son de carácter filosófico, ético, moral, ontológico, deontológico, semiológico, semántico, económico, administrativo, procedimental, cultural y de otras índoles, pero tienen en común un interés de carácter práctico para el médico que ejerce su profesión.

Lo que al comienzo fue un simple listado ha ido creciendo hasta convertirse en un pequeño libro, donde he tratado de sintetizar mi pensamiento al respecto. Deliberadamente he colocado después de cada personaje citado en este trabajo, la fecha de su nacimiento y la de su muerte, con el objeto de facilitar al lector, la posibilidad de establecer interrelaciones entre los protagonistas del relato, o las posibles influencias de las ideas de unos sobre otros.

Muchas de estas paradojas están íntimamente relacionadas entre sí, dada la naturaleza del problema abordado y eventualmente podrían agruparse.

La medicina es tan antigua como la aparición del hombre en nuestro planeta y se estima que el *Homo sapiens* como tal surgió de la evolución de primates superiores hace unos 100-120 000 años, de los cuales tenemos constancia escrita (historia) tan sólo unos 2 500 años, que son los que realmente cuentan en su evolución documentada. Es pues pertinente que nos hagamos preguntas como la que sigue, para tratar de determinar la influencia de la medicina en

el devenir de nuestra especie durante ese considerable lapso en que disponemos de información confiable.

¿Cuáles son las contribuciones más significativas hechas por los médicos en beneficio de la humanidad?

Para contestar esta pregunta necesitamos necesariamente referirnos a una evaluación un tanto subjetiva, de la influencia a través de la historia —que afecta a mayor número de personas, durante mayor tiempo—, de las acciones significativas (no siempre positivas), los trabajos, descubrimientos e innovaciones de los hombres que las llevaron a cabo, intentada por un historiador norteamericano, Michael H. Hart en 1978 (6), en la cual incluye, en un orden jerárquico, según su relativa importancia, del 1 al 100, los siguientes médicos: Sigmund Freud (posición 32, en ese orden)*, Alexander Fleming (la 45), John Locke (la 48), William Harvey (la 57), Joseph Lister (la 60), y Edward Jenner (la 72). O sea un 6 % del total, o para ser más precisos, tal vez tan sólo un 5 %, si excluimos a Locke, que aunque ejerció la medicina a lo largo de su vida, ganó la inmortalidad de este listado con sus contribuciones a la filosofía. Para ser equitativos, las contribuciones a las ciencias médicas de científicos no-médicos fueron tan o más importantes que las de los médicos, y entre ellas no podemos dejar de señalar las de Louis Pasteur (posición 12 entre los 100), Charles Darwin (la 17), Wilhelm Conrad Röntgen (la 73), y Gregory Pincus (la 81).

Como quiera que analicemos este listado encontramos que las contribuciones de estos grandes hombres han dado su forma y contenido al mundo en que vivimos de un modo sustancial. De los seis médicos, cinco fueron británicos y uno austríaco. De los científicos no-médicos uno fue francés, uno inglés, uno alemán y otro norteamericano.

Como siempre sucede, esta escogencia primero, seguida de una aún más difícil jeraquización, es un ejercicio intelectual de gran interés e importancia, pero altamente subjetivo. Como dice el proverbio popular, “no son todos los que están, ni están todos los que son”, y sin duda uno de los grandes ausentes es Hipócrates.

*En la Paradoja ... se comenta como Freud ha perdido buena parte de la admiración y popularidad que tuvo en la primera mitad del siglo XX. Es posible que en futuras ediciones del libro de Hart pierda la preeminencia que el autor le asignó originalmente, y si ello llegase a suceder será una prueba más de lo que significan “las modas” en medicina.

Así lo reconoció el autor en una segunda edición de su libro, aparecida en 1993 (7), esta vez publicado por una editorial de prestigio con capacidad de difusión y mercadeo universal (Simon & Schuster de Londres y Nueva York), cuando en un simple listado de las siguientes cien personas (hasta llegar a 200) y en orden alfabético (sin las microbiografías que sólo se narran acerca de los primeros cien personajes) incluye a otros tres médicos: Galeno, Hipócrates e Ivan Pavlov.

Existen grandes benefactores al bienestar y goce de la salud de los seres humanos, que permanecen desconocidos, algunos de ellos completamente anónimos y bien poco recordados. He aquí un ejemplo, ¿quién recuerda al inventor de las gafas o anteojos? Sabemos, como lo destaca el profesor David Landes en su libro, “La Riqueza y la Pobreza de las Naciones” (8) que esa invención tuvo lugar en la ciudad italiana de Pisa, alrededor del año 1306, y el gran descubrimiento de este inventor (posiblemente un simple artesano, cuyo nombre exacto desconocemos) consistió en fijar lentes de vidrio pulido (cuyas propiedades correctivas a la visión eran conocidas con anterioridad ... se dice que Nerón utilizaba un monóculo para leer, tallado en una esmeralda), a una armadura de metal apoyada en la nariz y las orejas. Con ese simple invento este benefactor de la humanidad duplicó la vida útil de trabajo visual necesario, a millones de operarios, y le permitió seguir leyendo, a quienes lo hacían, por el resto de sus vidas.

Es también pertinente recordar aquí, que muchas veces el crédito de un determinado descubrimiento lo capitaliza una sola persona, cuando en verdad, con toda justicia, pertenece a más de una.

Un caso bien documentado, de paternidad compartida de un descubrimiento, es el de la anestesia por dos dentistas de Nueva Inglaterra, EE.UU, William Thomas Green Morton (1819-1868) y Horace Wells (1815-1848) quienes utilizando las propiedades ya conocidas del éter sulfúrico “ponían a dormir” a sus pacientes para extraerles los dientes y muelas sin dolor. Sin embargo la fecha oficial del descubrimiento fue el día 16 de octubre de 1846, en que Morton anestesió con todo éxito al joven Gilbert Abbott de 20 años de edad, para ser operado de un tumor en la mandíbula, en el gran anfiteatro del Massachusetts General Hospital de Boston (desde entonces conocido como “Ether Dome”) por el cirujano John Collins Warren (1778-1856), fundador del famoso hospital en 1811.

La pequeña historia es bastante más compleja, ya que el químico y geólogo Charles Thomas Jackson (1805-1880) declaró que había sugerido el éter a Morton, y exigió parte de la patente, y años más tarde Crawford Williamson Long (1815-1878) anunció que había venido usando anestesia con éter desde marzo de 1842.

Dos meses más tarde de la famosa primera anestesia general en Boston, el cirujano inglés Robert Liston (1794-1847) amputaba una pierna en el *University College Hospital* de Londres, a un paciente anestesiado con éter.

El final de esta saga es bastante trágico ya que Wells se suicidó en prisión y Morton murió 20 años más tarde arruinado y amargado (9).

Nuevamente acerca de esa paternidad múltiple (es de notar que el éxito produce esa paternidad plural y el fracaso singular orfandad), siempre se recuerda el caso de la penicilina, un descubrimiento inicial de Alexander Fleming (médico microbiólogo) en 1929, que pasó desapercibido durante muchos años y fue puesto al servicio de la humanidad por el trabajo dedicado de Howard Florey (médico patólogo) y Ernst Boris Chain (químico) en 1941, quienes compartieron, con entera justicia, el premio Nobel de Fisiología y Medicina del año 1945. Sin embargo la opinión pública generalmente asocia el descubrimiento de la penicilina tan sólo al nombre de Fleming.

Otro tanto ocurrió con el descubrimiento de la estructura en doble hélice del ácido desoxirribonucleico (ADN) por James D. Watson y Francis Crick por una parte y Maurice Wilkins por la otra (hace 50 años), reconocido así por el jurado del premio Nobel, cuando —como en el caso de la penicilina— lo dividió en tres partes iguales (y con ello el crédito correspondiente, de uno de los más importantes descubrimientos científicos de todos los tiempos). Faltaba allí una investigadora notablemente ausente, Rosalind Franklin, pues ya había fallecido ese año de la singular distinción.

