

Las grandes paradojas de la medicina actual (II)*

Dr. Francisco Kerdel Vegas

Individuo de Número

11a Paradoja: Honorarios justos vs. honorarios abusivos

Aunque no hay reglas bien definidas para indicar la cuantía de los honorarios médicos y generalmente se basan en el tiempo consagrado a cada enfermo y en la calidad de la experticia de los servicios prestados, en décadas recientes dado el grado de compromiso de las empresas aseguradoras, muchas de las intervenciones realizadas por cirujanos y médicos están tasadas mediante baremos que de hecho establecen parámetros que determinan los honorarios profesionales y que desde luego varían en cada país e incluso en diversas localidades.

A diferencia de otras profesiones liberales que lidian con asuntos mercantiles y que tasan sus honorarios de acuerdo con los montos transados, el médico debe de cierta manera hacer abstracción de la fortuna personal del paciente (algo que por lo general ignora ... y no forma parte del interrogatorio médico), lo que tal vez no es enteramente justo, pues cualquier fracaso en pacientes afluentes y famosos, pueden acarrearle serias consecuencias económicas negativas, y muchas veces lo que está en juego es la vida del opulento enfermo.

Lo cierto es que durante la enfermedad el paciente preocupado y nervioso por el desenlace de su dolencia, generalmente piensa que cualquier suma de dinero es poca cuando lo que está en juego es el restablecimiento de su salud, pero tan pronto la recupera cambia de manera de pensar. A tal efecto

es ilustrativo recordar la anécdota atribuida al famoso cirujano inglés Lord Lister (1827-1912), quien fue requerido para atender a un noble y rico personaje, quien tenía una espina atracada en la garganta. Con gran destreza el gran cirujano removió la espina. Agradecido por la eficaz atención recibida el paciente preguntó a Lister el montante de sus honorarios. Lister sonrió amablemente y respondió: “*My lord*, supóngase lo arreglamos por la mitad de lo que usted hubiese estado dispuesto a darme si la espina estuviese todavía clavada en su garganta.”

Una especialidad que noblemente nació para atender y reparar las deformidades y mutilaciones de los combatientes de la I Guerra Mundial, como es la cirugía plástica y reconstructiva, poco a poco se ha ido convirtiendo —al menos una parte importante de ella—, en la cirugía del embellecimiento y de la lucha —bisturí en mano—, contra los estragos de la vejez en el cuerpo humano.

Esta variante de la especialidad, abultada como está en el presente por la demanda de un público consumista, no sólo en los países afluentes sino también por el sector económicamente privilegiado de los países más pobres, que se ocupa —algunas veces con exclusividad—, de problemas estéticos, cuyo fundamento está en la vanidad humana, y no se rige, en lo que a honorarios profesionales se refiere, por ningún parámetro o baremo, pues obviamente son procedimientos electivos, que no guardan relación alguna con la salud de la persona, por tanto están basados en otros criterios tales como la fama del profesional o la importancia social y/o económica del paciente, por lo que las variantes son extremas y muchas veces inexplicables aun por las leyes del mercado, se presta singularmente a honorarios

*Esta serie se inició en el número 1 de este año (Gac Méd Caracas 2004;112(1):15-31.

desproporcionados con la intervención realizada y expone a todo el gremio médico —por injustificada generalización— a descalificantes y ácidos juicios de valor.

12a Paradoja: Médicos vs. abogados.

Se ha dicho que en una sociedad donde hay más abogados que médicos (como la norteamericana, donde la relación es de 2,5:1 aproximadamente), necesariamente se producen distorsiones en las cuales el elemento litigante se desborda e invade todas las áreas que habitualmente estaban reservadas al buen juicio y criterio del médico, cuya competencia y honorabilidad en épocas anteriores se daba por descontada. Después de todo, ¿quién da de comer a los abogados, si no se crean continuamente problemas legales de los que puedan ocuparse?

Desde luego no se trata tan sólo de una causa simplista, como puede ser la relación numérica de abogados y médicos en ejercicio en un determinado país, pero puede llegar a ser un importante elemento a tomar en consideración.

Por otra parte es imposible negar que la acción médica ejercida por parte de médicos, sin la debida preparación o por carencia de información actualizada, puede ser la causa de problemas que influyan negativamente en la salud de los pacientes —enfermedades iatrogénicas—, y que esa pueda llegar a constituir una razón importante de enfermedad.

Se ha constituido así un nuevo círculo vicioso que contribuye notablemente a encarecer los costos del acto médico, ya que el médico debe pagar altas primas por su seguro de “malpráctica”, cuyo coste, quiéralo o no, debe pasar tan pronto como pueda al paciente, al incluirlo discretamente esos costos en los honorarios que paga a la postre el enfermo-paciente, directamente o a través del incremento de las primas, para quienes están asegurados.

En 1971, se presentaron de 12 000 a 15 000 litigios por mal ejercicio profesional en los tribunales de Estados Unidos. Menos de la mitad de esos litigios se resolvieron antes de dieciocho meses, y más del 10 % permanecieron no resueltos más de seis años. Por cada dólar pagado por seguros contra mal ejercicio profesional, dieciséis a veinte centavos se destinaron a compensar a la víctima; el resto se pagó a los abogados y los expertos médicos.

13a Paradoja: Medicina reproductiva vs. manipulación reproductiva

El sector de la medicina reproductiva es uno de los que más ha avanzado en el pasado reciente y contribuye a resolver eficientemente muchos problemas de parejas infértiles que en la pasada generación no disponían de las soluciones tecnológicas de la moderna medicina.

Tal como siempre sucede con otros avances tecnológicos ello determina una serie de utilidades no previstas inicialmente y algunas veces abusos que cuestionan muy de frente las bases morales que han regido a la sociedad contemporánea y que en su debido tiempo —después de meditadas consideraciones—, sin duda cambiarán, para adaptarse a los nuevos conocimientos, tal como ha sucedido consistentemente en el pasado. Tal es el caso de la clonación humana, que tan intensos y agrios, violentos debates viene causando.

Las posibilidades de manipulaciones indeseables en materia reproductiva, dados los avances tecnológicos ya logrados, son infinitas. Tan sólo para ilustrarlas, valgan tres ejemplos:

Hace unos años un periódico de la costa oeste de Estados Unidos publicó un reportaje acerca de una pareja de millonarios norteamericanos (ambos divorciados y con hijos de sus primeros matrimonios) que de visita a Australia habían dejado congelados en una institución local óvulos de la esposa fertilizados por espermatozoides del marido (huevos o cigotos) y años más tarde (ya fallecido el marido) la viuda había decidido concebir utilizando uno de estos huevos, lo que logró con éxito. Es fácil imaginar el embrollo, la galleta legal de un hijo nacido cinco años después de la muerte del padre y los problemas engendrados por el reparto de la herencia, etc. De hecho parece que la historia fue inventada por el reportero, pero los problemas que potencialmente podría causar son verdaderos, pues no se trata de ciencia ficción, sino de una opción real en esta nueva realidad de la “fertilización *in vitro*”.

