

Las grandes paradojas de la medicina actual (III)*

Dr. Francisco Kerdel Vegas

Individuo de Número

31ª Paradoja: Los triunfos vs. los fracasos de la medicina contemporánea

Desde el punto de vista de la medicina preventiva no existe un triunfo semejante al de la eliminación de la viruela, lo que tomó 182 años, lapso comprendido entre el descubrimiento de la vacuna y la erradicación de la enfermedad. El informe original de Edgard Jenner, presentado a la *Royal Society* en 1797 fue rechazado por su entonces presidente Sir Joseph Banks —quien era su amigo personal—, bajo las premisas de que las ideas de Jenner eran demasiado revolucionarias y sus pruebas experimentales demasiado limitadas. Banks aconsejó a Jenner que no debía exponerse a arriesgar su reputación presentando a la augusta institución hallazgos que parecían contradecir a los conocimientos establecidos.

Por fortuna Jenner no era hombre que se amilanaba frente al primer obstáculo y el año de 1798 publicó, con su propio peculio, un panfleto de 64 páginas con sus observaciones y descubrimiento. El 8 de mayo de 1980 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud reunida en Ginebra declaraba oficialmente la erradicación definitiva de la viruela, gracias a la utilización racional de la vacuna inventada por Jenner casi dos siglos antes. Tuve la oportunidad de observar varios de los últimos casos de esta temida enfermedad en Addis Abeba, capital de Etiopía, a donde viajé el año 1973, en compañía de los profesores Harvey Blank (de Miami) y Coleman Jacobson (de Dallas). Esta temible enfermedad había hecho estragos en mi familia. Mi abuela paterna tuvo viruela y una hija recién nacida, que también sufrió la enfermedad, murió por esa causa. Es difícil calcular con precisión cuántos

millones de seres humanos ha matado el virus de la viruela, a cuántos ha dejado ciegos, a cuántos con cicatrices deformantes en el rostro, y —un aspecto menos conocido—, cómo ha influenciado el curso de la historia. Lo que está perfectamente bien documentado es que las sucesivas y devastantes epidemias de viruela a las poblaciones de amerindios —no expuestas previamente a la enfermedad y por tanto inmunológicamente vírgenes—, permitieron a Hernán Cortés subyugar el Imperio Azteca (1519-1521) y más tarde a Francisco Pizarro conquistar el Imperio de los Incas (1532). Se ha estimado que la población indígena de las Américas, que ascendía a 72 millones de personas cuando Colón desembarcó en 1492, se había diezclado, en virtud de guerras y enfermedades (la principal entre ellas, la viruela) a un total de 600 000 en 1800.

Curiosamente el drama de la viruela, la única enfermedad contagiosa erradicada por la acción del hombre, no ha terminado de eliminarse por completo con su erradicación a nivel mundial, ya que existe siempre el peligro de que sea utilizada como arma del llamado bioterrorismo (a partir de cultivos en los laboratorios), por eso su importancia sigue vigente.

Los triunfos de la medicina de la segunda mitad del siglo XX son extraordinarios, sobre todo en lo que se refiere a la terapéutica, que ha logrado controlar enfermedades que diezclaban la población en las generaciones previas, tales como la tuberculosis y la sífilis (ya la lepra se venía extinguiendo progresiva y espontáneamente en los países del norte).

Tal panorama bucólico de un futuro promisorio fue interrumpido por la pandemia del SIDA desde el inicio de la década de los años 80 del siglo XX.

Si alguien creía que las enfermedades infecciosas patógenas al hombre era un grupo de entidades bien conocidas y en un número limitado, y bien

* Reanudamos la publicación de esta serie, la cual se inició en el número 1 de este año (Gac Méd Caracas 2004;112(1):15-31), suspendida en el número 3, con motivo de la publicación de toda la información del Congreso Centenario.

establecido y hasta inmutable, sin duda sufrió una gran equivocación pues la lista de nuevas enfermedades, infecciosas sigue creciendo. En julio de 1976 apareció súbitamente en Filadelfia una epidemia, la enfermedad de los legionarios, misteriosa afección respiratoria que eventualmente se pudo establecer que era debida a una bacteria adaptada a convivir en los sistemas de aire acondicionado enfriados por agua, y diseminada a los residentes de un hotel de esa ciudad, que asistían a una convención, mediante el aire acondicionado de sus habitaciones. El SIDA fue la siguiente amenaza, que en poco tiempo se extendió a toda la superficie del planeta. Para 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculaba que había más de 20 millones de seres humanos infectados con el virus HIV, y a pesar de que han aparecido muchos fármacos para combatirlo, la mayor parte de ellos están condenados a muerte.

Pero hoy no cesan las agresiones de nuevos virus, muchos de ellos originarios de África, tales como la fiebre de Lasa (1969); infección por el virus de Ebola (1976); la infección de Marburg (así llamada porque produjo 30 enfermos, y 7 muertos entre ellos, en la ciudad alemana del mismo nombre, contaminados por monos traídos de Uganda); la enfermedad de Lyme (debida a una espiroqueta y observada por vez primera en la ciudad de ese nombre en el Estado de Connecticut en la costa este de Estados Unidos).

Se pueden mencionar otras varias nuevas enfermedades como la debida al virus “hanta” (así denominado por el río Hanta en Corea, que mató varias personas en la parte suroeste de Estados Unidos en 1993), y en el año 2003 tenemos el llamado síndrome respiratorio agudo y severo (conocido por las siglas en inglés de SARS, también llamada neumonía asiática), cuya evolución y consecuencias son aún imposible de precisar.