Sin embargo, se puede afirmar, que en general, tal justa repartición de los méritos correspondientes, no filtra a partir de ciertos niveles, y es desconocida por el público en general. Ya lo dijo elocuentemente Sir William Osler (1849-1919) cuando afirmó: “En las ciencias, el crédito va al hombre que convence al mundo, no al hombre a quien se le ocurrió inicialmente la idea” (9,10).

Para dar una idea de lo que representa la medicina

en nuestra generación, recojo la opinión autorizada del historiador británico contemporáneo, Arnold Toynbee (1889-1975) cuando afirma:

“El siglo XX será recordado principalmente, no como una época de conflictos políticos e invenciones técnicas, sino como la época en que la sociedad humana se atrevió a pensar que la salud de la totalidad de la raza humana era un objetivo práctico” (11).

Este es un concepto que se refleja en la constitución —ley fundamental de Venezuela— pero de una manera ausente de todo realismo.

Por motivos de espacio, las “paradojas” que hemos identificado son tan solo un escueto listado que enuncia la naturaleza del problema, con muy breves comentarios, sin poder analizarlas en profundidad, ya que el propósito de este escrito es tan sólo llamar la atención de los médicos sobre la magnitud de los problemas que acosan el futuro desenvolvimiento de nuestra profesión. Muchas de las estadísticas utilizadas en este trabajo provienen de Estados Unidos, no sólo porque son confiables, o porque el inglés se ha convertido en la *lingua franca* universal, sino porque son continuamente comparadas y analizadas en múltiples trabajos publicados y comentados, lo que facilita una interpretación objetiva y equilibrada.

Una rápida hojeada de los libros hiper-críticos escritos recientemente por médicos y por legos nos da a entender que se trata de un asunto de gran importancia —prioritaria para la sociedad contemporánea—, y revelaría sagacidad y sabiduría por parte de la profesión médica dedicarle tiempo y estudio en profundidad a unos temas, que han dejado de ser de su exclusiva competencia e interés para convertirse en motivo principal de un debate universal sobre ese sector en materia de políticas públicas.

Pienso que la actitud más inteligente y constructiva de la profesión médica, a través de sus más calificadas instituciones, sería la de prestar seria atención a las severas (y muchas veces injustificadas) críticas que se han hecho recientemente a la medicina contemporánea. Como el objetivo de este escrito no es desmentir a quienes han presentado una imagen negativa de la medicina, me limito a presentar un listado de aquellas publicaciones que considero más difundidas e influyentes, las cuales se pueden consultar en el anexo, al final.

El biólogo Sir Peter Medawar (1915-1987), Premio Nobel de Fisiología o Medicina (1960), escribió refiriéndose a libros que calificó como

“desafectos” y “quejumbrosos” como los de Iván Illich (1926-2002, de origen austríaco, polémico erudito, teólogo y filósofo, pensador político y social radical) y Thomas McKeown (1911-1988, médico británico, filósofo social de la medicina), lo que considero es un argumento fundamental y muy humano en esta diatriba, diciendo:

“Disfrutando de la doble calificación de ser biólogo y habiendo sufrido dos muy graves enfermedades estoy en una posición más fuerte que ellos para dar énfasis a la importancia que el ser humano tiene por una muy fuerte y marcada preferencia de estar vivo, como opuesta al estar muerto. Mientras tal preferencia siga siendo un elemento importante de la psique humana, el tratamiento médico, aun cuando por necesidad, extenuante y heroico en carácter, permanecerá en demanda” (12).

Otros comentaristas de la actualidad médica tratan de ser más equilibrados y justos en sus apreciaciones, como el escritor francés Herve Hamon, quien en su libro “Nos Médecins” (13), declara paladinamente que se ha interesado en los médicos porque están en crisis —crisis de identidad, crisis económica, crisis ética, crisis epistemológica—, y que su crisis (la de los médicos) es fatalmente nuestra crisis (la de todos los seres humanos, obviamente).

¿Quién puede estar en desacuerdo? Y acaso, ¿no es justo que los mismos médicos participemos en el debate, dejando conocer nuestros argumentos y puntos de vista?

No ha faltado en esta panoplia de contribuciones críticas a la medicina, un rasgo indispensable del genio humano ... el humor, desplegado magistralmente por un miembro del gremio, el doctor Richard Gordon, en su libro “*The Alarming History of Medicine*” (9) (autor de una cuarentena de novelas relacionadas con temas médicos).

Hace casi tres siglos, el religioso y filósofo español del siglo XVIII, Benito Jerónimo Feijoo (1676-1764) en su obra “Teatro crítico universal, Tomo octavo, Discurso X”, escogió ese mismo tema de las “Paradojas médicas”, expresando que había propuesto en sus libros varias máximas médicas, que “por ser contra la común opinión, se puede dar el nombre de Paradojas”. Cita en su trabajo el Padre Feijoo, un escrito semejante del médico húngaro contemporáneo suyo, Miguel Luis Synapio, quien aparentemente se interesó por refutar a Hipócrates (nada más he podido encontrar sobre Synapio), y en cuanto a las paradojas de Feijoo no tienen ningún

GRANDES PARADOJAS

parecido o semejanza a las que constituyen este escrito, y son críticas —la mayor parte de las veces, justificadas— contra las prácticas médicas de su época. Hay sin embargo una conclusión muy válida cuando afirma: “Mi intento (para el cual basta que yo haya acertado en algunas cosas) es introducir en los médicos gregarios* una prudente y moderada desconfianza de los dogmas recibidos, porque no pierdan jamás de vista los documentos de la primera Maestra de la Medicina, que es la experiencia.” Y también nos amonesta con otro sabio consejo: “Pero a la advertencia que hago, de que jamás se pierda de vista el magisterio de la experiencia, es menester añadir otra, para que aquella sea útil. Los experimentos de nada sirven, no añadiéndoles una sagacísima reflexión; antes llevan adelante, y propagan los errores concebidos.” (www.filosofia.as/fejoo.htm).

La medicina del último medio siglo tiene -como bien califica el médico británico, columnista del diario londinense “*Daily Telegraph*”, James Le Fanu (14), sus “momentos definitivos”, 36 de ellos, de los cuales 11 (señalados con un asterisco) son fundamentales, representando un buen punto de partida para nuestros comentarios, y que según el listado cronológico que nos presenta, son los siguientes:

1935	Sulfonamidas
1941	*Penicilina
	Frotis ‘Papanicolau’ para el cáncer del cuello uterino
1944	Diálisis renal
1946	Anestesia general con curare
1948	Implante de lente intraocular para las cataratas
1949	*Cortisona
1950	Identificación del cigarrillo como causa del cáncer del pulmón
	Cura de la tuberculosis con estreptomycinina y ácido paraaminosalicílico.
1952	Epidemia de poliomielitis en Copenhagen y nacimiento del cuidado intensivo
	*La clorpromazina en el tratamiento de

*Este calificativo está utilizado en el sentido figurado “del que sigue servilmente las ideas o iniciativas ajenas”.

	la esquizofrenia
1954	Microscopio para operaciones de Zeiss
1955	Cirugía de corazón abierto
	Vacuna del polio
1956	Resucitación cardiopulmonar
1957	Factor VIII para la hemofilia
1959	El endoscopio Hopkins
1960	La píldora anticonceptiva
1961	La Levodopa para la enfermedad de Parkinson
	Reemplazo de la cadera de Charnley
1963	*Trasplante de riñón
1964	*Prevención de accidentes cerebrovasculares
	Injerto de puente coronario
1967	Primer trasplante cardíaco
1969	Diagnóstico prenatal del síndrome de Down
1970	Cuidado intensivo neonatal
	Terapia cognitiva
1971	*Cura de cáncer infantil
1973	Escáner (Tomografía axial computarizada)
1978	*Primer bebé de probeta
1979	Angioplastia coronaria
1984	*Helicobacter como causa de la úlcera péptica
1987	Trombólisis para los ataques cardíacos
1996	Terapia triple para el SIDA
1998	Viagra para el tratamiento de la impotencia

Es imposible estar en desacuerdo con Le Fanu en esa evaluación de los progresos de la medicina entre los años de 1935 y 1998, y gracias a esas innovaciones y descubrimientos la medicina contemporánea ganó el prestigio de que goza y debe tratar de mantener e incrementar.