Otra historia es acerca de un médico del sur de Estados Unidos que inseminaba artificialmente a un número importante de sus pacientes femeninos con sus propios espermatozoides. Cuando este hecho se puso en evidencia este atropello del especialista en fertilidad ya tenía casi tantos hijos “biológicos” como los que se atribuyen al general Juan Vicente Gómez. ¿Qué curso legal aconsejar a esas madres

para castigar el delito del padre “biológico” de sus hijos? ¿Qué actitud recomendar a los hijos con su padre “biológico”?

Otro caso bien documentado, con fotografías a todo color, en un semanario de circulación mundial, nos informa de una dama holandesa, casada con un holandés (ambos caucásicos) tratada en una clínica de fertilidad en su país, que da a luz unos gemelos, uno negro y otro blanco. La averiguación posterior pone en evidencia que hubo una confusión en el laboratorio y que por accidente, semen de un paciente de las Antillas Neerlandesas penetró uno de los óvulos de la señora, mientras que el otro era fecundado por un espermatozoide del marido. Resultado: un gemelo es hijo de la señora holandesa y su marido holandés y el otro gemelo es hijo de la señora holandesa y un señor de color de Aruba. ¿Qué deberes y derechos tiene el padre de Aruba respecto a ese hijo? A no ser por la notable diferencia del color de la piel de los dos gemelos al nacer, ¿quién se hubiese apercibido de las diferentes paternidades? ¿Cuántas veces habrán ocurrido “accidentes” como éste en el pasado, sin que tengamos evidencias probatorias?

14a Paradoja: Empleados vs. administradores

En el sector de servicios, la atención médica ha sido posiblemente el que ha estado a la zaga de las reglas que rigen la economía de mercado, tal vez por la relación tan particular e irrenunciable, de carácter individual, entre paciente y médico. Sin embargo la tendencia en los países industrializados es muy clara y los médicos en el ejercicio de su profesión liberal están cada día más sometidos a las regulaciones e imposiciones de una industria —la más grande del mundo—, la industria de la salud, cuyas reglas son completamente diferentes a las que estaban acostumbrados los médicos hasta hace tan sólo una generación.

En sustancia los médicos han pasado a ser empleados, y en algunos casos administradores, de un negocio más, el negocio de la salud de personas o poblaciones enteras.

El médico tiene que aprender a interactuar con los administradores (generalmente no son médicos y entienden tan solo parcialmente lo que son los valores y principios de la deontología médica), y negociar con ellos (que velan fundamentalmente por los intereses de una empresa, aunque se llame clínica u hospital), entre los derechos y deberes de los pacientes, los de los médicos y demás personal de

salud, los de los empleados y los de la institución financiera a la cual deben su principal lealtad y dependencia institucional y de cuya solvencia económica todos dependen en última instancia.

Se trata —es evidente— de una nueva y compleja situación en la cual debe intervenir inteligente y creativamente el gremio médico.

15a Paradoja: El acto médico: completo vs. parcial

El ideal desde luego es que una sola persona sea responsable por la integridad del acto médico, pues al dividir las acciones también se dividen las responsabilidades y los posibles errores en su ejecución.

Me explico con un ejemplo, al comenzar a ejercer la profesión como dermatólogo e inscribirme como tal en el Colegio Médico del Distrito Federal, un buen día me llegó a mi consultorio privado una “unidad de trabajo” enviada por la unidad de dermatología del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (un acuerdo *sui generis* entre el IVSS y la Federación Médica para referir a dermatólogos registrados tratamientos que ellos no podían ejecutar por carecer de los equipos necesarios). Se trataba de un infante que habiendo recibido una extensa quemadura que comprendía un porcentaje importante de la superficie cutánea, al derramarse aceite hirviendo sobre su piel, había desarrollado unos queloides extendidos a la zona quemada. El médico que lo examinó (no era dermatólogo pero oficiaba como tal) hizo el diagnóstico correcto, pero indicó un tratamiento equivocado aplicar hielo seco (nieve carbónica) al queloide, lo que hubiese supuesto —en este caso, por la extensión del queloide—, cientos de dolorosas aplicaciones. Al tomar conciencia de que no estaba de acuerdo con el tratamiento indicado (que posiblemente hubiese sido acertado en un queloide de pequeño tamaño), llamé por teléfono al dermatólogo jefe de la unidad y le expliqué lo que ocurría y me contestó que no podía desautorizar al médico funcionario de la institución y que tenía que ejecutar la “unidad de trabajo” por él indicada, tal y como se me instruía en la orden correspondiente, por lo que no me quedó otro camino que pedirle cortesmente que borrara mi nombre de la lista de especialistas dispuestos a dar ese servicio (mi primera y última “unidad de trabajo” al iniciar mi ejercicio profesional, cuando más necesitaba de esos ingresos). Me he extendido en esta anécdota, pues es reveladora del antagonismo que puede surgir

entre un procedimiento rutinario (la “unidad de trabajo”) y un principio que no puede soslayarse, en este caso el desacuerdo que tenía con el tratamiento indicado por un colega. Tal desacuerdo —que puede ser una rutina en el medio hospitalario, donde se resuelve por la autoridad jerárquica—, en este caso se transformó en un problema institucional delicado; el colega que había hecho el diagnóstico e indicó el tratamiento era un funcionario en la nómina de la institución, en cambio el dermatólogo que al azar recibió la “unidad de trabajo” que el primero ordenó, no pertenecía oficialmente a la institución y no existía un “procedimiento” para cambiar su equivocada indicación terapéutica, no había otra solución si yo no acataba las instrucciones que renunciar al sistema, lo que hice sin pérdida de tiempo, aunque dejando firme constancia de mis objeciones al tratamiento, siempre pensando en el pobre niño que sería sometido cruelmente a un tratamiento que para llegar a tener algún grado de efectividad debería ser administrado regularmente cientos de veces.

Esta singular experiencia me puso a pensar acerca de la importancia del acto médico integral y las responsabilidades que conlleva.

16a Paradoja: La clínica vs. el laboratorio

Cuando estudiaba medicina —hace más de medio siglo pues recibí mi diploma de médico-cirujano en 1951—, mis profesores, y mejor aún mis maestros (son estos últimos quienes enseñan adicionalmente a la materia de su competencia, con su propio ejemplo), insistían siempre en el hecho de que los exámenes de laboratorio eran un complemento muy importante, pero siempre subordinado al criterio, conocimientos y experiencia del clínico, quien interpretaba una serie de factores antes de llegar a un diagnóstico e indicar un tratamiento.

A lo largo de la historia de la medicina siempre se han generado controversias, cuando no verdaderos conflictos, entre facciones que tienen puntos de vista diferentes sobre el ejercicio de la medicina, algunas de ellas nos son familiares, por ejemplo, la ciencia clínica al lado del lecho del enfermo versus la ciencia del laboratorio; las habilidades para ejercer versus aquellas para investigar; pre-calificaciones técnicas versus las humanísticas para acceder a los estudios médicos; generalistas versus especialistas; médicos prácticos versus académicos (en el sentido de docentes); universidades versus hospitales versus institutos de investigación.

