

Tema de reflexión

Renovación y continuidad de la acción sanitaria

Manuel Quijano Narezo

En un bello libro intitulado “El Espejismo de la Salud”, editado por el Fondo de Cultura Económica en 1975, René Dubos señala la naturaleza doble de la medicina desde las ideas que se encuentran en la tradición clásica. Dice “los mitos de Hygeia y Asclepios (Esculapio) simbolizan la oscilación eterna entre dos puntos de vista diferentes en la medicina. Para los fieles de Hygeia la salud es el orden natural de las cosas, un atributo positivo a que tienen derecho los hombres si gobiernan sus vidas con sabiduría; según ellos la función más importante de la medicina es descubrir y enseñar las leyes naturales que asegurarán al hombre una mente sana en un cuerpo sano. Los seguidores de Esculapio, más escépticos o más sabios en los caminos del mundo, creen que el papel principal del médico es tratar las enfermedades y restaurar la salud mediante la corrección de las imperfecciones causadas por accidentes de nacimiento o de la vida”. Señala René Dubos, como se ve, los diferentes acentos que se han dado a la práctica médica en todos los periodos de la historia: la salud protegida por el modo de vida y la salud restaurada mediante el tratamiento de las enfermedades.

En el último siglo el enfoque mecanicista, permitió adelantar en la comprensión de la estructura y la función del cuerpo, tanto en condiciones normales como patológicas, y lograr adelantos terapéuticos importantes, al grado que el médico llegó a sobreestimar la efectividad de su intervención y albergar una complacencia injustificada sobre el alcance de sus conocimientos. Sólo recientemente, a partir de 1970, el papel del médico y la función de la medicina, se han evaluado con un espíritu verdaderamente crítico y severo.

Cuando la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia” se comenzó a reparar que dicho estado sólo puede ser juzgado subjetivamente. Sobre él actúan tanto influencias biológicas, como de tipo personal, educacional, económico, y se ha reconocido que el concepto de salud va mucho más allá de la responsabilidad de los servicios médicos. No deja de reconocerse que los médicos tienen más que ver con la salud humana que cualquier otro grupo profesional, pero no debe restarse importancia a las múltiples influencias patógenas derivadas de otros factores.

El enfoque mecanicista del cuerpo, como un modelo físico que puede ser estudiado dentro de las reglas de la ingeniería, la química o la biología, ha dado repito, resultados espectaculares. Pero no pueden seguirse subestimando los determinantes patógenos vinculados con la conducta del individuo o de la sociedad, factores externos como el empleo, la vivienda, el alcantarillado, la atmósfera y otros, que determinan el estado de salud tal como ahora se define. La salud es un problema multifactorial.

Es más, la atención médica por sí sola no ha contribuido grandemente a mejorar el estado de salud de las colectividades. Si en los últimos dos siglos ha habido incremento en la salud colectiva de los países que ahora se llaman desarrollados, esto se debe a los adelantos en agricultura, el control sanitario del agua y de los alimentos, las condiciones de trabajo, la instrucción y los hábitos higiénicos.

La terapéutica moderna no contribuyó en gran medida a la reducción de la tuberculosis en los países industrializados, pues la baja en su incidencia se había conseguido previamente, con la mejoría de las condiciones de vida; la lepra disminuyó en esos países antes de que se descubriera un tratamiento específico y eficaz; el paludismo fue dominado en Europa con la desecación de los pantanos en las regiones mediterráneas de Francia e Italia; el tifo desapareció antes de que se descubrieran los insecticidas y los antibióticos. En fin, si algo sobra son los ejemplos que demuestran la estrecha liga entre enfermedad y pobreza.

Durante muchos siglos se estableció que el médico tiene responsabilidad exclusivamente ante su paciente como individuo. En el juramento hipocrático se habla nada más de la obligación del médico de mantener relaciones honorables con cada paciente y de tener devoción a quien fue su maestro. Las legislaciones que se refieren a la licenciatura en Medicina, (al menos hasta muy recientemente) tocan lo que atañe a la instrucción requerida, a los exámenes que deberán aprobarse, al registro del diploma y mencionan de pasada algo del carácter moral que debe prevalecer en la práctica; pero no tocan lo relativo a la cooperación con las autoridades en la prevención de las enfermedades.