También Le Fanu (14) nos ofrece su visión de las cuatro grandes paradojas de la medicina moderna, a saber:

Paradoja 1: Los doctores desilusionados.

Lo que en su momento fueron áreas de suspenso y emoción (por ejemplo al introducir la bomba que

reemplaza la acción cardíaca durante las intervenciones en dicho órgano) pasan más tarde a ser meras rutinas, que ya no despiertan el mismo interés. Además los médicos jóvenes, debido a que la admisión a las escuelas de medicina ha pasado a ser tan altamente competitiva, son mucho más brillantes que antes, y como tales menos tolerantes de la rutina de la práctica médica ordinaria.

Paradoja 2: Los preocupados sanos.

Ese tipo de público ha ido en aumento y de acuerdo con Le Fanu, la llamada Teoría Social en boga, los hace aún más neuróticos. La presión de esta gente sana por consultar sus médicos incide también negativamente sobre la paradoja 1.

Paradoja 3: La creciente popularidad de la medicina alternativa.

Lo que era antes percibido como ejercicio de curanderos y brujos se ha convertido en una actividad “respetable” por parte de quienes practican homeopatía, naturopatía, acupuntura, etc., cuyos servicios son requeridos por un tercio de la población adulta.

Paradoja 4: Los costos de la salud creciendo en espiral.

Mientras más haga la medicina, mayor será la demanda y consecuentemente, mayor el costo.

El modelo de crecimiento va en dirección de tratar de mejorar las enfermedades crónicas y degenerativas que afectan a los viejos. Los fondos dedicados a este propósito,

que son parte importante de la inversión en salud, se doblaron en Estados Unidos en la última década, pasando de 391 millardos a 668 millardos de dólares, sin que pueda invocarse una mejora importante que justifique la escalada de tal aumento.

Con 52 años de graduado de médico a costas y con esa íntima relación con la profesión médica que da una familia de médicos alrededor, ¿qué mejor servicio podría dar a esa vocación y pasión, que tanto he sentido, que la de expresar sin inhibiciones las ansiedades que siento por el futuro de ese noble oficio, expresando inquietudes propias y ajenas, con el propósito de corregir posibles desviaciones y abrir un debate sobre las soluciones a los diversos problemas que enfrentamos?

Para darle a este trabajo un sentido verda-

deramente humano, me ha parecido necesario incluir algunas “anécdotas médicas”, que he incorporado en los sitios donde mejor se relacionan con las “paradojas” enunciadas, y tienen algunas veces el valor adicional de tener un contenido humorístico, componente indispensable y altamente saludable del comportamiento de los individuos de nuestra especie.

La mejor prueba de la unidad histórica de la profesión médica la representa el llamado juramento hipocrático que establece una continuidad en la conducta ética de los médicos de más de 2 500 años. Es recomendable para los galenos releerlo de vez en cuando. He aquí su texto:

Juramento hipocrático

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higia y Panacea y pongo por testigo a todos los Dioses y a todas las Diosas, cumplir según mis posibilidades y entendimiento el siguiente juramento:

“Estimaré como a mis padres a aquél que me enseñó este arte, haré vida común con él, y si es necesario partiré con él mis bienes.

Consideraré a sus hijos como hermanos míos y les enseñaré este arte sin retribución ni promesa escrita, si necesitaren aprenderlo.

Comunicaré los principios, lecciones y todo lo demás de la enseñanza a mis hijos, a los del Maestro que me ha instruido, a los discípulos regularmente inscriptos y jurados según los reglamentos, pero a nadie más.

Aplicaré los regímenes en bien de los enfermos, según mi saber y entender y nunca para mal de nadie.

No daré a nadie por complacencia un remedio mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida.

Tampoco daré a una mujer un pesario que pueda dañar la vida de un feto.

Conservaré puros mi vida y mi arte.

No extraeré cálculo manifiesto, dejaré esta operación a quienes saben practicar la cirugía.

En cualquier casa en que penetre lo haré para el bien de los enfermos, evitando todo daño voluntario y toda corrupción, absteniéndome del placer del amor con las mujeres y los hombres, los libres y los esclavos.

Todo lo que viere u oyere en el ejercicio de la profesión y en el comercio de la vida común y que no

deba divulgarse, lo conservaré como secreto.

Si cumplo íntegramente este juramento, que pueda gozar dichosamente de mi vida y mi arte y disfrutar perenne gloria entre los hombres.

Si lo quebranto que me suceda lo contrario”.

Hipócrates 400 a.C.

Para comprender cabalmente la importancia de las paradojas, y entrar en materia, quiero recurrir a la importancia del humor, pues como bien afirma Dietrich Schwanitz (15), “...el humor es parte de la democracia, pues la misma democracia descansa en una paradoja, we agree to disagree (nos ponemos de acuerdo para discutir), y la armonía de la comunidad se basa en la discusión permanente. Los fanáticos y los ideólogos sienten pánico antes las paradojas; el humor en cambio, es la capacidad de soportar las contradicciones insolubles sin perder los nervios. En tanto que dique levantado contra los doctrinarios, el humor es la actitud democrática *par excellence* (por antonomasia).” *

Por compartir plenamente este criterio he tratado de incorporar un elemento de humor a este ensayo, cada vez que lo he pensado permisible y lícito.

La dignidad humana. Es sin la menor duda el factor clave para entender cabalmente las relaciones médico/paciente.

Para comprender la verdadera significación de este aserto voy a recurrir a una anécdota personal, que sucedió cuando en mi carácter de Delegado/ Embajador de Venezuela ante la UNESCO en París, trataba de promover la candidatura de Mohamad Yunus para el Premio Simón Bolívar (lo que eventualmente se logró con éxito). Un buen día se presentó en mi despacho una señora de Bangladesh, vestida con su elegante y tradicional sari, quien mantenía una pequeña oficina en la sede de la UNESCO, y quien estaba igualmente interesada en la candidatura del profesor Yunus, y la conversación giró acerca de la profunda significación del “banco de los pobres” para su país y especialmente para sus mujeres, y me narró una experiencia conmovedora. Se trataba de una pobre mujer analfabeta, sin marido y con hijos, que oyendo hablar en la pequeña aldea donde vivía, de los créditos sin prenda del nuevo banco, decidió enterarse por sí misma si podía solicitar dinero prestado para instalar un mini-

negocio de venta de artículos para mujer (perfumes, joyas de fantasía, telas, etc.) en el mercado local, y pensaba que le bastaría la suma de menos de un dólar estadounidense (su equivalente en rupias) para iniciarlo. Los funcionarios del banco le explicaron que no era posible hacer un préstamo tan pequeño, pero que la idea les parecía apropiada y podían prestarle el mínimo que acostumbraba la institución. La señora se quedó meditando y luego rechazó la oferta, alegando que no estaba segura si podía repagar esa suma, y se marchó. Posteriormente volvió insistiendo en la modestísima cantidad que tenía en mente y siempre se le dio la misma contestación. Por fin un buen día aceptó el préstamo y montó su negocio. La idea era original por cuanto las mujeres no acostumbraban llevar negocios en el mercado. Sin embargo muy pronto los hombres que visitaban el mercado se apercibieron que la guía y consejos de una mujer eran convenientes para quien iba a buscar un regalo para la esposa, la hija, la madre o la novia, y de esta manera privilegiaban el negocio de la señora, que vio prosperar rápidamente su actividad comercial y al poco tiempo disponía de otros similares en los mercados de las aldeas de la región. La noticia llegó a la capital y vinieron periodistas a entrevistar a esta exitosa dama. La señora les explicó que ella tenía un origen muy humilde, de hecho hasta establecer ese negocio, era una pordiosera, una mendiga, que vivía junto a sus menores hijos de las limosnas que solicitaba a diario. Cuando la interrogaron acerca de su actual éxito económico, contestó sin vacilar, que lo importante para ella no era el dinero, sino que había recobrado su dignidad como ser humano. Muchos pensaban que siendo indigente, esta mujer y quienes comparten esa extrema pobreza, no saben lo que es la dignidad, sin embargo, es el sentimiento más arraigado y enaltecedor de la raza humana, y perderla tiene un inmenso significado moral, como pone en evidencia esta anécdota.