Las nuevas tecnologías médicas, especialmente todo el espectro de imágenes, con su extraordinaria variedad de información y precisión representan una verdadera tentación a poner de lado el juicio clínico ponderado y a guiarnos tan sólo por lo que nos indican esas máquinas sofisticadas que nos ha brindado como cornucopia inexhaustible la moderna tecnología médica.

En 1981 en un editorial de la revista *The Lancet* se afirmaba, “La precisión reconfortante, si bien espúrea, de los resultados del laboratorio tienen el mismo atractivo que el salvavidas al mal nadador”, entrando luego a explicar las razones por las cuales los médicos indicaban tantas pruebas innecesarias: hay la prueba “por si acaso” exigida por el médico joven “por si acaso” el consultante pedía ese resultado, y la “prueba de rutina” cuyos resultados raras veces contribuía al diagnóstico, y la prueba “ajá” cuyos resultados eran sabidos como anormales en ciertas enfermedades y que se ordenaban para “hacer propaganda a la habilidad del clínico”.

“Este fenómeno de ‘sobre-investigación’ —la realización de un gran número de pruebas en pacientes cuyos problemas médicos son bien aparentes—, puede parecer una materia bien trivial, pero es costosa, y más seriamente, introduce un elemento extraño en el encuentro médico, al degradar la importancia de la sabiduría y de la experiencia a favor de una objetividad espúrea”.

17a Paradoja: Exploraciones indispensables vs. exploraciones optativas

Hay exámenes instrumentales y pruebas de laboratorio que son indispensables para establecer un determinado diagnóstico y poder, basado en ello, fundamentar un tratamiento adecuado.

Pero, es fácil exagerar esa necesidad e indicar una plétora de exploraciones y exámenes, que no necesariamente van a contribuir a cambiar el diagnóstico, aumentando así innecesariamente los costos del acto médico.

Algunos colegas tal vez racionalizando su conducta en la idea de que muchos de sus pacientes están asegurados y por lo tanto directamente no van a cancelar esos incrementos en costos, no vacilan en indicar exploraciones redundantes para tratar de confirmar o reforzar sus sospechas diagnósticas. Otros colegas, lo justifican pensando que es prudente indicarlos como una precaución y prueba de su competencia profesional contra posibles intentos de

demandas por mala práctica médica. A la larga es un factor muy negativo, que contribuye a elevar los costos hasta hacerlos insostenibles.

18a Paradoja: Satisfacción vs. insatisfacción en el ejercicio de la medicina

Mientras los estudios médicos sean capaces de atraer a los mejores jóvenes —los más capaces, más trabajadores, más ambiciosos y más íntegros, de ambos sexos de una determinada generación—, nuestra profesión podrá sentirse segura de su futuro y ello depende en buena parte del grado de satisfacción y “realización” de los profesionales activos con el ejercicio de la carrera por ellos elegida, que de cierta forma mide sus expectativas vs. la realidad.

Aunque todavía no hay signos irreversibles serios, cierta disminución en ese grado de aceptación, revela un grado de descontento con las tendencias actuales. La interpretación que considero más aproximada a la realidad es que la nueva generación de médicos resiente más que una compensación económica exigua y desproporcionada con el grado de esfuerzo, concentración y tiempo que se exige del médico en su trabajo, una “pérdida del control” del mismo, que esta sometida a reglas establecidas por los aseguradores y/o la administración hospitalaria. Es una situación que más temprano que tarde deberá revisarse, pues puede eventualmente hacer perder el favor que una vez tuvo la profesión médica, con quienes se sintieron tentados a seguirla como carrera durante toda una vida, y hay que recordar que en esencia no es ni una manera lucrativa de ganarse la vida, ni un sacerdocio, y si la sociedad a la que sirve quiere seguir disponiendo de buenos médicos, tendrá que aperebirse de que los médicos deberán recuperar al menos parte del control que una vez tuvieron de las decisiones médicas que conciernen a sus pacientes.

Si no se logra corregir esta tendencia, la medicina como profesión irá perdiendo gradual, pero inexorablemente, los jóvenes más talentosos de cada nueva generación (algo que dábamos por descontado hasta hace poco tiempo, pues en numerosas encuestas y en los países más avanzados siempre figurábamos en pizarra como la primera escogencia de los estudiantes de secundaria mejor dotados), y si no somos capaces de atraer a los mejores, la medicina no logrará cumplir las ambiciosas metas que sus líderes y conductores han propuesto; objetivos sin duda ambiciosos pero realizables tan sólo en la

medida que dispongamos del elemento clave para lograrlo ... el mejor recurso humano disponible.

Este es un problema que ciertamente “no ha quitado el sueño” al liderazgo de nuestra profesión, a nivel mundial, en el pasado inmediato, pero que debe preocupar a quienes tienen actualmente esa responsabilidad, quienes deben repensar muy seriamente los correctivos necesarios para revertir una tendencia que apenas se esboza pero cuyas consecuencias pueden revestir extrema gravedad para el futuro de la medicina y su papel tradicional en la sociedad.

19a Paradoja: Información tradicional vs. información por Internet

La comunicación entre médico y paciente está siempre influenciada por el grado de conocimiento que tiene el paciente acerca de la medicina y de su propia enfermedad. Es natural y lógico que el paciente demande de su médico tratante un mínimo de información sobre su propia enfermedad, sus causas, su evolución, su pronóstico, su tratamiento y sus posibles consecuencias. Hasta hace poco tiempo el paciente —excepto en raras excepciones, casi siempre cuando el paciente mismo era médico o familiar de médico—, aceptaba sin vacilaciones, ni muchas preguntas, las sumarias explicaciones del médico tratante sobre su enfermedad y el diálogo entre ambos era breve y se limitaba a las instrucciones que daba el médico.

Con el fácil acceso doméstico a las páginas de la web a través de la computadora e Internet, es frecuente, hoy en día, que el paciente, aun antes de solicitar la cita con el médico, y especialmente si ya tiene o sospecha un determinado diagnóstico, que se haya documentado bien acerca de su padecimiento e incluso haya preparado —al menos mentalmente—, un grupo de preguntas pertinentes e incluso, de acuerdo con las respuestas que obtenga, pueda formarse un criterio acerca de los conocimientos actualizados del facultativo. En realidad, y aunque no se tenga conciencia de ello, se realiza así una especie de “examen preliminar” del médico por parte del paciente, que es parte de una especie de evaluación previa para determinar si el profesional escogido tiene la preparación que de él se espera.

Es a todas luces evidente que dicha evaluación, basada en esta búsqueda singular de una información un tanto desordenada y por quienes carecen de una formación intelectual básica indispensable para

entender el problema, por más simplemente que trate de ser expresado, puede dar lugar a múltiples confusiones y a juicios equivocados por parte de los pacientes.