No hay razones para pensar que no tendremos nuevas sorpresas que lamentar en el futuro.

32ª Paradoja: Dolor y poder vs. medicina y dinero

No necesariamente los dos primeros enfrentados a los dos últimos, sino los cuatro elementos asociados íntimamente, al menos tal es el sentido que le da uno de los intelectuales franceses contemporáneos más distinguidos (aunque controvertido), Jacques Attali en su libro “El Orden Caníbal”.

Sus acerbas y duras críticas, tales como, “la

mitad de los gastos de salud no sirven sino para retardar la muerte unas semanas”, o bien, “las ocho décimas partes de la humanidad no tienen todavía acceso alguno a la medicina clínica”, no pueden soslayarse de un plumazo, u olvidarse olímpicamente, pues son denuncias públicas basadas en hechos reales, nos gusten o dejen de hacerlo.

Confieso que admiro el coraje de Jean Bernard cuando se refiere a su profunda antipatía, que comparto, a tratar los asuntos que conciernen a esa pareja antitética de medicina y dinero.

En realidad, al contrario de lo que muchos se imaginan (tal vez debido a los llamados “signos exteriores de la riqueza”, como son el automóvil, la casa, o las prendas de vestir), son contados con los dedos de las manos los profesionales de la medicina que con su trabajo logran amasar una fortuna.

Baste recordar aquí que médicos verdaderamente ricos son muy pocos y que, a mi conocimiento al menos, casi nunca se han beneficiado económicamente (como seguramente hubiesen podido hacerlo), mediante patentes de sus descubrimientos importantes, que en otras profesiones, oficios y actividades, hubiesen hecho multimillonarios a sus inventores.

33ª Paradoja: Medicina del entorno vs. medicina global

La globalización lo abarca todo, es un océano de aceite que no cesa de avanzar. Ya no podemos ignorar y olvidar las desgracias del vecino, y es más, las vivimos en el mismo momento en que ocurren, lo que impide recurrir a mecanismos evasivos, invocando la ignorancia, que —como antes sucedía—, debido a que cuando nos enterábamos de la catástrofe o desgracia ocurrida habían pasado horas, días, semanas y hasta meses (todo depende de la época) y por lo tanto aceptábamos mucho más pasivamente. En esta generación podemos ver los acontecimientos “en pleno desarrollo” y nunca podré olvidar haber visto en la televisión (advertido telefónicamente del primer acto terrorista) el impacto del segundo avión contra la otra torre gemela de Nueva York, “en vivo y en directo”, el fatídico 11 de septiembre de 2001.

Llevando a la medicina ello significa que los países desarrollados y afluentes (y hasta opulentos) del norte no pueden poner de lado la pobreza, la miseria y el hambre de los del sur, y todas sus injustas consecuencias en lo que se refiere a la salud de esos pueblos. Por una parte las imágenes (en

estos casos, mucho más poderosas que las palabras) se lo llevan a la mente al gran público de manera impactante y a diario por la televisión a todo color; por la otra, sabemos bien que las fronteras políticas entre países o aun las largas distancias entre continentes no ofrecen protección frente a las grandes pandemias, que como lo ha demostrado fehacientemente el SIDA, pueden aparecer sin previo aviso y con características de verdadera catástrofe.

La profesión médica (como gremio) se ha sensibilizado frente a esas realidades, que ya le es imposible ignorar por más tiempo, y con los limitados medios a su alcance hace puntualmente las contribuciones que le son factibles (separada e independientemente de la gran labor realizada por los organismos internacionales como son la Organización Mundial de la salud, y en nuestro caso su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud, etc.). Son numerosísimos los aportes realizados, entre otras iniciativas notables, “Médicos sin Fronteras”, “Médicos del Mundo”, “Ayuda Médica Internacional”, etc., muy bien relatadas por Oliver Weber en su libro *“French Doctors”*.

Valga esta oportunidad para destacar la labor extraordinaria llevada a cabo en el sector de la dermatología —como me consta por ser testigo de excepción—, por la Fundación Internacional de Dermatología en Africa Oriental (Moshi, Tanzania), bajo la presidencia de los profesores Alfred Kopf (de Nueva York) y Terence Ryan (de Oxford), a quienes deseo rendir el sincero homenaje que se merecen en esta ocasión.

34ª Paradoja: La verdad vs. parte de la verdad

La leyenda negra le atribuye injustamente a los jesuitas esta conducta, pero la verdad sea dicha, el médico puede y debe administrar continuamente este comportamiento, que se resume en que todos sus pacientes tienen derecho a la verdad, pero tan sólo a parte de la verdad. Me explico, el médico tiene que tratar de comprender y penetrar la mente de su paciente y en base a ese conocimiento de su personalidad y carácter, manejar adecuadamente todo lo referente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.

Por ejemplo, aprendí de mi tío, doctor Martín Vegas, que el diagnóstico de lepra no se le puede dar al paciente de sopetón, aunque no tengamos ninguna duda al respecto, pues el *shock*, debido a las terribles connotaciones de supuesta enfermedad incurable y

mutilante, contagiosidad, etc., puede ser de tal magnitud que lo induzca a quitarse la vida. En cambio, si se va progresivamente informando al paciente de la posibilidad del aciago diagnóstico, es muy posible que lo acepte sin llegar a conductas extremas determinadas por la desesperación, es muy posible que lo acepte sin llegar a conductas extremas determinadas por la desesperación. Igual sucede con muchas otras enfermedades de pronóstico sombrío, por ejemplo, el cáncer (en cualquiera de sus formas y localizaciones), o bien las enfermedades degenerativas del cerebro (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, etc.).