Es interesante señalar aquí que un crítico de la medicina actual, altamente calificado, como el doctor Richard Horton, editor de la famosa revista médica semanal *The Lancet*, en su reciente libro “Guerras Médicas” (16), no vacila en afirmar que la salud personal y la salud pública no son problemas de “estilo de vida” sino materias de profunda preocupación existencial y geopolítica. “Reflexionando sobre sus implicaciones en nuestra cultura, él ve la medicina como una disciplina fracturada y rápidamente cambiante, bajo presiones sociales,

*Las *cursivas* son mías.

políticas, financieras y científicas sin precedente. Pero insiste que debe ser guiada por encima de todo por un ideal: la dignidad del individuo de cara a la enfermedad. Su argumento para la restauración de la dignidad es la culminación de un llamado apasionado a los médicos para ayudar a estructurar debates esenciales que abarquen desde materias de salud y curación hasta las más urgentes demandas de desarrollo humano y justicia social” (16).

1ª Paradoja: La medicina científica vs. el arte de la medicina.

Desde los tiempos antiguos del padre de la medicina, Hipócrates de Cos (460-377 a. de J.C.), se tiene por bien sabido que la medicina es una profesión (eufemismo gratificante y elaborado —por su componente teórico—, de lo que es un “oficio”), mezcla indisoluble y compleja de ciencia y arte. La tendencia contemporánea de reducir la medicina a una práctica interpretativa de las más sofisticadas tecnologías y a los médicos en meros “tecnólogos”, limitando y hasta tratando de eliminar su profundo sentido “humanístico”, ha creado un conflicto de incalculables proporciones, cuyas consecuencias negativas se observan ya en la crisis de la disminución en la auto-estima y gratificación de los médicos recién graduados y del aprecio de la colectividad por nuestra profesión.

La tentación hacia una preponderancia científica desestabilizadora es muy grande y se habla, con cierta justificación, del Santo Grial de la medicina, que está orientando su acción hacia la prevención de enfermedades crónicas, más frecuentes en la edad prolecta, como son el cáncer, el infarto del miocardio, los accidentes cerebro-vasculares, la enfermedad de Alzheimer, la esquizofrenia, la diabetes y muchas otras, a través de la intervención a nivel genético o aún a nivel proteínico (17).

En los inicios de este nuevo siglo, la Era del Genoma está dejando paso a la llamada Era Proteómica, cuyos abanderados prometen resultados dramáticos a corto y mediano plazo. Según proclaman, “la gente acudirá a los médicos con sus historias médicas digitalizadas incorporadas en tarjetas plásticas, semejantes a las tarjetas de crédito actuales, una especie de matrimonio entre medicina y salud pública; cada tarjeta contendrá la totalidad de su código genético y la medicina cambiará hacia una verdadera medicina de familia, basada en los genes de cada grupo familiar” (Allen Roses (17).

Los estudiantes de medicina de hoy en día no pueden limitarse a estudiar —como en mis días de estudiante—, anatomía, fisiología, embriología, bioquímica y anatomía patológica, sino que deben adentrarse en los secretos de la biología de las células, y de las moléculas dentro y fuera de ellas, lo mismo que la membrana que las rodea, las fuerzas de energía que las afectan y los secretos relacionados. “El futuro de la investigación médica básica está en las manos de geneticistas e inmunólogos y quizás hasta de psicobiólogos. Hay matemáticos, físicos, químicos e ingenieros, quienes jamás han puesto un pie en un laboratorio médico, y que sin embargo están investigando problemas que nos conducirán a grandes avances en el arte de curar en el próximo siglo” (18).

La futurología es una disciplina hartamente peligrosa y un ejercicio intelectual incierto, pero esas predicciones se ajustan a lo estrictamente previsible.

Sin embargo, para el pensador francés Jacques Attali, “Pronto el hombre no será ya una preciosa máquina, productora de capital, y, por tanto, que curar, sino una mercancía que consumir y, por tanto, de producir.” ... “La crisis de la medicina ilumina justamente, en la bruma del presente, un futuro en el que curar desaparece tras vender, donde la vida y la muerte, lo patológico y lo normal, lo natural y lo artificial se hacen indiscernibles.”

Para críticos, dentro de la propia profesión, como es el caso del Dr. Robert S. Mendelsohn (19), quien se confiesa como ‘médico herético’, “la medicina moderna se aproxima más a una religión que al concepto tradicional de mezcla de ciencia y arte, ya que maneja asuntos complejos y misteriosos tales como nacimiento, muerte y todos los trucos que nuestros cuerpos nos juegan —y nosotros a ellos— entre ambos”.

Maurice Pappworth, en su libro “*Human Guinea Pigs*” (Cobayos Humanos) (20) cita la opinión de Sir William H. Ogilvie (cirujano del hospital Guy’s de Londres): “La ciencia de la medicina experimental es algo nuevo y siniestro, por cuanto es capaz de destruir en nuestras mentes la vieja fe de que nosotros, los médicos, somos los sirvientes de los pacientes a que nos hemos dedicado a cuidar y la completa confianza de que ellos pueden poner sus vidas y las vidas de sus seres queridos a nuestro cuidado”.

Cuando las críticas a la praxis médica del momento, específicamente a la experimentación en humanos, provienen, como en este caso, de un colega,

es tal vez la regla más bien que la excepción, que el gremio médico reaccione y se sienta molesto por que sea uno de los suyos quien “lance la primera piedra”, y de hecho fue lo que sucedió con Pappworth, quien pagó un elevado precio por su “osadía”, sufriendo un verdadero ostracismo y otras represalias por parte de la profesión médica.

Para un observador tan perspicaz como Sir Peter Medawar (1915-1987), cuando la gente habla del “arte y ciencia” de la medicina, generalmente confunden los conceptos presumiendo que “el arte” es aquella parte de tratar de atraer la simpatía del paciente y conversar con él, y “ciencia” a la difícil parte de interpretar correctamente las sofisticadas pruebas a que se le somete para llegar a un diagnóstico. Según Medawar, el caso es completamente a la inversa, pues la verdadera “ciencia” de la medicina es la comprensión en su integridad de la naturaleza del problema médico a la que se llega hablando extensamente con el enfermo y mediante un examen físico que permita encontrar los signos relevantes de la dolencia. De este estilo ortodoxo del ejercicio médico es posible inferir lo que ocurre en el 90 % de los casos. Por contraste, muchas de las tecnologías más modernas, que son las que pasan por “ciencia”, son con frecuencia equívocas en su interpretación. La lógica del argumento de Medawar lleva a la paradoja de que mientras el médico indica más pruebas de laboratorio, la medicina que practica se hace menos “científica” (14).

Parte, tal vez la más importante, de las críticas que recibe la medicina, son comunes y derivan de las mismas raíces que las que impactan a la ciencia de hoy en día, y que pueden resumirse en las palabras de Lewis Wolpert y Alison Richards (21), “las actitudes presentes hacia la ciencia parecen indicar ambivalencia y polarización. Mientras que existe mucho interés y admiración por la ciencia, hay también un miedo profundamente arraigado y hostilidad. La ciencia es percibida como materialista y deshumanizada, arrogante y peligrosa. Quienes la practican son una banda de técnicos fríos y sin sentimientos con poder sin responsabilidad. El reduccionismo es sospechado e incómodo, sabotador de todo el misterio y maravilla de la vida. Las amenazas de guerra nuclear y la manipulación genética del embrión son grandes.”

Los médicos no podemos darnos el lujo de ignorar ese tipo de percepción y esas críticas, por más injustificadas o exageradas que puedan parecernos, y al evaluarlas con objetividad y calma, tratar de

corregir aquellas conductas desviadas que pueden dar lugar a las críticas con alguna base o fundamento.

2a Paradoja: Explosión demográfica vs. calidad de vida.

A pesar de que es un tema que produce todavía una amplia controversia, la población del planeta Tierra con sus seis millardos de personas habitándolo —geográficamente, podríamos añadir, de manera un tanto caprichosa y heterogénea—, parece haber llegado a un nivel próximo a la saturación, al menos si queremos respetar y conservar sus principales sistemas ecológicos.