El médico hoy en día tiene que tener presente esta realidad, de que cada vez que se enfrenta a un nuevo enfermo, puede que ya se haya documentado sobre su posible dolencia, por la vía ya mencionada y quiera medir los conocimientos actualizados del facultativo escogido. Ello en sí no es una característica negativa de esta nueva modalidad del ejercicio de la medicina, salvo que en muchas personas —por falta de preparación, como ya hemos indicado—, pueda dar lugar a confusiones de conceptos que el médico debe tratar de aclarar, al darse cuenta de lo ocurrido.

Las páginas de la web ofrecen a quienes las consultan una extraordinaria riqueza de información, sin paralelo a nada que haya ocurrido anteriormente, y varios buscadores (personalmente utilizo Google, HYPERLINK “<http://www.google.com>, como mi buscador favorito), y el problema actual es saber como orientarse en una verdadera “jungla” de información disponible para desglosar lo superfluo de lo fundamental. No es tarea fácil. Con la autoría de Robert Kelly, la *Royal Society of Medicine* de Londres ha editado un pequeño libro, “The Doctor’s Internet Handbook” sumamente útil para los médicos en esa compleja búsqueda de la información relevante.

20a Paradoja: Las instituciones aseguradoras vs. la profesión médica

La llamada “industria de la salud” ha pasado a ser, y con mucho, la industria de mayor tamaño económico en la primera potencia del mundo, Estados Unidos. A pesar del enorme gasto en salud, el sistema norteamericano dista mucho de ser el más eficiente, al menos en lo que se refiere a su capacidad de cubrir el mínimo de necesidades de atención médica a toda la población, y hay una profunda insatisfacción social por no poder cumplir cabalmente un cometido que se considera un derecho en nuestra moderna sociedad. Se estima que hay 41 millones de estadounidenses sin cobertura de seguros de salud (cuyo costo está en la vecindad de 88 millardos de dólares al año). Como la población actual de EE.UU es de 270 millones de habitantes, quiere decir que el 15 % de la población de ese país carece de algún tipo de seguro que le proporcione atención médica adecuada. La gran paradoja estriba

en que esto ocurre en el país que gasta más dinero en salud en todo el mundo.

El problema no se limita a la evidente necesidad de que toda la población tenga alguna forma de seguro médico, sino que en sociedades altamente “litigantes” como la norteamericana, ningún médico puede ejercer la profesión sin un seguro de mala práctica que lo proteja contra las demandas intentadas, racional y justificadamente o sin ellas, por pacientes insatisfechos o perjudicados por el acto médico. Los aumentos de las primas de ese tipo de seguros para los médicos son responsables del aumento de sus honorarios. Este fenómeno es particularmente sensible en los estados de California, Nueva York y Florida. En 1985 esta prima estaba en el orden de 82 500 dólares para un obstetra y de 101 000 dólares para un neurocirujano.

Al igual que las nuevas tecnologías, se trata de un factor en continuo aumento.

Una de las consecuencias negativas de esta situación es que los médicos prefieren abandonar los tratamientos donde la tasa de éxitos no parece ser lo suficientemente elevada, lo que conduce a un ejercicio de la medicina excesivamente prudente, que puede perjudicar dramáticamente a quienes sufren de ciertas enfermedades.

21a Paradoja: La industria farmacéutica vs. la profesión médica

Hasta hace muy poco tiempo, a pesar de los conocimientos acumulados acerca de la historia natural de las enfermedades y sus signos y síntomas, el arsenal terapéutico de los médicos estaba reducido (sin ninguna prueba científica de su efectividad) a sangrías, vómitos y purgas. A partir del siglo XIX los avances en el examen clínico (con una buena historia clínica), la anatomía patológica y la microbiología se convierten en los fundamentos para un diagnóstico certero, pero al margen de unas cuantas vacunas, salvarsan para la sífilis, quinina para el paludismo, digital para la insuficiencia cardíaca y varios sedantes y analgésicos (principalmente la aspirina), los médicos tenían muy poco que ofrecer a sus pacientes.

Con el nacimiento y exponencial crecimiento, de la industria farmacéutica desde fines del siglo XIX hasta el presente, su poderío económico ha tenido una influencia ambivalente sobre los médicos. Por una parte contribuye decididamente a proporcionarnos armas terapéuticas cada vez más efectivas,

sofisticadas y específicas; por la otra, para poder determinar la eficacia de los fármacos patentados por ella y sobre todo para mercadear eficazmente sus productos, no ha vacilado en solicitar y tratar de obtener la colaboración de los facultativos para sus ensayos clínicos y para que favorezcan sus fármacos, utilizando para ello un procedimiento manido, como el de dispensar favores a discreción (por ejemplo, sufragar los gastos ocasionados por la asistencia a congresos y otras reuniones de carácter científico), lo que ocasionalmente puede resultar en problemas de carácter ético.

El tema de estos “favores” a los médicos por parte de la industria farmacéutica ha sido ampliamente discutido en las principales revistas médicas y como significativo ejemplo podemos citar el editorial del *British Medical Journal* correspondiente al 31 de mayo de 2003, titulado, “No más almuerzos gratis”, tipificando así uno de los tantos favores recibidos. Allí los editores de la revista afirman, “Los doctores y las compañías farmacéuticas deben trabajar juntos, pero los médicos no tienen porque ser invitados a banquetes, transportados con lujo, hospedados en los mejores hoteles y ser educados por estas firmas farmacéuticas. El resultado compromete las decisiones tomadas en el cuidado de los pacientes. Las compañías farmacéuticas son firmas comerciales que tienen que mercadear sus productos. Algunas veces tuercen las reglas, pero son tal vez los doctores a quienes se debe echar la culpa por depender de la generosidad de la industria farmacéutica. ¿Cómo llegamos al punto en que los médicos dependen de la información, investigación, educación, organización profesional y asistencia a conferencias, para que sean pagadas por las compañías farmacéuticas? Tanto los médicos como las compañías farmacéuticas saben que hay algo enfermizo en esta relación, pero no saben como detenerla.”

Termina afirmando, “La industria farmacéutica es inmensamente poderosa. Es una de las industrias más rentables, verdaderamente global, y estrechamente conectada con los políticos, particularmente en Estados Unidos. Comparada con ella, la medicina es un desorden sin organización. Los médicos se han hecho dependientes de una industria en una manera que mina su independencia y habilidad de hacer lo mejor por sus pacientes. Grupos de reforma médica en Estados Unidos están proponiendo una distancia más grande en su relación con la industria, con educación y fuentes de información independien-

tes. La Universidad de California está considerando poner fin a “los almuerzos gratis” pagados por los laboratorios farmacéuticos, y se les pide a los estudiantes de medicina estadounidenses tomar una versión revisada del juramento hipocrático que prohíbe aceptar dinero, regalos u hospitalidad. Estas son iniciativas que los médicos de todo el mundo deben seguir.”