35ª Paradoja: Medicina hipocrática vs. iatrogenia

Cuando hablo de medicina hipocrática me estoy refiriendo fundamentalmente a la alocución latina *Primum non nocere* (“Primero no hacer daño”), atribuida a Hipócrates, y que es la base del ejercicio profesional de la medicina y que es el extremo opuesto de la iatrogenia, o sea aquellas enfermedades originadas por el acto médico.

El connotado polemista Iván Illich comienza su libro *“Los Límites de la Medicina”*, publicado en 1976 aseverando: “El establecimiento médico se ha convertido en una amenaza mayor a la salud. El impacto por la incapacidad de control profesional sobre la medicina ha alcanzado las proporciones de una epidemia”.

El problema es grave y en países donde existen estadísticas confiables nos podemos apercebir de lo que significa actualmente, y se afirma que en Estados Unidos el uso de fármacos sintéticos, prescritos correcta o incorrectamente, causa cerca de 231 000 muertes cada año.

En el libro del doctor Robert S. Mendelsohn, *“Confesiones de un Médico Herético”* encontramos otra cifra aterradora cuando afirma que en Estados Unidos se llevan a cabo 2,4 millones de intervenciones quirúrgicas innecesarias al año, con una pérdida de 12 000 vidas.

“Tal iatrogenesis clínica incluye no sólo el daño que los médicos infligen con la intención de curar al paciente o de explotarlo; sino también aquellos otros perjuicios que resultan de los intentos del médico por protegerse contra un posible juicio por mal ejercicio profesional. Actualmente dichos esfuerzos por evitar litigios y persecuciones pueden causar mayor daño que cualquier otro estímulo iatrogénico”.

Es posible que sean afirmaciones “tremendistas”,

pero el rol de las autoridades de salud es demostrar que no hay sustancia en tales acusaciones, aunque posiblemente se trate de cifras abultadas... exageradas, existe en ello “un grano de verdad” que es necesario examinar con cuidado.

Geof Watts destaca el trabajo realizado hace algunos años por un grupo calificado de médicos del *Boston University Medical Center* en el seguimiento de 800 pacientes allí admitidos, en que pudo comprobarse 290 instancias de desórdenes iatrogénicos (enfermedades que no fueron inducidas por la naturaleza o por la conducta del paciente, sino por los medicamentos o procedimientos indicados por los médicos y en relación con el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos por los cuales acudieron al centro hospitalario originalmente); de ellos 76 sufrieron complicaciones mayores y en 15 casos contribuyeron a ser causa de muerte.

No es lo mismo aclarar a un paciente hipocondríaco lo que significa su enfermedad que a un paciente despreocupado e irresponsable, y el médico debe dosificar cuidadosamente su explicación de acuerdo con la relación que supone en el paciente conforme a las características de su personalidad, muchas veces haciendo énfasis en ciertos particulares y otras veces restándoles importancia, para conseguir el mismo efecto, cual es, que el paciente comprenda la naturaleza de su dolencia y cumpla fielmente el tratamiento indicado. El éxito del ejercicio profesional depende en buen grado de la agudeza mental del médico en aplicar los razonamientos e interpretaciones psicológicos adecuados.

La atrogenia puede extenderse incluso a áreas tan vastas como son medidas de salud pública y medicina preventiva, y como ejemplo es suficiente recordar las reacciones secundarias, incluyendo daños orgánicos permanentes atribuidos a la inmunización con la llamada vacuna triple o DPT (D por difteria, P por pertussis, o sea tos ferina, y T por tétanos), atribuidas al componente de pertussis, tal vez sin fundamento sustentable, por cuanto no han sido retiradas del mercado, pero que han dado lugar a un intenso debate cargado de acusaciones como puede apreciarse en el libro de Harris L Coulter y Barbara Loe Fisher, “Un disparo en la oscuridad”. Porqué la P en la vacunación DPT puede ser peligrosa para la salud de su hijo.

36ª Paradoja: Antibióticos y anti-virales vs. bacterias y virus mutantes

La cornucopia de distintos antibióticos, efectivos

para tratar diversas enfermedades causadas por bacterias y protozoarios, que siguió al descubrimiento y utilización de la penicilina (1941) no ha cesado desde ese entonces, pero de ninguna manera podemos inferir que es inextinguible. Contrariamente, el potencial mutagénico de bacterias y virus no tiene límites previsibles, por lo que a largo plazo posiblemente sea una batalla desigual en la cual la medicina pierde terreno lenta pero inexorablemente. Semejante razonamiento se puede aplicar a las moléculas anti-virales frente a los virus.

Las controversias en relación con procedimientos de medicina preventiva bien establecidos como la vacunación no han cesado, aún en tiempos recientes, como el ejemplo ya mencionado del libro de Harris L Coulter y Barbara Loe Fisher, “*A Shot in the Dark*”, destinado exclusivamente a advertir a los padres del peligro potencial de la vacuna contra la tos ferina.

37ª Paradoja: Medicina curativa vs. higiene

Aunque son disciplinas distintas, habitualmente están íntimamente ligadas entre sí, especialmente desde que se determinó en forma incontrovertible la influencia determinante de la higiene para mantener una buena salud.