Le tomó a nuestra especie, desde que apareció en este planeta hasta el año de 1830, alcanzar —a nivel mundial— la población de un millardo (mil millones de personas). Un siglo más tarde, en 1930, el número de habitantes se había duplicado (dos millardos); en 1960, tres millardos; en 1975, cuatro millardos; en 1986, cinco millardos; y en 1999 cruzamos la marca de los seis millardos. Para el año 2003 la estimación es de 6,4 millardos de habitantes. Es fácil comprender que la biósfera terrestre no soporta el estrés de esa explosión demográfica, si esas cifras no tienden a nivelarse rápidamente.

A primera vista, la medicina, podría ser la obvia víctima de su propio éxito. Veamos porqué. La medicina moderna, en forma compartida —tal vez minoritariamente—, con la higiene, es responsable en buena parte de esa reciente explosión demográfica, ya que gracias a sus adelantos y progresos ha podido disminuir drásticamente la mortalidad infantil y aumentar considerablemente el promedio de vida de los habitantes del planeta.

A comienzos del siglo XIX la tasa de la mortalidad infantil era de 250 por cada 1 000 nacimientos; en 1900 había bajado a 150 por 1 000; diez años más tarde era de 100 por 1 000 (hasta menos del 20 por mil en los últimos años de la década de 1980).

En Europa, al comienzo de siglo XVIII, la mitad de los niños morían antes de alcanzar los 15 años de edad. Por cuanto la población en general alcanza su nivel máximo de productividad durante las décadas de los 40 y 50 años, se perdía un importante potencial humano.

En cambio, en 1990, más de 83 % de la población tenía una esperanza de vida de 65 años, y más del 28 % todavía viviría hasta los 85 años (22).

Este doble logro, espectacular como ha sido, ha

determinado ese efecto negativo constituido por la explosión demográfica, que amenaza erosionar y a veces hasta destruir el medio ambiente, que tiene que ser respetado y cuyo mantenimiento, en equilibrio con la población humana que habita el planeta, es esencial para el futuro de la especie.

Otra paradoja, cuyas consecuencias pueden ser bien negativas, es que las poblaciones de los países avanzados tienden a estabilizarse o disminuir, en evidente contraste con las de los países en vías de desarrollo, que siguen creciendo en forma explosiva y preocupante. En otras palabras quienes disponen de la riqueza, capital y tecnologías para mejorar sus condiciones de vida, han logrado controlar su crecimiento demográfico y con toda probabilidad podrán mantener o incrementar su calidad existencial, y pasarla así a futuras generaciones, y en cambio los pobres de todo el mundo siguen multiplicándose, haciendo aún más improbable salir del círculo vicioso del que son actualmente parte constituyente. Las tasas de reproducción (promedio de hijos que tiene cada mujer durante su vida) de países como España, Italia y Japón varían entre 1,1 y 1,5 (muy por debajo de la tasa de reemplazo que es 2,2).

Esas cifras son preocupantes porque determinarán edades medianas en continuo crecimiento en esos países; para el año 2050 estará en 40 años en EE.UU (era 19 años en 1850), 54 años en Alemania, 56 en Japón y 58 en Italia. Se estima que la mitad de la población de los países desarrollados estará en edad de retirarse o más avanzada para esta fecha (22).

Visto desde el punto de vista de un biólogo, que se ha distinguido a lo largo de su carrera como docente e investigador, como una de las mentes más esclarecidas en el camino tortuoso y poco entendido de la integración de las ciencias naturales con las otras ciencias y aun con las ciencias sociales, las humanidades y las artes en un esfuerzo auténticamente titánico para obtener “la unidad de los conocimientos” (23), en el proceso siempre complejo y difícil de síntesis intelectual, como Edward O. Wilson, en su nuevo libro “El Futuro de la Vida” (24), nos explica con meridiana claridad, utilizando el concepto de la “huella ecológica”, —la cantidad promedio de tierra productiva y de mar poco profundo que se atribuye a cada persona en trozos y pedazos de todas partes del mundo para proporcionarle alimento, agua, habitación, energía, transporte, comercio y absorción de despojos—, es cercana a una hectárea en países desarrollados, pero de 9,6

hectáreas en EE.UU, si tuviésemos como meta para los seis millardos de seres humanos que poblamos la Tierra el nivel alcanzado por los norteamericanos de hoy en día, necesitaríamos cuatro planetas del tamaño del nuestro.

Los cinco millardos de personas que constituyen el Tercer Mundo, es muy poco probable que alcancen ese alto nivel, pero tan sólo con intentarlo, bastará —según la autorizada opinión de Wilson—, para borrar de la faz del planeta los últimos vestigios de ambiente natural (es decir, sin intervención humana).

Como es fácil suponer, la medicina no puede hacer ninguna concesión, por pequeña que sea, tratando de cambiar sus objetivos fundamentales, que entre otros aspectos comprende los dos parámetros vitales ya mencionados —y que se anota éxitos en disminuir la mortalidad infantil y alargar la vida de los seres humanos, al lograr curar o controlar una miríada de enfermedades—, aunque visto desde otro ángulo y de manera global, esa acción sea, al menos en buena parte, responsable de uno de los grandes problemas que confronta la humanidad, ese crecimiento demográfico explosivo y todavía incontrolado en los países más pobres y necesitados del mundo.

“Al mismo tiempo el Homo sapiens se ha convertido en una fuerza geofísica, la primera especie en la historia del planeta para lograr tan dudosa distinción. Nosotros hemos llevado los niveles de anhídrido carbónico a los más altos niveles en por lo menos doscientos mil años, desbalanceado el ciclo del nitrógeno, y contribuido al calentamiento global, que en última instancia será una mala noticia en todas partes” (24).

Faltaría agregar que además hemos inventado armas de destrucción masivas —con las bombas atómicas y de hidrógeno—, teóricamente capaces de borrar toda vida de la superficie del planeta (esa tenue capa que lo cubre, denominada la biósfera), un poder autodestructivo —capacidad genocida total—, que adquirió nuestra especie, por vez primera en la historia, a mediados del siglo XX, y cuyo uso masivo hasta ahora ha podido evitarse por el uso de la razón entre quienes poseen y monopolizan ese poder letal tan horripilante como amenazante.

En otras palabras, aunque es parte de la causa del problema, debido a su propia índole y debido a sus exitosos resultados, la medicina no tiene posibilidades reales de cambiar las actuales tendencias, ya que los esfuerzos destinados a nivelar la actual

población del globo, escapan a sus competencias y obedecen a múltiples causas que son ajenas a su acción esencial.

Para confirmar mi interpretación cito a un médico británico, Vernon Coleman (25), quien en el prólogo de su libro y acerca del futuro que encaramos no vacila en afirmar: “Para el año 2020 un tercio de la población del mundo desarrollado estará por encima de los 65 años. Una cuarta parte de la población será diabética. En cada hogar donde coexistan dos padres sanos y dos niños sanos, habrá cuatro personas incapaces o dependientes necesitando cuidados continuos. Enfermedades tales como la diabetes o la esquizofrenia (genéticamente transmitidas) y la ceguera (que es diez veces más común después de los 65 y treinta veces más común después de los 75) serán tan frecuentes como la indigestión o la rinitis alérgica lo son hoy en día. El desempleo será normal. Las enfermedades relacionadas con el estrés serán endémicas. Los países desarrollados a lo largo de todo el mundo enfrentarán la bancarrota en su lucha para encontrar los fondos para pagar las pensiones, seguros de enfermedad y beneficios para los desempleados La raza humana será destruida por la ambición médica, la codicia comercial y el oportunismo político”.

Puede que sea una visión excesivamente pesimista y aún tremendista del futuro que nos aguarda, pero si no cambiamos rápidamente nuestras conductas frente a los problemas que enfrentamos, estos pronósticos se cumplirán indefectiblemente, con las terribles consecuencias enunciadas.

