

## Palabras de bienvenida del Dr. Otto Lima Gómez al Dr. Rafael Muci Mendoza en el acto de su incorporación a la Academia Nacional de Medicina el día 10/05/2001

Responder el Discurso de Incorporación de Rafael Muci Mendoza a esta Academia Nacional de Medicina es para mí un motivo de gran satisfacción. Conozco su trayectoria personal y profesional desde su estadía en el Servicio de Medicina 3 del Hospital Vargas de Caracas. Allí aprecié los rasgos sobresalientes de su personalidad: leal consigo mismo y con los demás, correcto, estudioso, metódico y profesional de avance. Estos rasgos lo han hecho destacarse como excelente médico internista y pionero de la neuro-oftalmología en el país. La Academia de Medicina los ha reconocido y evaluado para designarlo por unanimidad como Individuo de Número después de su brillante permanencia en ella como Miembro Correspondiente.

Rafael Muci se inscribe dentro de los médicos que pensamos que nuestra profesión no es ciencia o práctica pura y saluda con beneplácito su prédica a favor de una práctica médica que, sin ignorar el progreso tecnológico, no se despoje de la consideración fundamental de la interrelación humana (médico-paciente), del cultivo del diálogo y de la aproximación personal al enfermo en las diversas etapas del acto médico. No hacerlo es, repito con él, practicar un reduccionismo desbordado por la complejidad del ser humano y los grupos sociales cuya consideración es esencial para comprender, diagnosticar e intentar el alivio del sufrimiento. Sin este anclaje de la praxis médica en lo que es la esencia del ser humano la medicina se queda corta. Es aquí donde debemos buscar, preferentemente, las causas de una crisis de la medicina y la aparición de enfoques alternativos del acto médico. La medicina tradicional, con sus inmensos progresos en el estudio del cuerpo humano y su funcionamiento, ha fragmentado al hombre y ha fallado, hasta ahora, en la empresa de reconstruir su totalidad.

La medicina del siglo XX, que acaba de terminar, es heredera de las grandes corrientes del pensamiento médico de las escuelas europeas de la segunda mitad

del siglo XIX (inglesa, francesa y germánicas) en las cuales, en proporción variable, se mezclaban tres orientaciones: 1. anatomo-clínica 2. fisiopatológica y 3. etiopatológica. Los nombres de Bright, Addison, Skoda, Rokitansky, Auenbrugger, Bichat y Laennec, entre muchos otros, resuenan en nuestros oídos cuando a diario examinamos a nuestros pacientes, al igual que los de Pasteur, Koch, Schonlein y Claudio Bernard y la pléyade de hombres que han enriquecido las posibilidades de examen del ser humano hasta límites inimaginables hace pocos años.

Esta medicina recibió el impacto de la obra de Freud y sus seguidores tanto en Europa como EE.UU de Norteamérica. El psicoanálisis significó la introducción del sujeto en el estudio de la enfermedad y el intento de corregir el reduccionismo objetivamente del enfermo. El nacimiento y desarrollo de la orientación psicósomática, sobre todo en Inglaterra y EE.UU, y el nuevo rumbo que se propuso dar a la clínica, en su intento por revalorizar la historia individual en la patogénesis, la escuela que el historiador español Laín Entralgo llamó "Antropológica de Heidelberg", fueron igualmente hitos en esta dirección. Pero, ambos esfuerzos no resistieron el impacto del extraordinario crecimiento de la tecnología en la segunda mitad del siglo. La frase de Krehl (1) mantiene su vigencia: "el médico también debe ver la enfermedad como el enfermo, desde dentro. Únicamente, entonces, desde el punto de vista humano, puede considerarse como su médico". La medicina prosigue insensiblemente, salvado el escollo del supuesto antagonismo entre lesión y función, su meta de buscar la lesión. La objetivación del enfermo sigue predominando y la consideración de lo subjetivo resiste las más avanzadas y sofisticadas tecnologías aplicadas al sistema nervioso central. La vieja disputa entre monismo y dualismo se manifiesta hoy en la controversia de los neurobiólogos con los filósofos (2). El cerebro es sin duda el substrato de los niveles superiores del ser

humano. Sí, pero cómo? Es posible que a través del análisis de este substrato lleguemos a comprender la patogenia de muchos síntomas, la singularidad de la expresión clínica y su evolución, el efecto de medicinas no ortodoxas, el efecto placebo, el valor terapéutico de la confianza, de la fe, de una creencia, de un querer vivir o de un terminar ya con este sufrimiento y muchas otras cosas. Pero, todavía estamos en las etapas primarias de esta comprensión.