Como bien dice John Pickstone: “A menudo pensamos de la medicina como un progreso que fluye a través de la historia reciente. La medicina es parte de una compleja interacción de la historia económica y política. Su futuro, tal como su pasado, en el ‘segundo’ y ‘tercer mundo’, tanto como en el Occidente, dependerán de los cambiantes modelos de la riqueza y el poder”.

Como bien lo asienta Laurie Garrett asienta en su libro “*Betrayal of trust*”, los factores básicos esenciales a la salud de la población son antiguos y no-tecnológicos: agua limpia; comida abundante, nutritiva, no-contaminada; habitación decente; apropiada posibilidad de deshacerse de agua con residuos y desperdicios; correcto control social y médico de epidemias; acceso difundido —o universal— a los cuidados de salud de madres y niños; aire limpio; el conocimiento de las necesidades de la salud personal administrada a una población suficientemente educada capaz de comprender y usar la información en su vida diaria; y finalmente un sistema de salud que siga la máxima primaria de la medicina — no hacer daño”.

38ª Paradoja: Diagnóstico exacto vs. tratamiento efectivo

La medicina hizo lentos pero continuos progresos durante siglos, y los médicos fueron acumulando invaluable información acerca de la historia natural de las enfermedades, muy útil para establecer un pronóstico del mal, pero de poco interés práctico para el paciente, interesado exclusivamente en un tratamiento curativo de su padecimiento.

Se cuenta que un hombre tan erudito como Thomas Jefferson (1743-1826) le dijo a Edgard Jenner (1749-1823), refiriéndose al descubrimiento de la circulación por William Harvey (1578-1657), que era “una hermosa adición a nuestro conocimiento de la economía animal, pero que revisando el ejercicio de la medicina antes y después de esa época, no veo ninguna gran mejoría que se haya derivado de tal descubrimiento”.

Tal situación se puede aplicar a los demás descubrimientos de la medicina (con la notable excepción de las vacunaciones y tratamientos con sueros) hasta el advenimiento de las sulfas y los antibióticos, a fines de la primera mitad del siglo XX.

Y, junto después de tantas paradojas una ecuación sin incógnitas: salud pública = prevención global.

Ya no es posible pretender disponer de un programa de salud pública que beneficie aisladamente a los ciudadanos en estancos aislados y protegidos, trátense de pueblos, ciudades, estados, naciones, regiones o continentes. Los modernos medios de transporte nos intercomunican velozmente, y como bien se sabe, un enfermo contagioso, en pleno período de incubación, puede transportarse al extremo más distante del globo terráqueo (antípoda) en materia de breves pocas horas. En cierta forma la reciente epidemia del SIDA ha sido aleccionadora de que no existe un método válido para establecer una “cuarentena” eficaz contra un azote de esta naturaleza.

39ª Paradoja: La moda en medicina vs. verdades inmutables

Siempre ha habido y seguirá habiendo incursiones de los legos en materias médicas, y no faltan escépticos quienes piensan que tienen la última palabra referente a consejos sobre el estilo de vida. Por ejemplo: levantarse temprano y acostarse temprano hacen al hombre saludable, rico y muerto. James Thurber (1894-1961).

O bien, quienes han pensado que los médicos deben aplicar en carne propia, lo que no vacilan en recomendar o infligir en la ajena. Por ejemplo: médico, sánate a ti mismo. San Lucas, el apóstol médico (la Biblia, Proverbios 609:25).

La moda afecta y penetra la práctica de la medicina de una manera tan contundente, como la del vestir femenino, aunque es posible que el público no lo advierta durante un determinado período de transición. Así como las sangrías, las sanguijuelas y los lavados colónicos eran prácticas médicas del pasado, cuando inicié mis estudios de medicina, no lo eran las amigdalectomías (acompañadas o no de adenoidectomías), las apendicectomías indiscriminadas, los pneumotórax, los electroshocks o las ventosas escarificadas. Otras modas se han implantado posteriormente, que con toda seguridad, después de un período de popularidad, se extinguirán progresivamente y desaparecerán en el olvido permanente.

40ª Paradoja: La lucha contra la enfermedad vs. la lucha contra la muerte

Desde que muchas enfermedades tienen un pronóstico fatal (terminan en la muerte) es frecuencia asociar las primeras con la segunda, lo que, desde luego, no sucede así la mayor parte de las veces. Sin embargo, es conveniente recordar que James Riley (historiador de la demografía de la universidad de Indiana) ha adelantado el concepto de una sinergia que él denomina “acumulación de insultos”. Sabemos que la mayor parte de los episodios de diferentes enfermedades no resultan ahora, como probablemente tampoco lo hicieron en el pasado, en la muerte de la persona. Pero —según Riley— cada episodio de enfermedad, seguido de recuperación deja un cierto residuo (o cicatriz) de daño o debilitamiento en el organismo. Posteriores episodios tienen un efecto acumulativo o sumatorio que llevan eventualmente a la muerte del paciente. Así llega a la hipótesis de que cada nuevo insulto a la salud deja al individuo en el futuro a ser más susceptible a la enfermedad. Todo esto lo lleva a postular que aquellas personas que han gozado de buena salud al comienzo de sus vidas vivirán más tiempo y con más vigor. Las recientes generaciones de médicos han sido formadas para una lucha, sin límites y sin excusas, frente al hecho natural e inexorable que significa la muerte de todo ser viviente, y así atribuirle, en un número significativo de casos, al fracaso del acto médico oportuno y

eficaz. Es por tanto natural y explicable que el público en general adopte semejante punto de vista y no acepte la dura realidad del envejecimiento, de las enfermedades degenerativas que lo acompañan, y al final, de la muerte, como la terminación natural del ciclo vital.