Estimo sin embargo, que la responsabilidad de los médicos en tan delicada materia es subalterna a la comprensión de la magnitud del problema por parte de la opinión pública, que debe ser debidamente informada y educada sobre las realidades existentes por la clase política y sobre todo por los estadistas que existan dentro de la misma, para poder optar a políticas públicas sensatas destinadas a corregir las anomalías, inducidas por nuestro éxito tecnológico. Sería una especie de holocausto colectivo auto-infligido.

3ª Paradoja: Vida vegetativa vs. eutanasia.

La dramática extensión del promedio de vida de la población mundial, proporcionalmente mayor en los países industrializados, afluentes y con mejores servicios médicos, amenaza continuamente y muy especialmente a esos países del Primer Mundo, a

convertirse progresivamente en una sociedad de viejos, de ancianos, de jubilados y pensionados (que superarán en poco tiempo a quienes trabajan ... y producen). Todos los cálculos actuariales al respecto están desfazados y los desequilibrios económicos que causarán son un permanente dolor de cabeza para los estadistas y hasta para los políticos de todos los países.

Pero el problema médico esencial es que los avances obtenidos para prolongar la vida activa de muchos órganos, mediante trasplantes, y otros métodos, han tenido cierto éxito con varios órganos (tal como sucede con la córnea, el riñón, el corazón, el hígado y hasta los pulmones), pero es imposible —y con toda probabilidad seguirá siéndolo durante muchos años— con el cerebro. Hace algún tiempo escribí un artículo sobre, “el trasplante imposible” refiriéndome a ese hecho, de que en el supuesto negado de que pudiésemos acometer el acto quirúrgico y trasplantar la totalidad de un cerebro a un cuerpo humano, lo que verdaderamente hubiese ocurrido es el trasplante de la totalidad de un cuerpo a un cerebro (y no lo contrario), ya que al final de cuentas lo que realmente define al ser humano es lo que asienta en su cerebro.

Por otra parte con el aumento del promedio de vida, todos los problemas que surgen de la gradual erosión del cuerpo humano por el envejecimiento y reducción de la funcionalidad de los órganos, tejidos, aparatos y sistemas, van encontrando soluciones médicas o quirúrgicas más o menos efectivas y aceptables, que no guardan relación con los limitados avances relacionados con las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

Enfermedades como la de Alzheimer prácticamente desconocida hasta hace tres décadas aumenta continuamente en relación directamente proporcional al aumento de edad del promedio de la población y está haciendo estragos en los países desarrollados, ya que conduce a una población con un porcentaje sustancial de viejos condenados a una vida vegetativa.

Con una situación de este tipo se plantea con fuerza, como presión social comprensible, la opción de la eutanasia, y ya lo estamos viendo, como lenta pero progresivamente, va penetrando las conciencias de sociedades con una importante tradición liberal como ocurre en los Países Bajos, donde ya observamos intentos incipientes de utilizar la eutanasia para terminar la vida vegetativa de ancianos condenados a esa situación inhumana, que elimina

toda calidad de vida.

El incremento continuo de la longevidad humana en las poblaciones de los países afluentes del Primer Mundo está ocasionando problemas para los cuales la moral cristiana ortodoxa (y especialmente la católica), muy rígida en lo que toca a la sacralidad de la vida, no tiene respuestas apropiadas todavía.

Los trasplantes hacen posible mantener funcionando aceptablemente algunos órganos vitales, como el riñón, el hígado o el corazón, especialmente desde que disponemos de fármacos (como la ciclosporina) que evitan el fenómeno del rechazo. Pero toda esta tecnología de punta, que permite prolongar la vida por años de enfermos que hasta hace una generación estaban desahuciados, al fallar el funcionamiento de un órgano vital, no ha logrado semejantes avances en lo que se refiere a la buena marcha del cerebro, del que depende nuestra conciencia y capacidad de razonamiento, y nos da así el componente esencial de lo que constituye la humanidad.

Es así como se justifica y entiende el clamor universal de personas que aspiran “a morir con dignidad” y además saben que “ya pueden exigirlo como un derecho” (26).

Surge así —al menos a los ojos de los activistas de la Federación Mundial de Asociaciones pro Derecho a Morir (creada en Oxford en 1980 y que cuenta ya con más de 800 000 socios en 27 países)—, un nuevo derecho de los seres humanos ... el derecho a morir. Derecho contemplado ya por el penalista Luis de Jiménez de Asúa (1889-1970) en su libro Libertad de amar y derecho a morir en 1928.

En otras palabras, la aceptación sin eufemismos, de la eutanasia. Según la información publicada, en España, seis de cada 10 médicos (Centro de Investigaciones Sociológicas –CIS) apoyan un cambio en la ley “para permitir a los enfermos pedir y recibir el suicidio asistido por un médico y/o la eutanasia activa.”

Se afirma igualmente que un sondeo de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) de España refleja que el 70 % de los españoles desea que se legalice la eutanasia.

Ese movimiento pro-eutanasia ya es legal en Holanda y Bélgica y se dice que está avanzando rápidamente en Francia, Japón y Australia. En Suiza, la organización Dignitas ofrece “suicidios asistidos” a “cuantos europeos quieran usar de sus servicios” (26).

Se trata sin duda de un asunto espinoso y duro para la profesión médica, que es vista por el público, y se identifica a sí misma, como la institución destinada a luchar por la vida y contra las enfermedades que atentan contra la misma. Y efectivamente, ese logro que el promedio de vida de naciones enteras llegue e incluso se prolongue más allá de los 80 años, se le puede atribuir sin dudas y regateos a la medicina. Pero el costo a pagar es alto, y ahora surgen dudas y tribulaciones de cómo atenuar las consecuencias negativas de una población que envejece a ojos vista.

¿Tendrán que ser efectivamente los médicos quienes, contrariamente a una tradición multiseccular —y a petición de los propios pacientes—, pongan fin a los días de quienes ayudaron a traer al mundo? Se trata de un cruel interrogante, que pende, como la espada de Damocles, sobre quienes ejercen la noble profesión, y que hasta ahora no habían tenido la necesidad de plantearse seriamente esa proposición harto macabra, triste y desoladora.

4a Paradoja: Debilidad o carencia económica vs. calidad de la atención médica.

La medicina de todos los tiempos, y así lo consagra el juramento hipocrático, ha tratado siempre de pasar por encima de los prejuicios raciales, religiosos y culturales de los seres humanos y ha intentado por los medios a su alcance de que las diferencias económicas entre los seres humanos no afecten negativamente a quienes no disponen de los medios necesarios para proporcionarse y pagar los cuidados médicos que reciben.

Este ideal, que siempre se queda corto y sea tal vez inalcanzable, se ha hecho cada día que pasa más difícil de lograr, pues las nuevas tecnologías médicas, cada vez más sofisticadas y complejas, son extremadamente costosas y lo mismo se puede afirmar del precio de las nuevas medicinas (tal es por ejemplo el caso de las drogas patentadas necesarias para mantener con vida a los enfermos con SIDA). La brecha existente entre la calidad de los servicios médicos disponibles a quienes tienen medios económicos y quienes carecen de ellos se hace cada día más amplia, y peligrosamente distorsiona los fundamentos éticos de la profesión médica a nivel mundial. En muchos países reciben los servicios médicos apropiados tan sólo quienes disponen de los medios económicos para pagarlos, y los profesionales de la medicina de nuestra generación tienen que aceptar las reglas draconianas

impuestas al respecto por la administración de las instituciones a las cuales están afiliados, que para sobrevivir no pueden darse el lujo de hacer caridades y absorber los altos costos de las modernas y eficientes tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

He tratado el tema en más extensión en una reunión denominada “Aula Magna” de la Pontificia Universidad Católica de Perú, el año 1998.

5a Paradoja: Mentira vs. secreto de Estado.

¿Se justifica la mentira y la falsificación de la verdad médica en conflicto frente al “secreto de Estado”?

En la historia son frecuentes los casos de enfermedad de jefes de Estado, y se han estudiado los problemas que ello puede causar. Los métodos utilizados hablan muy claro de la creatividad y capacidad de intriga del entorno político palaciego para engañar sistemáticamente a la opinión pública, muchas veces valiéndose de la colaboración (¿complicidad?) de los médicos tratantes.