La medicina no puede ser sino una. Es una práctica basada en la ciencia. Ya que ciencia es la suma de conocimientos hoy disponibles, la base científica de la medicina está en perenne cambio. No así el arte médico, la forma de aproximarnos al enfermo, cuyos postulados nacieron en Grecia hace ya muchos siglos. El médico tiene que actuar aquí y ahora frente a su enfermo. Usa muchas veces recursos que no están demostrados objetivamente ni son comprensibles. Puede y debe hacerlo siempre que actúe de buena fe y no produzca daño, según el sagrado precepto hipocrático. Pero la consulta, la sala del hospital y el laboratorio, conjuntamente, deben ser santuarios de estudio para avanzar y comprender aplicando dentro de lo posible las metodologías más rigurosas de la evolución científica.

Desde la simple observación clínica hasta las más refinadas técnicas de laboratorio los resultados pueden ser de inmenso valor para nuestra profesión. En ella todo tiene cabida siempre que sea en beneficio del enfermo. Lo que debemos rechazar es la afirmación de verdades a priori, vengan de donde vinieren. De la medicina tradicional o de las medicinas alternativas. Ambas deben someterse al cartabón de la ética, de la evaluación y verificación científicas. No llegaremos jamás a la verdad absoluta, pero cada vez nos aproximamos a ella, como una vez hace un siglo afirmó en esta Academia Delgado Palacios (3).

La semiología clásica nos enseñó a plantear frente al enfermo cuatro preguntas fundamentales: Qué? Dónde? Por qué? y Cómo? Las respuestas dependen de nuestra propia concepción del ser humano. La sintomatología está inscrita en la vida del paciente y no es comprensible sino a través de la biografía personal. La comunicación interhumana va mucho más lejos que los datos del laboratorio y nos ofrece un campo inmenso para el estudio y la reflexión. El dónde no encuentra solamente su respuesta en el plano corporal. Desborda al cuerpo para vincularse al pasado y al futuro del ser humano, aunque siempre los malestares sean referidos a aquél.

Hemos avanzado mucho en responder el por qué y a los factores físico-químicos y biológicos debemos agregar los psicológicos y socioculturales, pero una respuesta cabal al cómo (génesis del enfermar) se nos escapa muchas veces y debemos limitarnos a una simple descripción de lo observado. En este campo la indagación clínica tiene mucho que ofrecer en el estudio del hombre enfermo.

Es el curso de la vida el que nos enseña el por qué de las crisis y la razón de la oportunidad del enfermarse en determinados momentos. Por qué ahora? es la pregunta que faltaba a la semiología clínica. La investigación neurobiológica tiene la palabra, pero su discurso es aún elemental e incompleto cuando lo confrontamos con los historiales clínicos.

Si se me preguntase qué concluir de estas reflexiones me permitiría decir lo siguiente en la feliz oportunidad de escuchar lo dicho por Rafael Muci y poder ensamblarlo con mis propias convicciones: 1. habiendo adquirido la medicina la posibilidad de estudiar fragmentariamente al enfermo debiera preocuparse también, simultáneamente, de no perder la perspectiva de su totalidad; 2. el médico siempre debe escuchar lo que tiene que decir su paciente y ver la enfermedad desde su punto de vista. Transformarse en una suerte de espejo que refleje al paciente su propia persona. Es la única vía para responder la pregunta básica de la clínica: qué tiene el enfermo? (en todo su ser) ya que la respuesta al cómo se origina esto? (patogenia) es muchas veces; difícil o imposible del todo; 3. con ayuda de todos los procedimientos asequibles a la medicina, dentro de un universo de ética y responsabilidad, debe el médico ayudar al autoesclarecimiento del enfermo y aproximarlo a la restauración de su bienestar en el seno de su familia y de la comunidad utilizando todos los procedimientos lícitos a su alcance; 4. quedan por resolver muchos problemas en todo lo relativo a prevención, diagnóstico y tratamientos de la enfermedad. Muchos de ellos dejan de ser puramente médicos y plantean a la medicina cuestiones que no le son exclusivas. Ejemplos son: cómo lograr un equilibrio entre el avance tecnológico y una práctica médica centrada en la persona enferma a nivel de la sociedad? ¿Llegará la ciencia a comprender al hombre total a través de las neurociencias? ¿Estarán justificadas nuestras esperanzas en una medicina predictiva basada en los conocimientos ofrecidos por la genética? ¿Qué implicaciones éticas tiene todo esto para el futuro de la humanidad? Son preguntas de muy difícil respuesta.