La gran ironía de la medicina moderna es que una de las especialidades menos valoradas, la geriatría, ocupa hoy en día la mayor parte de las camas de los hospitales. El problema central de la geriatría, como especialidad médica, es reconocer el hecho de que los seres humanos, al final de cuentas, somos mortales, y tenemos necesariamente que morir de algún evento terminal, que sigue siendo, como a lo largo de toda la historia, de naturaleza incierta en cuanto a como entenderla y manejarla.

Tal vez la mejor estrategia de salud sea la de tratar de mantener al cuerpo en buen estado, tanto física como mentalmente, hasta poco antes de la muerte. En esta estrategia, la paradoja estriba en que es altamente probable que al aumentar la longevidad del paciente, se potencien sus posibilidades de enfermedades degenerativas e incapacidades mentales. “¿Cuánta gente le agradecería a la medicina semejante obsequio?”

41ª Paradoja: Dispendio vs. racionalización en la utilización de equipos médicos

El elevado costo de los modernos aparatos de imagenología (tomógrafos y resonancia magnética), al igual que los de radioterapia nos lleva a pensar que debería existir cierta racionalización en su adquisición y utilización, y si ello es cierto cuando se trata del sector público, también es aconsejable en el sector privado, donde es factible llegar a acuerdos de cooperación entre diversas clínicas y hospitales privados. El colega académico Ladimiro Espinoza, para hacer más convincente esa “racionalidad” comparaba los costos de algunos de los aparatos más costosos con lo que se podía hacer en otras áreas del funcionamiento de esas instituciones si los fondos se utilizaran en esa otra dirección.

Llegamos a la conclusión que en esta era de nuevos avances tecnológicos continuos, los especialistas se comportan como niños con juguetes nuevos, y encuentran siempre argumentos convincentes para justificar esas cuantiosas inversiones de aparatos, que juiciosamente utilizados a capacidad podrían servir ciudades y a veces hasta regiones o países. Por otra parte no podemos

descartar la posible tentación al indicar indiscriminadamente estos exámenes (queremos pensar que no de estos tratamientos) para “amortizar” los elevados costos incurridos.

Situación parecida ocurre con ciertos nuevos fármacos, que algunas veces tiene costos elevadísimos debido en parte a la inversión realizada en investigación para descubrirlos y desarrollarlos, lo que unido a un mercado limitado, sirve de justificación para explicar precios inaccesibles”.

42ª Paradoja: Tiempo de ocio vs. tiempo de reflexión

Se dice —y probablemente con cierta razón— que las notables contribuciones de los griegos y la civilización helénica a la cultura universal se deben en parte al sistema esclavista prevalente en la época, que permitía a los ciudadanos de las diversas ciudades—estados desligarse de toda actividad doméstica (relegada a los esclavos) y disponer así del tiempo de ocio necesario para meditar, pensar, razonar, discutir y escribir.

Al disminuir o cesar la importancia de la fuerza física (en la que la mujer está en desventaja frente al hombre) con el advenimiento de las máquinas, las diferencias en el sexo en lo que se refiere a trabajo intelectual se han hecho borrosas o han desaparecido por completo, y con el descubrimiento de la computadora, el cerebro humano (masculino o femenino) ha podido confiarle muchas de las tareas analíticas a la máquina, y concentrarse en la síntesis, que parece ser la función superior de ese órgano.

Hay quienes han sugerido que las extremas temperaturas de los países cálidos del trópico son un óbice para la labor intelectual fecunda, y si ello tiene algo de cierto, es posible que el aire acondicionado libere el potencial intelectual de los habitantes de ese amplio sector de la geografía del planeta.

La tesis que asocia el ocio (me refiero al ocio de la actividad física rutinaria y extenuante) a la actividad intelectual, tiene sin duda sus méritos, y una lectura somera de las biografías de los grandes pensadores pone de manifiesto que dispusieron del tiempo (simultáneamente con cierta autonomía económica) para pensar. Lo que un hombre agudo como fue el publicista Carlos Eduardo Frías, captó perfectamente al enunciar que para ser productivo, intelectualmente hablando, “había que comprar la libertad de pensar”.

Reflexionando sobre la creatividad de los escoceses alguien puntualizó que debido a la severidad de su clima invernal, durante meses no pueden hacer otra cosa que sentarse frente a la chimenea y “tejer calceta”, lo que ciertamente les daba tiempo para pensar. Abraham Flexner (1866-1959), educador, y la persona que ha tenido más influencia en todo lo que se refiere a la educación médica contemporánea (Informe Flexner), no abrigaba dudas al respecto y lo expresó muy claramente al apoyar con convicción y denuedo el sistema de profesores a tiempo completo en las Facultades de Medicina de las universidades, pensando que los docentes así contratados serían capaces de ‘dedicar su tiempo y energía al estudio y experimentación cuidadosos, mientras leían en muchas lenguas, conversaban, discutían y reflexionaban sin prisa... por cuanto el médico lidia con el mecanismo más complicado, el cuerpo humano’.