Como ejemplo de la importancia económica de la industria farmacéutica, tomemos el caso de Estados Unidos, la economía más grande del mundo, cuya industria farmacéutica tuvo ganancias el año de 1998 del orden de los 99,5 millardos de dólares, un aumento del 11 % sobre el año previo. Las ventas globales también aumentaron, 7 % en el solo año de 1997-1998, haciendo de la industria farmacéutica la de más rápido crecimiento, con las más altas ganancias legítimas en el mundo entero.

En 1953, sólo en EE.UU, había un listado de 140 000 productos medicinales para la venta, 75 % de ellos introducidos en los diez años precedentes. De 1929 a 1969 el gasto en fármacos de prescripción aumentó 25 veces, de 190 millones de dólares a 5,3 millardos. Nada da una mejor idea de la “embriaguez” pública (incluyendo al gremio médico) por los nuevos y poderosos medicamentos, el hecho de que en 1945, el año en que la penicilina fue verdaderamente accesible al gran público, uno de cada cuatro norteamericanos la habían recibido. Sin duda habrá salvado muchas vidas, pero es probable que se haya utilizado en miles de casos innecesariamente.

La investigación y el desarrollo de nuevos fármacos requiere de los mercados con alto poder adquisitivo de las naciones industrializadas del primer mundo, que tan sólo en Estados Unidos tenía un presupuesto que asciende a los 17 millardos de dólares el año de 1998. Es bueno hacer notar que “las firmas farmacéuticas operan como cualquier industria privada y no tienen ninguna misión social benéfica específica, respondiendo a imperativos económicos más que a los de carácter social o humanitario”.

Se estima que el costo promedio de la investigación y desarrollo para poner en el mercado una nueva droga está en los alrededores de 500 millones de dólares, y que la compañía que hace esa inversión aspira a recuperarla en un plazo de tres a cinco años por la venta del producto, de tal manera que cumplido este plazo genere ganancias.

Con estas cifras es fácil colegir que sólo las

grandes multinacionales de Estados Unidos, Suiza, Alemania, Gran Bretaña, Francia, etc., pueden competir con éxito en esta industria, que tan sólo atiende las necesidades de los mercados de los países afluentes y tiene poco o ningún interés por las enfermedades tropicales de los países pobres. Hay que mencionar —con toda justicia— que esta situación es al menos parcialmente compensada por programas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y donaciones de varias grandes fundaciones internacionales y muy especialmente por el *Welcome Trust* de Gran Bretaña, que ha tenido siempre el buen tino de dedicar una parte significativa de sus fondos a la investigación en medicina tropical.

Para explicar el “apetito” insaciable de los seres humanos por los medicamentos hay que recordar el aforismo de Sir William Osler cuando afirmó: “El deseo de tomar medicinas es, quizás, el hallazgo más grande que distingue al hombre de otros animales.”

22a Paradoja: Los políticos vs. la profesión médica.

Siendo la salud el problema que más preocupa y atrae la atención de los ciudadanos, no es de extrañar que para lograr los votos y ser elegidos, los políticos prometan villas y castillos durante sus campañas electorales, en materias que competen a los médicos y que pueden afectar negativamente su trabajo. Las relaciones laborales entre el gremio médico y los gobiernos se hacen cada día más complejas y difíciles y requieren la intervención casi diaria del gremio médico, agrupado en sus colegios y federaciones.

Caso notable es el del “derecho a la salud” de la nueva Constitución de la República “Bolivariana” de Venezuela, donde el Estado “garantiza” la salud de todos los venezolanos. ¿Ignorancia, ingenuidad, cinismo, demagogia o combinación de las cuatro?

Cuando los pueblos adquieren conciencia de la íntima e inextricable relación entre la salud de los ciudadanos y por tanto su bienestar por una parte y las decisiones políticas de los gobiernos, por la otra, de inmediato se establece una relación estrecha entre política y medicina. Entre quienes la vivieron intensamente se destaca la figura del patólogo alemán Rudolf Virchow (1821-1902) quien llegó hasta el extremo de pensar en la política como en una de tantas ramas de la medicina, por cuanto debe velar por ciertos aspectos del bienestar humano, mientras que la medicina los engloba en su totalidad.

Virchow aplicó la teoría celular a la patología y proclamó la nueva doctrina de *omnis cellula e cellula* (toda célula proviene de otra célula), tuvo destacada actuación en la política alemana de su tiempo; como hombre de visión liberal, le tocó oponerse en el parlamento al gran estadista y canciller de Prusia (y más tarde, a partir de 1870, del nuevo Imperio Alemán), príncipe Otto von Bismarck (1815-1898), y sus múltiples y a veces divertidas anécdotas, han llegado hasta nuestros días. He aquí una de ellas:

Bismarck, supuestamente molesto por las críticas de Virchow lo retó a un duelo. En su calidad de retado Virchow tenía el derecho de escoger las armas, y se presentó con un hermoso estuche al campo de honor, por lo que padrinos y testigos pensaron horrorizados que Virchow había seleccionado las pistolas para dirimir el conflicto y todos conocían la fama de Bismarck en el manejo de las armas y su experiencia como duelista (al menos la espada dejaba una oportunidad de permanecer con vida, después de la primera sangre derramada). Ante la sorpresa de todos los presentes lo que allí había eran dos grandes salchichas idénticas en apariencia y ante el estupor de todos, Virchow explicó que se trataba de un arma mortífera, por cuanto una de ellas estaba debidamente contaminada con gérmenes letales escogidos por él mismo, la otra era perfectamente inocua. “Dejémos a su excelencia decidir cuál quiere comer y yo me comeré la otra”, dijo Virchow. Demás decir que el “canciller de hierro” desistió del duelo.

Aparte del elemento humorístico de burla al duelo como método de resolver conflictos, Virchow aprovechó la ocasión para demostrar de una vez por todas que quien hace un reto (de ésta u otra naturaleza) piensa que lleva la ventaja (lo que casi siempre resulta ser cierto) y de allí deriva su supuesto arrojo y valentía.

23a Paradoja: Utilización racional vs. abusiva y cómoda de la terapia intensiva

Las unidades de terapia intensiva se hicieron parte integrante de todo hospital general desde hace varias décadas. Ya Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería como importante componente del conjunto de las profesiones de la salud, allá en 1852, en su significativo rol visionario, había afirmado que era de especial valor “disponer en el hospital de un sitio donde los pacientes en el período posoperatorio, y todos aquellos que nece-

sitaban estrecha atención, pudiesen ser observados”.

Es allí precisamente donde se despliega de la manera más obvia al público lo que la alta tecnología médica representa, con sus modernos equipos de monitoreo, resucitación, computadoras, etc., y sin duda dan la sensación de que la adecuada y oportuna utilización de ese conjunto de diversos y complejos aparatos pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte. A pesar de que muchos estudios estadísticos tienden a demostrar lo contrario, no abrigo dudas de que el balance debe ser favorable por cuanto lo que al comienzo fue tal vez una nueva “moda”, de las muchas que periódicamente invaden a la medicina, estas unidades se han institucionalizado y constituyen parte importante de un moderno hospital.