Felicito a Rafael Muci por su incorporación a esta Academia Nacional de Medicina y suscribo sus denuncias en relación a la situación crítica que vive el país desde el punto de vista político-social en general y, particularmente, en lo relativo al gremio médico venezolano. Estoy seguro que su permanencia en ella la permitirá seguir aportando lo mejor de su condición humana y profesional en beneficio de lo que es correcto en la medicina: capacidad para ejercerla y elevados principios de la ética para actuar responsablemente frente al enfermo y la comunidad. Le doy las más sinceras gracias por haberme honrado al invitarme a contestar su discurso de incorporación.

Señores.

## REFERENCIAS

1. Krehl L. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas. Barcelona: Edit. Labor SA; 1936.
2. Changeux J P, Ricoeur P. Ce qui nous fait penser. La Nature et la Regle. Paris: Edit Odile Jacob; 1998.
3. Gómez O L. La objetividad del conocimiento. Gac Méd Caracas 2000;108(1):73-76.

## “Tendencias globales de la resistencia a drogas antituberculosis”

“Intentamos cuantificar las tendencias globales de la resistencia a las drogas antituberculosis por medio de métodos epidemiológicos y microbiológicos estándar. Nuestros hallazgos indican que la tuberculosis multidrogas resistente continúa como un serio problema en países del este de Europa —especialmente Estonia, Latvia y Rusia. Tales hallazgos sugieren la continua creación y aumentada circulación de cepas resistentes a las drogas debido a pobre control de la tuberculosis, lo cual plantea una amenaza a otros países. Las tendencias en la región rusa de Ivanovo confirman que la situación es crítica, y la alta prevalencia de resistencia a las drogas encontrada en la recientemente revisada región de Tomsk, en Siberia, muestra que el problema existe en otras partes del país y puede estar extendido a través de Rusia. Hay áreas recientemente identificadas con alta prevalencia de tuberculosis multidrogas-resistentes en países densamente poblados, como China e Irán, lo cual indica que la creación de cepas altamente resistentes de *M. tuberculosis* no está limitada a una parte del mundo... Hay, sin embargo, noticias tranquilizadoras en esta fase del proyecto global. No hay aumentos significantes en la prevalencia de la tuberculosis multidrogas resistente entre nuevos casos en Botswana, Chile, Cuba, República Checa, Dinamarca, Inglaterra y Gales, Finlandia, Francia, Alemania, Nepal, Holanda, Nueva Zelanda, Irlanda del Norte, República de Corea, Perú, Escocia, Sierra Leone, España (Barcelona), Suecia, Suiza y Estados

Unidos. Muchas de estas áreas han sido capaces de mantener alta rata de curaciones en tuberculosis.

En las Américas, todos los países que fueron revisados por primera vez en esta fase del proyecto —incluidos Canadá, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Uruguay y Venezuela— no muestran signos de serios problemas. La mayoría de los países africanos revisados —aun aquellos con una alta incidencia de virus de inmunodeficiencia relacionado con tuberculosis— no fueron seriamente afectados por la tuberculosis resistente... En Europa occidental, la tuberculosis multidrogas resistente no es un problema mayor de salud pública. Entre nuevos casos en Dinamarca y Alemania, ha habido aumento en la prevalencia de resistencia a por lo menos una droga. Se ha reportado un aumento en la transmisión de cepas resistentes a estreptomycin e isoniazida en Dinamarca, en personas de 25 a 54 años de edad. Una más alta prevalencia de resistencia a drogas entre los inmigrantes ha aumentado, también, la prevalencia total en esos países. El aumento de la prevalencia de tuberculosis multidrogas resistente en Australia puede ser debido al gran influjo de inmigrantes de países vecinos con alta prevalencia... La extensión en Asia de la tuberculosis multidrogas resistente puede estorbar seriamente los esfuerzos globales para controlar la tuberculosis”. (Espinal MA, Lazlo A, Simonsen L, Boulahbal F, Kim SJ, Reniero A, et al. N Engl J Med 2001;344:1294-1303).