Este sistema elimina o atenúa la posible codicia de un médico con éxito en su ejercicio profesional privado, al intentar establecer una verdadera industria con sus conocimientos, pues fija cuotas poco flexibles y dentro de tiempos razonables para ese tipo de ejercicio profesional. Tales exageraciones existieron hasta hace poco tiempo y recuerdo a un colega que se vanagloriaba de tener largas colas de pacientes esperándolo a diario para poder consultarlo hasta altas horas de la madrugada. Tal exceso de trabajo “rutinario” ciertamente no induce al pensamiento creativo.

Así me lo comentó en una ocasión en Cambridge uno de los matemáticos más distinguidos de nuestro tiempo, vecino de la casa donde residía, quien contestándome una observación medio-ácida, medio-humorística, de mi parte, referente al tiempo que pasaba en su jardín jugando con un hurón, me contestó muy seriamente: “Recuerde usted que la Universidad me paga para pensar... y es en esas ocasiones cuando pienso mejor”.

Tal debería ser el efecto y consecuencia de consideraciones laborales especiales a los docentes, como por ejemplo el llamado “año sabático”, que efectiva y razonablemente empleado debería dar lugar al progreso y productividad intelectuales medibles entre los profesores universitarios, algo que todavía está por probarse en nuestro medio.

43ª Paradoja: Muerte cardio-pulmonar vs. muerte cerebral

El problema se ha planteado seriamente a partir de la década de los años 60, con los avances en las técnicas de resucitación y la posibilidad de trasplantes de órganos vitales. En tiempos pasados la gente tenía una comprensible aprehensión a que por error del diagnóstico de muerte definitiva e irreversible pudiesen ser “enterrados vivos”; actualmente se preocupan más por la posibilidad de ser “desmembrados” (en el sentido de ser desprovistos de algún órgano vital) antes de que el corazón y los pulmones hayan dejado de funcionar, considerando la posibilidad de recuperarse de un coma cerebral, ya que la definición aceptada de la muerte, ha cambiado de la cesación de los latidos cardíacos y la respiración (que pueden ser mantenidos artificialmente con las máquinas apropiadas) por la de muerte cerebral, determinada por dos electroencefalogramas planos sucesivos (sin actividad).

44ª Paradoja: Balance de la salud: dieta vs. estilo de vida vs. medio ambiente

Como en otras tantas aparentes paradojas se trata de tres factores que en forma intrincada compiten y colaboran entre sí por la buena salud del individuo.

Es bien conocido que las expectativas referentes a salud de la gente que vive en los países ricos e industrializados del norte son mucho mayores que aquellas de los pobres de los países del sur, y se explotan con evidente éxito económico (para los facultativos que las practican) muchas ideas —sin basamento científico—, con la promesa de detener o incluso hacer reversible el envejecimiento y restaurar una belleza física perdida.

La verdad es que el “apetito social” por la salud no tiene límites conocidos y es famoso el dictum del político británico Enoch Powell (cuando fue ministro de salud) afirmando, “virtualmente no existen límites a la cantidad de cuidados a la salud que un individuo es capaz de absorber”.

45ª Paradoja: Historia de la medicina vs. historia de la sociedad humana en su esfuerzo de controlar los problemas de salud y enfermedad

En verdad no se trata de una paradoja, sino de ópticas diferentes, que a la postre deben integrarse pues tienen objetivos idénticos. La tendencia actual a enfocar la historia de la medicina desde el punto de

vista del médico), tal como lo han hecho Henry Sigeris y Roy Porter, constituye un cambio de actitud saludable y una orientación apropiada por cuanto “es el paciente, o mejor aún, el hombre saludable o enfermo, el objeto de todas las acciones del médico”.

46ª Paradoja: La descalificación del médico: artesano vs. tecnólogo

Para uno de los más duros e implacables críticos de la medicina contemporánea, el controversial filósofo y sociólogo de origen vienés, Iván Illich (1926-2002), “con la transformación del médico de un artesano que ejerce una habilidad en individuos a quienes conoce personalmente, en un técnico que aplica normas científicas a toda clase de pacientes, el mal ejercicio profesional adquirió un rango anónimo, casi respetable”.

La mezcla es pues compleja pues tiene ingredientes de artesanía y tecnología innegables y deseables, que los médicos preferimos calificar de arte y ciencia, aunque en verdad son cuatro pilares reales, que se complementan mutuamente y que sirven de fundamento a la medicina.

47ª Paradoja: Progreso médico vs. progreso socio-económico

Hacerse la ilusión de que se pueden lograr progresos y avances en el terreno de la salud pública o aun en el ejercicio privado de la medicina en forma aislada no es más que una quimera. El entorno en el que opera la medicina hace de ella una actividad más o menos efectiva. “El contexto socio-político y cultural es crucial, tanto para permitir a la medicina desarrollarse institucionalmente como para lograr su trasplante exitoso en sitios donde no ha emergido espontáneamente”.

48ª Paradoja: Colaboración con la industria farmacéutica vs. conflicto de intereses con la profesión médica

El enorme desarrollo de la industria farmacéutica ha necesitado siempre de una íntima relación de trabajo con la clase médica, especialmente con los docentes universitarios, es decir, con el llamado sector académico de la profesión, en relación con la evaluación de la efectividad de nuevos fármacos.