Tal vez el problema radique más en el uso adecuado de la unidad, que en cuestionar su existencia para monitorear debidamente a aquellos pacientes que requieren observación estrecha y cuidadosa, bien porque han tenido un infarto del miocardio o en el período posoperatorio inmediato.

Dado el grado de sofisticación del equipo utilizado y de la constante presencia humana de médicos y personal para-médico calificado para monitorearlo, el costo para el hospital, es lógicamente muy alto, y se traduce por honorarios muy elevados para el paciente que allí permanece. Existe allí un obvio divorcio entre lo que puede ser beneficioso —y hasta vital—, al enfermo grave y lo que le es financieramente asequible al paciente o a su familia (dada la gravedad de los casos allí atendidos, es probable que muchos fallezcan allí). A título anecdótico recuerdo un colega que mando a hacer una especie de medalla que llevaba colgada al cuello (parecida a las que usaban los soldados durante la última guerra, para identificación), donde estaba grabada una instrucción perentoria: “Por ningún motivo debo ser internado en una unidad de terapia intensiva”, tal vez pensando que aunque salvara la vida en ella, perdería, como resultado de la ingrata experiencia, parte o la totalidad de sus ahorros de toda una vida, y si no salía vivo, la desagradable posibilidad de dejar en herencia a su familia una considerable hipoteca.

Recuerdo también la descripción de una unidad de este tipo en la pluma altamente crítica del doctor Vernon Coleman en su libro: “...el paciente que va a una unidad de cuidados coronarios es tratado como una gallina de baterías. Será amarrado a tubos de amenazantes máquinas y desprovisto de todo

contacto con el mundo real. En vez de confort, simpatía y comprensión, estará rodeado de eficiencia clínica fría, computarizada. La unidad de terapia intensiva ha sido diseñada para los doctores, y no es para los pacientes. Es un ambiente perfecto para trabajos de investigación. Es un sitio terrible para un enfermo.”

En 1995 el costo de las unidades de terapia intensiva en EE.UU había escalado a la impresionante suma de 62 millardos de dólares (equivalente al 1 % del PIB del país), un tercio de los cuales (20 millardos) se gastaban en lo que pasó a llamarse eufemísticamente PIC (*Potentially Ineffective Care*, o sea, Cuidado Inefectivo Potencial).

Hay allí un elemento importante a considerar: la comodidad del médico. No es lo mismo emplear valioso tiempo en un automóvil, desplazándose en un tránsito complicado, con direcciones enrevesadas, en visitas individuales a domicilio, que concentrar todos los pacientes en un mismo sitio, donde además se dispone de una eficiente supervisión delegada y controlable mediante oportunas llamadas telefónicas.

24a Paradoja: El número de los médicos crece vs. la insatisfacción por sus servicios también crece

Con la especialización y la subespecialización en aumento continuo, existe una evidente tendencia a referir los pacientes en busca de información adicional útil para corroborar un diagnóstico y establecer un tratamiento, lo que se traduce por citas, esperas y honorarios adicionales y muchas veces traslado a otros consultorios e incluso otras clínicas y hospitales. Todo ello conduce a molestias y desagradados por parte de los pacientes, que ven en ello una especie de “peloteo” injustificado y costoso. La moraleja es la de costumbre, que no es otra que tener muy presente el interés del enfermo y limitar lo más posible los inconvenientes de tales referencias.

La insatisfacción también la experimentan los médicos por las ominipresentes incursiones de diversos sectores de la sociedad tratando de regular el acto médico, bien se trate de políticos, administradores de hospitales, actuarios de compañías aseguradoras, o simplemente de pacientes supuestamente bien informados a través de las páginas de la web, sin duda indigestados por un exceso de información sin posibilidades de ser “digerida” por una mente preparada para ello por muchos años de estudio metódico y dedicado. Es necesario armarse

de santa paciencia para explicar la racionalidad de la conducta médica frente a tal número de opiniones basadas en información casual, muchas veces sin base científica.

25ª Paradoja: Complejo de inferioridad vs. evaluación objetiva de nuestras realidades y nuestro potencial

En realidad se trata de un problema universal y que abarca a todas las situaciones imaginables y se manifiesta mediante las más sutiles y versátiles actuaciones y que por su ubicuidad no deja de afectar a la medicina. En nuestra generación se manifiesta preponderantemente en todo lo relacionado con la medicina estadounidense. Como es imposible negar su progreso tecnológico avanzado, es frecuente criticar —con indudables fundamentos— aspectos en los que hay evidentes fallas y defectos en el sistema de cobertura de la salud pública norteamericano. Lo lamentable es cuando se llega al extremo de una absurda y contraproducente paranoia, haciendo uso de una inventiva pueril para justificar y avalar posiciones y acciones rayanas en la ridiculez. Para explicar, con un ejemplo contundente, a lo que me refiero, recuerdo haber recibido una carta de un distinguido docente e investigador norteamericano (ha debido ser a fines de 1979 o comienzos de 1980) dándome una somera explicación del hallazgo en la ciudad de San Francisco de una nueva variedad del sarcoma hemorrágico de Kaposi (demostrado histopatológicamente) en homosexuales jóvenes y promiscuos, adelantando la hipótesis de que podía tratarse de una enfermedad nueva, contagiosa, tal vez producida por un virus, y el objeto de esa comunicación además de alertarme acerca del problema era el de informarse si habíamos observado algo parecido en Venezuela. De inmediato le contesté negativamente (no había visto ningún caso semejante), pero tomando en cuenta la importancia de la comunicación y su autor, hice tres copias de la misiva y la envié al Ministro de Sanidad y Asistencia Social, al Presidente de la Academia Nacional de Medicina y al Presidente de la Sociedad Venezolana de Dermatología. Como era de esperarse no recibí contestación alguna, pero pocos días más tarde leí en uno de los diarios de mayor circulación de Caracas, información acerca de una rueda de prensa de los epidemiólogos, donde afirmaban, palabras más, palabras menos, que había llegado a su atención (probablemente una de las copias de la carta que hice circular) una información

referente a una supuesta nueva enfermedad “inventada” por los norteamericanos, seguramente con el propósito de distraer la atención de los países subdesarrollados en sus verdaderos problemas de salud pública. Como es fácil colegir, lo que el colega norteamericano había informado era el inicio de la gran pandemia del siglo, el SIDA, y no se trataba de una “invención” imperialista para perjudicarnos. Afortunadamente —al menos en este caso particular— no hubo perjuicio evidente a la población por este enfoque sesgado de la realidad, pero sí me dejó muy preocupado porque ponía una vez más en evidencia el eterno complejo que llega a esos extremos de imaginar conspiraciones en el terreno de la salud colectiva.