Casi siempre a posteriori nos hemos enterado de los dramas dentro de la burocracia más cercana al gobernante de turno para ocultar deliberadamente a la opinión pública lo que verdaderamente ocurría con la salud de sus respectivos Jefes de Estado. En ese club dominado por la gerontocracia no es extraño que la incidencia de problemas de salud de estos personajes sea más la regla que la excepción. Muchos de esos problemas inhabilitan mentalmente a la persona que las sufre —en nuestro caso, un Jefe de Estado—, para evaluar su propio estado de salud (especialmente si el problema es cerebral), por lo cual sería impráctico e ingenuo dejar la decisión en manos del propio paciente. En estos casos se impone el veredicto del médico tratante y su compromiso ético con la verdad, haciendo caso omiso de las presiones políticas que siempre han buscado justificación en el “secreto de Estado”.

En la historia reciente existe abundante evidencia de ese sistemático ocultamiento de la verdad por parte de las autoridades competentes con la complacencia y muchas veces activa colaboración de los médicos responsables.

Podemos recordar los casos de Antonio de Oliveira Salazar (1889-1970), dictador de Portugal, quien sufrió una trombosis cerebral en 1968; de Francisco Franco (1892-1975) quien durante un mes fue mantenido con vida utilizando todo tipo de recursos tecnológicos (más de 50 litros de sangre

mediante transfusión, fue sondeado, dializado y refrigerado, mantenido con vida gracias al trabajo continuo de “máquinas infatigables”); de Mao Tse-tung (1893-1976), en China, quien sufrió de una arteriosclerosis progresiva durante diez años y aislado en su palacio desde 1974; de Josip Tito (1892-1980) en Yugoslavia; de Leonid Brezhnev (1906-1982), de Yuri Andropov (1914-1984) y Konstantin Chernenko (1911-1985) en la Rusia Soviética, para no nombrar sino a unos cuantos dictadores, a los cuales les era más fácil ocultar la verdad y engañar deliberadamente a sus ciudadanos utilizando el aparato represivo de sus respectivos gobiernos.

Sin embargo, no se limita esa manipulación de la verdad con fines políticos a los regímenes autoritarios como lo revela recientemente el escándalo de la publicación de un libro contentivo de los detalles de la historia médica del ex-presidente de Francia, Francois Mitterrand, por parte de quien fue su médico de cabecera, por muchos años, Dr. Claude Gubler, que produjo en ese país una delicada controversia, que incluso llevó a la cárcel a su autor. Mitterrand descubrió poco tiempo después de ser elegido a su primer período como presidente de la República Francesa que sufría de cáncer de próstata con metástasis en los huesos. Sin embargo, con diversos tratamientos, pudo gobernar durante dos períodos presidenciales consecutivos (14 años) a su país, sin que la opinión pública se enterase de sus problemas médicos, entregar el cargo a su sucesor, e incluso escoger la fecha de su deceso, cuando voluntariamente suspendió el tratamiento a que estaba sometido. El Consejo de Médicos de Francia encontró culpable al cuestionado médico (quien ya se había distanciado un tiempo atrás de su ilustre paciente), por la publicación del libro a todas luces violatorio del “secreto médico”, pero curiosamente no se juzgó la evidente manipulación de la verdad, consistentemente adulterada, en los comunicados anuales sobre la salud del presidente, supuesta y convenientemente protegida por el “secreto de Estado”. Si se acepta legal y moralmente que bajo el manto del secreto de Estado es posible manipular y adulterar la verdad médica, todos esos boletines y comunicados no tienen sentido alguno, por cuanto sabemos de antemano que han sido “cocinados” por el interés político del gobernante de turno, ¿qué valor e importancia tienen para la opinión pública? Curiosamente este aspecto es al que se atribuyó menos importancia en el debate público de tan

delicado asunto.

El caso del presidente Mitterrand tenía una importancia relativa, por cuanto sus problemas de salud, aunque molestos, no afectaron su capacidad mental, su lucidez, su dedicación y su comportamiento como jefe del Estado. ¿Pero que hubiese sucedido si el padecimiento ocasionando limitaciones y problemas estuviese radicado en el cerebro? ¿Por cuánto tiempo el entorno presidencial hubiese podido ocultar la verdad a la opinión nacional? ¿Cuáles y cuántas decisiones hubiesen sido hechas por personas no calificadas, ni autorizadas legalmente para ello, con el engaño de que estaban avaladas por la persona que los electores escogieron para esa función no delegable y mucho menos por personas seleccionadas en secreto y a espaldas de ellos?

6a Paradoja: Consumo de alcohol vs. buena salud.

Hasta hace pocos años la ortodoxia médica vio las bebidas alcohólicas como un hábito dañino, potencialmente peligroso al crear adicción en algunas personas, y por lo tanto algo execrable, que tan sólo podía tolerarse moderadamente para facilitar la interacción social.

Sin embargo, recientes estudios clínicos en muestras significativas parecen haber demostrado fehacientemente que la ingestión diaria de cantidades moderadas de alcohol son beneficiosas a la salud.

Para los médicos en verdad no es difícil razonar que la dosis puede significar la diferencia entre beneficio y perjuicio, y que la palabra clave en el consumo de alcohol —como en muchos otros casos—, es moderación.

Para la opinión pública la distinción no es tan simple y directa, y las campañas sanitario-educativas para evitar el alcoholismo se harán más complejas, pues dada la información existente es imposible condenar de manera absoluta el consumo del alcohol. Y desde luego el peligro de que un pequeño porcentaje de quienes lo consumen se hagan adictos es un riesgo comprobado que no podemos descartar.

La hipótesis inicial de que la incidencia menor de enfermedades cardiovasculares ocurría en quienes tomaban regularmente cantidades moderadas de vino rojo, quedó reemplazada más tarde, y avalada por numerosos estudios (70 a 80) en diversos países (30 a 35), de que el efecto beneficioso se debe genéricamente al alcohol (en sus diversas formas,

trátase de cerveza, vinos o destilados espirituosos).

Se ha establecido, razonablemente bien (uno de los estudios abarcó casi medio millón de personas en un lapso de más de nueve años), que los bebedores moderados tienen 20 % a 30% menos posibilidades de muerte prematura por enfermedad cardiovascular que los abstemios.

Los enterados aconsejan un trago aquel día para las mujeres y dos tragos para los hombres (un trago = 12 onzas de cerveza = 5 onzas de vino = 1,5 onzas de bebida espirituosa destilada).

Las autoridades sanitarias británicas (1995) han emitido una directriz estableciendo que la gente que no bebe o que bebe muy poco dentro del grupo etario de alto riesgo para las enfermedades cardíacas debe “considerar la posibilidad” de que ingerir bebidas alcohólicas en cantidades moderadas puede beneficiar su salud.

En Estados Unidos, la *American Heart Association* es más conservadora cuando establece que si se ha de beber, debe ser con moderación y que la incidencia de enfermedades del corazón en quienes consumen cantidades moderadas de alcohol es menor que en los abstemios, insistiendo siempre en los peligros del consumo alcohólico, como son el alcoholismo, la alta presión arterial, obesidad, ictus, suicidio y accidentes.

7a Paradoja: Donación vs. venta de órganos para trasplantes.

La transfusión sanguínea puede ser considerada como un trasplante de un tejido (la sangre) y en muchos países existe una tradición de venta de la misma a los Bancos de Sangre por parte de muchos donantes —por ejemplo en Estados Unidos—, que hacen de ello una ganancia monetaria.

Afortunadamente en Venezuela no se permite la venta de sangre humana y por tanto existe una tradición de excluir del comercio partes del cuerpo humano para trasplante, como puede ser el caso de órganos dobles como riñones, o huesos, ya que es evidente que otros órganos trasplantables como el corazón requieren de un cadáver, pues son órganos únicos e indispensables para la vida del individuo.