Dada la magnitud de los negocios de la industria farmacéutica y de los costos involucrados en desarrollar una nueva droga (estimados entre 300 y

600 millones de dólares), incluyendo los ensayos terapéuticos en pruebas clínicas, es fácil coleccionar las significativas cantidades invertidas en este segmento tan importante en la futura comercialización de un nuevo medicamento. La aprobación eventual de las autoridades sanitarias depende en buena parte de esas evaluaciones, de la metodología utilizada, así como de la seriedad y buena reputación de los médicos que han llevado a cabo la evaluación y de las instituciones para las que trabajan. En Estados Unidos se estima que por cada día de retardo en la aprobación de la “*Food and Drug Administration*” (FDA), el fabricante pierde en promedio 1,3 millones de dólares.

La dependencia financiera de este tipo de estudios en la largueza y los intereses muy bien definidos de la industria farmacéutica son bien conocidos y se estima que el 70 % de los fondos utilizados en ensayos clínicos de medicamentos proviene de dicha industria. Son numerosas las publicaciones sobre trabajos sin mérito en este sector, y lo que es peor aún, mal conocidos o con información amañada, con el objeto de promover indebidamente algún producto farmacéutico.

Es un área que debe ser continuamente monitoreada por el gremio médico para evitar excesos, abusos y desviaciones, en un campo donde existen evidentes incentivos económicos que pueden generar una amplia gama de actos en esencia corruptos. Se han cuestionado seriamente los fundamentos éticos de las pruebas clínicas con placebos como control, aludiendo para ello una interpretación de la declaración de Helsinki, de donde se puede inferir que las pruebas con placebos como control faltan a la ética, cuando afirma: “En cualquier estudio médico, todos los pacientes — incluyendo aquellos de un grupo de control—, deben tener la seguridad del mejor método diagnóstico y terapéutico probados”.

Cuando llevamos a cabo uno de estos ensayos sabemos *a priori* que la mitad de los casos tratados (aunque deliberadamente no podamos identificarlos con certeza) está recibiendo un placebo (sin valor terapéutico alguno) y por tanto dejando de ser tratado con un fármaco que pueda curar o mejorar su dolencia, un problema de orden ético insoluble y que ha sido cuestionado con argumentos de peso, por cuanto “no hay ninguna circunstancia bajo la cual un tratamiento efectivo pueda ser retenido”.

Hay quienes piensan que los ensayos controlados con placebos son innecesarios, puesto que tan sólo

prueban diferencias significantes con el placebo y no hay mejoría sobre la línea basal.

Las relaciones entre la industria farmacéutica (e incluso con los fabricantes de equipos médicos y hospitalarios) y los médicos son esenciales para el progreso de la medicina, pero pueden generar conflictos de interés y deben ser manejadas con integridad y transparencia. A título anecdótico y personal recuerdo la visita como paciente de un alto ejecutivo de la industria farmacéutica de Venezuela, que teniendo cierto grado de confianza me expresó sus quejas del gremio médico, que proponía y a veces hasta exigía, aparte de las consabidas contribuciones para congresos, jornadas y demás eventos de carácter educacional, fondos para construir instalaciones deportivas en las sedes de los colegios médicos a nivel nacional. Me le quedé viendo fijamente y le contesté: “Aparte de esos donativos para reuniones científicas, en las cuales ustedes tienen un manifiesto interés, para dar a conocer vuestros productos, dime en verdad, ¿qué han hecho ustedes por el progreso científico de la medicina en Venezuela? De esta conversación salió la iniciativa de la Fundación Vargas, que tuvo un papel importante en el apoyo a la investigación clínica, y que desapareció más tarde, sin razones válidas, para correr la suerte de aquellas instituciones que mueren por desgaste o anacronismo.

49ª Paradoja: Diferencias genéricas: médicos hombres vs. médicos mujeres

Hoy en día en que muchas Facultades de Medicina hay igual cantidad de estudiantes de ambos sexos y aun más estudiantes del género femenino que del masculino, es difícil pensar que hasta finales del siglo XIX le estaba vedado a las mujeres estudiar nuestra profesión.

Al igual que sucedía con todas las carreras profesionales con estudios universitarios, y es que no se concebía hasta hace poco más de un siglo que las mujeres pudiesen estudiar y luego ejercer las profesiones liberales. Esa fue una de las metas y reivindicaciones del movimiento feminista, lograda con mucho esfuerzo y en un lapso de muchos años. Aunque existen abundantes ejemplos desde la antigüedad de notables mujeres que ejercieron como curanderas y parteras, muchas de ellas pagaron muy caro por su supuesta osadía siendo objeto de implacables persecuciones, y acusadas —muchas veces injustamente—, de brujas y hechiceras terminaron quemadas vivas en la hoguera.

Eventualmente la demonomanía fue medicalizada y sus supuestas manifestaciones pasaron a ser consideradas como síntomas de enfermedades mentales (histeria, etc.).

La primera mujer que obtuvo el grado universitario de médico fue Dorotea Christiane Exleben-Leporin (1715-1762), de la pequeña ciudad prusiana de Quedlinburg hija del médico local, quien pidió permiso al rey de Prusia, Federico El Grande, en 1740, para cursar sus estudios médicos en la Universidad de Halle, y después de muchas vicisitudes (matrimonio, maternidad, etc.) finalmente obtuvo su título en 1754. Esto no pasó de ser un mero accidente —un caso aislado en toda Europa—, pues careció de consecuencias ulteriores por muchos años.