Los Consejos de Especialidades intentan cerciorarse de la preparación de los que quieren ostentarse como especialistas, puntualizan el tipo y duración del adiestramiento y confieren la certificación o recertificación mediante exigentes

esquemas, para proteger a los pacientes, claro está, pero también y primordialmente para dignificar la medicina curativa y la profesión médica.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el aumento de la población, la mayor información del público en lo que a medicina se refiere, la elevación parcial del poder adquisitivo y otros factores, influyeron para mejorar la enseñanza de la medicina, pero casi exclusivamente desde el punto de vista tecnológico; aun cuando existen en el currículo asignaturas de carácter sociomédico, la enseñanza en las facultades y en los hospitales donde hay cursos de posgrado, tiende todavía a la formación de terapeutas.

Los conocimientos en medicina han crecido exponencialmente en los últimos 60 años y, con la especialización, la eficacia de la práctica médica ha aumentado en forma notable, al menos para ciertos grupos de población y en determinadas áreas geográficas. No obstante, la especialización ha tenido también repercusiones inconvenientes de diversos tipos; unas para el enfermo, otras para el médico, y finalmente para la medicina y para lo que ahora se llama la política de salud.

El enfermo. Éste, lamentablemente, tiene que renunciar a que se tenga de él una visión de conjunto, global. La medicina especializada ha creado una nueva categoría de pacientes que van a estrellarse sucesivamente a las puertas de todos los especialistas y especialidades conocidas; se hacen enviar de un sitio a otro o son interminablemente tratados de detalles sin importancia, mientras que lo esencial de su estado de salud es ignorado. Existe, claro, la posibilidad del trabajo en conjunto, pero la unidad humana total, es vista tan sólo con una lente fragmentaria o, lo más, por la yuxtaposición de varias lentes también fragmentarias. Ese paciente, no por vivir en la época atómica, deja de buscar y necesitar al hombre sabio, tolerante y comprensivo de antaño.

Las especialidades son algo sumamente dinámico y el médico ve que el sector de su especialización se estrecha de día a día y a una velocidad creciente. Un gastroenterólogo no puede hacer clínica, laboratorio, radiología, endoscopia, cirugía, quimioterapia del cáncer digestivo, radioisótopos e investigación fisiológica. No nada más se estrecha su campo, sino que se modifica diariamente y los padecimientos que un día trata con toda licitud, caen poco después en la jurisdicción de otros especialistas, mientras vuelven a su campo disciplinas que había abandonado.

Efectivamente, la aparición de una técnica de investigación o de un tratamiento novedoso, lleva a la ultraespecialización de una minoría; pero ese mismo progreso simplifica las técnicas y las devuelve a un número mayor de manos. Claro que mientras una técnica se simplifica, otras aparecen y se complican; pero también se simplifica progresivamente la actividad. Es lo que podría llamarse el movimiento dialéctico de la especialización, basado en la tendencia a la simplificación de los progresos logrados.

La solución intentada es la práctica en grupo, en organizaciones gubernamentales, clínicas privadas o instituciones académicas.

En medicina, los inconvenientes que se pueden mencionar son los siguientes:

- a) **Iatrogenia.** Mientras mayor sea la potencia de los recursos empleados por el hombre, en cualesquiera de sus actividades, mayor es el riesgo de sufrir o producir daños y complicarse los procedimientos diagnósticos, al emplearse nuevas técnicas terapéuticas, es natural que se observe un aumento en las consecuencias indeseables del acto médico.
- b) **Rutinización.** El indiscutible avance de las técnicas de laboratorio y gabinete, han hecho que muchos médicos se inclinen a solicitar demasiadas pruebas de este tipo sin una selección razonada previa y a otorgar una confianza exagerada a sus resultados; los médicos dependen cada vez más de equipos electrónicos, tienden a mecanizar su labor, a aligerar su tarea con máquinas que, una vez programadas, trabajan solas. Esto produce, en ocasiones, una suerte de inercia en el pensar y en el actuar.
- c) **Gusto por lo insólito.** Al mismo tiempo que ese conformismo perezoso, se observa a veces en los especialistas una concentración de su interés en las dolencias raras, las que son controvertidas, que tienen múltiples aspectos oscuros y representan un reto a su inteligencia o a su perspicacia. Esto no estaría mal, si no fuera porque no es raro que se desinteresen de los padecimientos comunes y, sobre todo, de las facetas psicológicas de las enfermedades que no tienen el “glamour” de sustentarse en explicaciones bioquímicas moleculares, en alteraciones del RNA mensajero o en anomalías cromosómicas.