Dentro de la tradición cristiana los dos santos patronos de los médicos, San Cosme y San Damián, hermanos gemelos que vivieron en el Cercano Oriente a comienzos de nuestra era, quienes (uno como anestesista, el otro como cirujano) practicaron

el trasplante de una pierna de un esclavo negro recién muerto a un paciente blanco a quien se le había amputado el miembro inferior. Este fue el principal milagro de estos santos, que se encuentra representado en grandes pinturas de famosos museos. Tomó casi dos milenios para que Alexis Carrell lograra tamaño avance tecnológico en un par de perros (uno blanco y otro negro) y trasplantara una pata de uno a otro animal. Varias decenas de años más tarde se logró el trasplante de la mano de un cadáver a un amputado por accidente. Lo que antes fue un “milagro” pasó a ser de pronto una realidad de la moderna tecnología quirúrgica, con la ayuda de poderosos fármacos para impedir el rechazo de unos tejidos que no son los propios.

Pero lo que aquí queremos destacar es que la sociedad contemporánea considera inmoral e ilegal el comercio de órganos, por tanto quien necesita de uno de ellos —y muchas veces significa la diferencia entre la vida y la muerte—, tiene que encontrar un donante voluntario y gratuito (generalmente un familiar próximo).

Esa situación ha dado lugar al comercio ilegal de órganos de gente necesitada proveniente de países del Tercer Mundo que no vacilan en privarse de un órgano doble (generalmente riñones), mediante una intervención quirúrgica delicada, para obtener un dinero que necesitan con urgencia.

En algunos países de América Latina se publican avisos económicos en la prensa ofreciendo en venta riñones, córneas, etc. Sin la menor duda el comercio de órganos existe.

Hace poco tiempo oí por el radio, un programa de la BBC de Londres, relatando la denuncia de varias organizaciones voluntarias, que atribuyen la desaparición de cientos de mujeres en el norte de México a crímenes relacionados con la venta de órganos. Aparentemente se trata de un serio problema que no podemos poner de lado sin una investigación a fondo de las denuncias planteadas. La gravedad del caso es que para hacer posible un comercio de tal naturaleza se necesitaría toda una cadena de complicidades, que son difíciles de tan siquiera imaginar.

8a Paradoja: Permanecer en el país de origen vs. emigrar.

Las grandes migraciones siempre han sido determinadas por circunstancias políticas (persecuciones) o económicas (especialmente

hambrunas), y dejan poca elección a quienes se ven obligados a tomar este duro camino.

Un médico bien formado (y más aún si ya está especializado) tiene un valor importante (tanto por el tiempo prolongado de su formación como por el valor intrínseco de la misma) para su país de origen, de modo que perder este capital humano, en caso de que decida emigrar, representa una pérdida importante y así lo debe contabilizar el país “donante”, como por otra parte lo hará seguramente a título de ganancia el país “receptor”.

Sobre lo que cuesta formar un médico y el valor que ello tiene para el país que lo recibe como inmigrante fue el tema que escogí para mi incorporación como Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina de Colombia en febrero de 1999. Dado el número importante de médicos colombianos que han emigrado a Estados Unidos pensé que sería un tema de interés para iniciar un debate al respecto, en cierta forma ese aporte compensa con creces las ayudas que por diversos conceptos ha recibido Colombia provenientes del gran país del norte (excluyendo el reciente apoyo militar contra la guerrilla y el narcotráfico).

9a Paradoja: Médico de familia vs. médico especializado.

Económicamente existe un valor agregado desproporcionado entre los servicios de un médico general y un médico especializado.

La formación del especialista es más larga y costosa, por tanto su tiempo es económicamente más valioso. En el sistema de salud británico todo enfermo tiene que ser examinado de inicio por su médico de familia y el acceso al especialista no es posible sino mediante la referencia del primero. Si aceptamos como cierta la estadística de que el 80 % de la gente que visita al médico, no necesita tratamiento, veremos la incongruencia del asunto, que no cesa allí, puesto que también sabemos que el 80 % de las personas que van a ver a un médico recibirán alguna forma de tratamiento (aunque no sea necesario). En Francia oí decir repetidas veces, que el público en general cuando visita al médico se sentirá defraudado si no termina la consulta con tres prescripciones de diferentes fármacos (de allí tal vez la proliferación de medicamentos basados en yerbas exóticas con supuestos efectos farmacológicos con dudoso fundamento científicamente

probado, y de allí la lenidad y complacencia de la autoridad sanitaria, dispuesta a satisfacer un sentimiento colectivo altamente sensible).

Cuando un Estado soberano reconoce su responsabilidad en relación a la asistencia médica de la población tiene que entender de inicio que el médico de familia es la columna vertebral del sistema de asistencia médica colectivo y que por tanto debe utilizar todos los mecanismos e incentivos de la más diversa índole para favorecer ese tipo de formación entre los médicos recién egresados de las universidades.

10a Paradoja: El derecho a la salud vs. el derecho a la atención médica.

Aunque a base de promesas falsas, exageraciones e hipérboles se gobierna al mundo, y estamos acostumbrados a oír hablar a los políticos, repetitivamente y sin consecuencias determinables, de una infinidad de “derechos humanos”, tales como derechos de los niños, de los homosexuales, el derecho a la vida, el derecho a la muerte, los derechos de los acusados, el derecho de los criminales (conocemos instituciones y personas dedicadas a ese solo propósito), derecho de las víctimas (un poco más lógico y socialmente aceptable que el anterior), derecho a vacaciones periódicas, y hasta derecho de los animales, y porqué no algún día lo habrá también ... de las plantas.

Aun dentro de este panorama de auténtica jungla de toda clase de derechos (rara vez acompañados de los correspondientes “deberes” como debería ocurrir en un “contrato social” justo y equilibrado), es curioso, ameno y hasta un poco ridículo ver como los constituyentes al elaborar nuestra flamante “Constitución Bolivariana” —la más moderna y “revolucionaria” de todas las constituciones—, consagra en su Artículo 83, el llamado “derecho a la salud”, que se define así: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”. Un derecho por tanto que supuestamente debe garantizar el Estado venezolano a todos sus ciudadanos, pero sucede que ni ese Estado, ni otros más avanzados si al caso vamos, pueden garantizar la salud a todos sus ciudadanos, por cuanto no están, ni jamás estarán en capacidad de hacerlo, porque sencillamente no depende de ellos, sino de factores múltiples que no controlan ni podrán controlar en un futuro previsible, por ejemplo y sin ir más lejos, las enfermedades

degenerativas ocasionadas por el envejecimiento y desgaste funcional del cuerpo humano, que el avance futuro de la medicina tal vez podrá diferir por unos pocos años, pero que jamás podrá postergar indefinidamente o llegar a eliminar.

Pero nadie levanta la voz y clama contra ese nuevo engaño —esta nueva hipocresía, tan fácilmente comprobable—, de los políticos, pues no de otra cosa se trata. Si ese llamado “derecho a la salud” fuese al menos cambiado, manipulado y “edulcorado” por algo menos tajante, ambicioso y altisonante, como por ejemplo, “derecho a la atención médica”, tal vez sería más digerible, realista y aceptable, pues al menos pondría de manifiesto el deber insoslayable del Estado de velar por el ideal —entiéndase bien un ideal, algo bastante etéreo—, de aspirar y contribuir a la buena salud de sus ciudadanos, recurriendo para ello, entre otros medios, a los servicios médicos, que deberían ser subsidiados por el gobierno cuando se trate de indigentes, sin recursos económicos para sufragar los costos incurridos. Al menos no tendríamos inhibiciones en reconocer la buena intención que guió a los legisladores en aspirar a un ideal, que pocas veces, y con mucho esfuerzo, llega a cumplirse en unas pocas naciones afluentes, cultas y bien administradas. Pero establecer constitucionalmente y de la manera más dogmática y contundente que el Estado venezolano “garantiza” a todos sus ciudadanos el “derecho a la salud”, es decir, un derecho sobre el cual puede ejercer una influencia muy relativa, no es más que una de tantas sandeces o ridiculeces y una majadería más, de las tantas a que estamos infelizmente acostumbrados.

Nota: la publicación del resto de las paradojas continuará en los próximos números de la revista.

Animamos cordialmente a nuestros lectores a participar en el debate al cual nos invita el autor, para conocer sus puntos de vista y argumentos sobre las soluciones propuestas a las paradojas presentadas.

Se daría inicio así a una nueva sección de la Gaceta, que podría llamarse “Cartas al Editor”