Los argumentos utilizados para impedir a las mujeres ejercer la medicina eran supuestamente específicos a su género, tales como la incapacidad mental y física debido a la menstruación, falta de fortaleza física, incapacidad por el embarazo y lactancia, inferioridad mental debido a un cerebro de menor tamaño, y la queja habitual que la labor médica arrebatada el sexo a la mujer.

En el mundo de habla inglesa la primera mujer en recibir su doctorado en medicina fue la norteamericana, Elizabeth Blackwell (1821-1910), quien recibió su grado en el Geneva College en el Estado de Nueva York en 1849.

Sin embargo, para los venezolanos es interesante señalar que el Dr. James Miranda Barry (1795-1865), graduado de médico en la Universidad de Edimburgo en 1812, precisamente en la época de mayor fama de esa Escuela de Medicina (allí acudió unos pocos años más tarde a perfeccionar sus estudios médicos y en las ciencias básicas el gran médico venezolano José María Vargas), realizó una brillante carrera profesional como médico militar (introdujo importantes reformas en el servicio), en diferentes colonias británicas, que terminó con el rango de inspector general (equivalente al de general), y sólo al morir se puso en evidencia su sexo femenino. Aunque existe amplia evidencia de una íntima relación con el general Francisco de Miranda (1750-1816), precursor de la independencia latinoamericana, comenzando por su nombre de pila y la dedicatoria de su tesis doctoral, y la profesora Ruth Bowden (1815-2001) ha ahondado más esta relación atribuyéndole a Miranda la paternidad de Barry (lo que queda plasmado en la reciente novela de Patricia Duncker).

Aún en mis días de estudiante de medicina, cuando ya había un pequeño grupo de compañeras de estudio, recuerdo los comentarios del querido y admirado profesor de anatomía, José Izquierdo, cuando dirigiéndose (entre vera y broma) a las muchachas les decía que esperaba que no viniesen a “calentar sillas” a la escuela de medicina, refiriéndose directamente al hecho de que pensaba que muchas de ellas después de graduarse (utilizando un “cupó” en el limitado acceso a los estudios médicos), para al casarse y tener hijos, abandonar el ejercicio de la medicina.

La tendencia a nivel mundial es la de que la matriculación en las escuelas de medicina los dos sexos se comportan como en la población en general, mitad hombres, mitad mujeres. En Estados Unidos los ingresos a las escuelas de medicina por parte de las mujeres, aumentaron gradualmente del 30,8 % el año 1981-1982 al 47,8 % el año 2001-2002.

La totalidad de médicos en EE.UU se estima en 836 156, de los cuales 205 903 son mujeres, o sea el 24,6 % (año 2001). Esta cifra irá desde luego aumentando progresivamente con los años, para llegar a la igualdad entre los sexos, algo que ya se observa en el rango de Profesor Asistente de las Facultades de Medicina, donde las mujeres ya ocupan el 50,1 % de los cargos disponibles (contra el 10,7 % en la jerarquía de Profesor Titular).

Es pues una paradoja del pasado, que encontró su corrección con el tiempo, ya que actualmente no existe quien abogue por una discriminación del sexo femenino en lo que se refiere al estudio y ejercicio de la medicina, ni siquiera en un país musulmán fundamentalista como Irán, que visitamos en 2001, encontrando un gran número de muchachas (cubiertas las cabezas con sus pañoletas negras, el “shador”) estudiando medicina y trabajando activamente en todos los hospitales.

50ª Paradoja: El auge vs. el desplome de la medicina

Parafraseando al escritor e historiador británico Edgard Gibbon (1737-1794) en su clásico libro “La Historia del Declive y Caída del Imperio Romano” en cinco volúmenes (1776-1788), el escritor médico británico, ya mencionado, James Le Fanu, ha publicado un libro de gran interés donde hace un

inteligente análisis de los grandes logros de la medicina contemporánea, en los años que siguieron a la II Guerra Mundial, entre los cuales podemos mencionar las grandes batallas ganadas a enfermedades tales como la viruela, la difteria y la poliomielitis, y el hallazgo de medicamentos para controlar el progreso de la enfermedad de Parkinson, la artritis reumatoide y la esquizofrenia, y al mismo tiempo se hicieron posibles las operaciones de corazón abierto, trasplantes de órganos y niños de probeta. Tres décadas más tarde dejaron de producirse esos espectaculares avances y las promesas de las teorías sociales de la medicina, genética y deducciones estadísticas no han producido los resultados esperados.

Los “doce momentos definitivos” de innovación médica reciente son identificados como los descubrimientos de la penicilina, cortisona, estreptomina, clorpromazina, cuidado intensivo, cirugía de corazón abierto, reemplazo de cadera, trasplante de riñón, control de la hipertensión (y prevención de accidentes cerebro-vasculares), cáncer en los niños, niños de probeta y la importancia de Helicobacter.

Al lado de estos momentos estelares, Le Fanu manifiesta muy poco optimismo de que la biología molecular realmente nos conduzca —tal como opinan muchos analistas— a formas más racionales de tratamiento o incluso a la prevención de enfermedades comunes.

Opuestamente el médico norteamericano William Schwartz en su libro “La Vida sin Enfermedades: la Búsqueda de la Utopía Médica”, cuyo optimismo acerca del potencial de la biología molecular y la genética es compartido por John Maddox en “Lo que Permanece por ser Descubierta”.

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 ha iniciado así una nueva sección de la Gaceta que se ha llamado “Cartas al editor”, la cual apareció por vez primera en el número 2 de este año (Gac Méd Caracas 2004;112(2):164-166).