La política de salud. El cuidado de la salud es responsabilidad de administradores, políticos y funcionarios de las dependencias gubernamentales encargadas de procurarla; pero debe ser también preocupación importante del médico individual. Las repercusiones inconvenientes de la especialización se pueden analizar, entre otros, bajo dos rubros:

- a) **Poca atención a la comunidad.** En general los especialistas no han tenido tiempo, o no se han dado tiempo, para ejercer su influencia benéfica en aspectos de salud pública que los conciernen. Son errores de omisión, pero tan extendidos que deben preocupar. Se habla constantemente de las agresiones al balance ecológico motivadas por las innovaciones de la civilización; todo el mundo lo comenta y agrega ejemplos y anécdotas. Pero la verdad es que el médico poco se ha preocupado por luchar contra la polución atmosférica, el ruido, el uso de pesticidas y tantas otras sustancias que ponen en peligro la salud pública; y ni para qué hablar de la poca colaboración general que el médico ha ofrecido

a los ingenieros sanitarios, nutricionistas, planeadores y demás miembros del equipo de salud.

- b) Aspectos económicos.** A diferencia de otras áreas de la economía, en la práctica médica en general, la planeación y la prevención no han disminuido los costos. Paradójicamente mientras más alto es el costo de la prevención *per capita*, más alto es también el costo *per capita* del tratamiento. En la OMS se insiste acertadamente en los vínculos que existen entre salud y desarrollo: ambos fenómenos convergen y se refuerzan; la salud es un sector que no solamente consume recursos y el desarrollo no debe ser visto como un simple crecimiento económico. La salud es, a la vez, causa y efecto de desarrollo.

Nadie pensaría sin embargo, en prescindir ni de las especialidades, ni de las máquinas, ni en negar la mejor atención a quien la necesite. Pero todos percibimos un cierto peligro en la situación actual que no es mera nostalgia de la antigua imagen romántica del médico.

Podríamos preguntarnos ahora hacia dónde se dirige la atención a la salud y la práctica de la medicina.

No debemos marginarnos del progreso científico, pero debemos administrarlo con sensatez. Si sabemos ya que es difícil escapar a la dependencia económica y tecnológica, es mucho más difícil romper el círculo vicioso de la dependencia cultural; dependencia que nos hace incorporar indiscriminadamente ciertas prácticas, sin espíritu crítico y con bajas expectativas de adaptabilidad a nuestras realidades locales.

Hemos sido no los únicos ni los más responsables de ello, pero algo podemos hacer para disminuir su impacto.

Hay que tener en mente eso que se llama la relación costo-beneficio. Hay que oponerse a que la cirugía o el tratamiento hospitalario sean elitistas, porque ahora lo son, en el sentido de que las buenas instituciones, el equipamiento completo, los sistemas de quirófanos, de recuperación, de cuidados intensivos, inclusive los equipos humanos son escasos y onerosos. Es más en ocasiones también innecesarios.

Dentro de nuestros límites, hay que disminuir el predominio de la industria hospitalaria, químico-farmacéutica, de equipamiento, de la tecnología exagerada; y volver un poco al humanismo tradicional.

medigraphic.com

El aumento de bióxido de carbono en la atmósfera, afecta directamente el cambio de temperatura global, en el último medio millón de años, se ha superado el nivel de este gas, lo que muestra que de mantener esa velocidad, que ha tomado fuerza desde la revolución industrial, en este siglo la temperatura podría subir hasta en 4 °C.