26ª Paradoja: Humildad vs. arrogancia y dogma

Aunque nuevamente tratemos aquí un problema generalizado en la conducta humana, en el caso de los médicos tiene especial significación, pues debemos aprender de los abundantes errores cometidos en el pasado a tener una actitud menos dogmática y arrogante frente a nuevas ideas y conceptos. Aun cuando en la actualidad a nadie llevarán a la hoguera por sustentar alguna idea ajena al dogma de moda, es posible que retardemos el progreso de la medicina por actitudes rígidas fundamentadas en ideas establecidas frente a nueva evidencia en lo contrario.

Para darnos cuenta hasta que niveles puede llegar esa actitud no hay sino que recordar la desfavorable opinión que le mereció a la Academia Nacional de Medicina de Francia el descubrimiento de la anestesia en Boston.

En general toda nueva idea ha sido combatida inicialmente y con frecuencia en forma harto alevosa, y de todos es bien sabido como reaccionó “el establecimiento” frente a los descubrimientos de Harvey, Galvani, Semmelweis, Claude Bernard, Pasteur, Golgi, Freud, etc., tal como ha sido tratado en profundidad por el periodista y escritor Hal Hellman.

Un recuento vívido de las dificultades de esgrimir un nuevo concepto que contradice un dogma preestablecido puede obtenerse en las páginas del libro titulado “*Dr. Folkman’s War*” de Robert Cooke.

Muchas veces estas luchas terminan en tragedia, como es ciertamente el caso de un colega querido y admirado amigo, Dr. René Favaloro. Como es bien sabido Favaloro, ciudadano y médico argentino,

inventó la operación del puente coronario (en inglés, *bypass*) cuando trabajaba en la *Cleveland Clinic* en Estados Unidos, operación que beneficia a centenares de miles de enfermos del corazón cada año. Su trabajo, su invención, sus conocimientos y creatividad fue reconocida en el mundo entero (las cátedras de cirugía cardiovascular de Moscú y Tel Aviv fueron bautizadas con su nombre). René Favaloro ha podido permanecer en Estados Unidos y es muy probable que le hubiesen hecho decenas de proposiciones de trabajo sumamente generosas y atractivas. Sin embargo, su sensibilidad social y su patriotismo se lo impidió, tenía que regresar a Buenos Aires y dar allí el beneficio de su experiencia a sus compatriotas y así lo hizo. Allí estableció todo un sistema de fundación/hospital/universidad para difundir y utilizar adecuadamente esos conocimientos y esa experiencia. Para lograrlo se endeudó, y cuando se apercibió que la gente e instituciones que se habían comprometido en colaborar con él para poder asistir a los indigentes no le iba a cumplir, sencillamente se quitó la vida. Dolorosa consecuencia de un alma profundamente sensible a los graves problemas de la gente humilde y sin recursos económicos. Tal vez una lección aprovechable a nuestra sociedad contemporánea consumista y frívola.

El estereotipo del médico bondadoso, generoso, humilde, interesado tan sólo en el bienestar de sus pacientes (bien establecido entre los venezolanos y en las vecinas Antillas, en la figura del doctor José Gregorio Hernández), contrasta con él del médico arrogante, materialista y mundano que ha sido objeto de sempiternas burlas, por críticos satíricos y mordaces como Jean-Baptiste Moliere (1622-1673) y George Bernard Shaw (1856-1950).

A medida que la medicina se ha hecho más científica, los médicos tienden a ser más arrogantes, interpretando los avances de la ciencia aplicados a la salud humana, como un poder excepcional (que lo es), con el cual podemos llegar a resolver todos los problemas incluso la gran incógnita de todo lo que nos está oculto hasta ahora en el funcionamiento del cerebro humano.

Sólo cuando la ciencia logra separarse de la metafísica y la magia es que viene a representar la fuerza motriz de la moderna civilización, pero aún en esta era de grandes promesas en los avances científicos no debemos olvidar la admonición de Sir Isaac Newton (1642-1727, tal vez el científico más importante de todos los tiempos, pues gracias a sus

contribuciones, la ciencia obtuvo su actual indiscutida credibilidad y primacía), cuando dijo: “No sé como yo le parezca al mundo, pero para mí mismo me parece que he sido tan sólo un muchachito jugando en la playa, divirtiéndome ahora y entonces, encontrando alguna piedra más lisa que otra, mientras que el gran océano de la verdad permanecía sin descubrirse frente a mí.”

27ª Paradoja: El derecho a la vida vs. el derecho al aborto

Es un tema en demasía espinoso pues toca muy de cerca la enseñanza y los dogmas de las principales religiones y muy especialmente la católica.

Si quien no ha nacido aún es un ser humano — una persona—, los principios, correctamente interpretados, de justicia y de no hacer daño, prohíben el aborto, o sea todo procedimiento o técnica llevado a cabo con la intención de matar un niño que aún no ha nacido o de terminar su desarrollo.

Desde el punto de vista médico el problema más agonizante es cuando se piensa que el aborto puede salvar la vida de la madre, situación que pone de frente el derecho a la vida de la madre frente al derecho a la vida de la criatura que aún no ha nacido. Ello ha justificado el llamado “aborto terapéutico” en la legislación vigente en numerosos países.

Es interesante como el marxismo maneja sin inhibiciones problemas que conciernen valores éticos y es así que en la desaparecida Unión Soviética el aborto fue legal de 1920 a 1936, declarado ilegal de 1936 a 1955 y de nuevo legal a partir de 1955. Todo ello de acuerdo con las políticas demográficas decididas por el gobierno y en atención a lo que percibían como las necesidades del Estado, que en la época de “ilegalidad” necesitaba repoblarse para afrontar los retos de la industrialización, guerra y recuperación de las enormes pérdidas en vidas humanas del conflicto.

28ª Paradoja: La seguridad social vs. la medicina privada

Desde que el canciller Otto von Bismarck (1815-1898) introdujo su legislación sobre seguridad social en Alemania en 1881, supuestamente como reacción a la agitación política de los socialistas en ese país y como justa reivindicación de la clase trabajadora a los riesgos de enfermedad, atención médica, hospitalización, muerte, etc., no ha habido país del mundo que no haya ensayado con mayor o menor

éxito un determinado esquema de seguridad social. Sin duda constituye un avance social de gran importancia para la población trabajadora de un país, y cuando el Estado monopoliza su administración da lugar a innumerables corruptelas de toda índole, que generalmente involucran indirectamente a la profesión médica, por cuanto parte importante del esquema está basada en los servicios médicos prestados.

El manejo de fondos provenientes del ahorro de los trabajadores por políticos inescrupulosos y a veces francamente corruptos, ha sido en muchos países, como en Venezuela, una verdadera desgracia, pues ha contribuido a desprestigiar la seguridad social, que es una de las instituciones más necesarias en la sociedad actual.

He visto funcionar de cerca por muchos años el *National Health Service* de Gran Bretaña y puedo expresar mi admiración por todo lo que representa, aunque como es natural y humano sus usuarios le apuntan defectos y sobre todo demoras que sin duda tiene, pero en general es un sistema que funciona y que aun el gobierno conservador de la Sra. Thatcher decidió no privatizar y mantener en su integridad, considerando justamente que representaba una valiosa adquisición y conquista social de nuestra era.

29ª Paradoja: La verdad de hoy vs. la mentira de mañana

Ya lo expresó de manera harto lúcida Sir William Osler cuando escribió: “Las filosofías de una época se convierten en las disparatadas absurdidades de la siguiente y las estupideces del ayer se convierten en la sabiduría de mañana; a través de un largo tiempo en el que lentamente aprendemos que nos apresuramos a olvidar, que entre todos los cambios y oportunidades de veinticinco siglos, la profesión nunca careció de hombres que vivieran al nivel de los ideales de los griegos” .

Es de todos bien sabido como se mueve el péndulo en todo lo concerniente a lo que podríamos denominar “la sabiduría prevalente del momento”, que cambia frecuentemente, tanto como la moda del vestir femenino.

¿Quién se acuerda hoy en día de las sangrías, las purgas, los vómitos provocados, los lavados colónicos, el pneumotórax, o las ventosas escarificadas (estos dos últimos alcanzaron a mi generación)?

30ª Paradoja: Medicina clínica vs. medicina molecular

Existen fundadas esperanzas de que en un plazo relativamente breve podamos actuar positivamente sobre muchas enfermedades causadas por anomalías genéticas particulares que puedan ser identificadas a nivel molecular. Tal es el caso de la anemia falciforme, causada por un único “error” en el ácido desoxirribonucleico (ADN), o la fibrosis quística.

La llamada medicina molecular (departamento de la biología molecular) no es otra cosa que medicina pura y simple y es una nueva frontera orientada hacia el tratamiento y curación de las enfermedades, al igual que prevenirlas y en general a promover la salud.

Los progresos realizados en esta dirección en los últimos años son verdaderamente extraordinarios, y el año de 1953 con el descubrimiento de la configuración de la molécula del ADN, la doble hélice de Crick y Watson en Cambridge, señaló el inicio de una nueva era.

Las agencias noticiosas internacionales nos señalan auspiciosamente el 15 de abril de 2003, con motivo de cumplirse medio siglo de la publicación del descubrimiento de la estructura de la molécula del ADN (en la revista británica *Nature* el 25 de abril de 1953), que dos años antes de lo previsto, 99,9 % del mapa genético del hombre ha sido decodificado por un consorcio público integrado por científicos de seis países. El proyecto tenía un presupuesto inicial de tres millardos de dólares, para ser utilizados en 15 años, pero los expertos sólo utilizaron 2,7 millardos (el año 2000 se había logrado un borrador del código). Tras tres millardos de años de evolución, tenemos ante nosotros la serie de instrucciones que cada uno de nosotros lleva, desde el óvulo (fecundado) hacia la edad adulta y hasta la tumba, es el “libro de la vida” o mapa genético, sobre el que tantas esperanzas ha puesto la ciencia contemporánea (que confía en descubrir tratamientos para enfermedades hasta ahora incurables o hereditarias, tratar genes defectuosos o recetar medicinas específicas según el código genético de cada persona). Escondidos en la maraña del ADN se encuentran los 30 000 genes (un solo gen puede producir hasta 98 000 proteínas) y 3 000 millones de pares de bases, entrelazados en la larga espiral que forma los cromosomas.

Hay quienes ponen en duda la gran expectativa que se ha puesto en las aplicaciones prácticas de estos conocimientos genéticos.

Veamos la negativa opinión que le merece la “Nueva Genética” a un observador calificado como el doctor James Le Fanu: “La Nueva Genética, en sus tres fases, distintas pero sobrepuestas, de ingeniería genética, pruebas genéticas y terapia genética, ha sido la fuerza intelectual motriz de la medicina durante este período, generando respuestas genuinamente novedosas y brillantes a problemas fundamentales. Y a pesar de todo el entusiasmo y excitación de millones de horas de dedicación en la investigación y de decenas de miles de trabajos científicos y acres de cobertura en los periódicos, sus beneficios prácticos son escasamente detectables. La ingeniería genética ha pasado a ser un método costoso para fabricar medicamentos que ya estaban disponibles —como la insulina—, o bien por tener un efecto terapéutico marginal. Las pruebas genéticas han tenido poco impacto en la prevención

de las enfermedades hereditarias más comunes y la terapia genética sencillamente no funciona. La Nueva Genética similarmente ha fallado en cumplir las expectativas que de ella se tenían, notablemente la transformación de cerdos como fuente de órganos para trasplantes.”

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 que nos invita el autor, para conocer sus argumentos y puntos de vista sobre las soluciones que se proponen a las paradojas presentadas. Se iniciaría así una nueva sección de la Gaceta que podría llamarse “Cartas al editor”.

Ocho siglos de la muerte de Maimónides

Dr. Francisco Kerdel Vegas

Individuo de Número

El 12 de diciembre de este año se cumplen 800 años de la muerte de Moisés ben Maimon (1135-1204), mejor conocido como Maimónides y también con el apodo acrónimo de Ramba'm. Filósofo, teólogo del judaísmo y médico, considerado como uno de los más grandes pensadores de todos los tiempos.

En 1985 la Academia Nacional de Medicina conmemoró los 850 años del nacimiento de Maimónides, y designó a su Individuo de Número, profesor Joel Valencia Parpacén para pronunciar la oración de orden, lo que dio lugar a la publicación de un libro titulado “Panegrico de Maimónides, El Español” (1), descriptivo de la vida y obras del gran médico y filósofo judío.

En este año 2004, la Asociación Israelita de Venezuela ha preparado un amplio programa para conmemorar ese aniversario, coordinado por el Sr. Abraham Levy Benschimol, cuyo evento central es una conferencia del Académico profesor Augusto León, en la Academia Nacional de Medicina el día jueves 11 de noviembre.

Maimónides nació en la ciudad española de Córdoba, que había sido un siglo antes de su nacimiento la capital de Califato de Occidente o de Córdoba (entre los años de 929 a 1031 de nuestra era) y una de las ciudades más populosas (se calcula su población para ese entonces en medio millón de habitantes) e importantes del mundo. Fue la época dorada del judaísmo español, pero ya para el nacimiento de Maimónides el Califato se había desmembrado y estaba en plena decadencia. Maimónides era hijo de un rabino y hombre de negocios de una distinguida familia de esa gran ciudad. A los 13 años de edad él y su familia tuvieron que emigrar, debido a las persecuciones contra los judíos por parte de los nuevos gobernantes, los Almohades, que llegados de África e imbuidos en una ola de fundamentalismo rompieron con una notable tradición multiseccular de tolerancia religiosa y cultural, que había llevado al Califato a una situación muy destacada durante los 122 años que duró.

Continúa en la pág. 115 ...