



Hipócrates está enfermo de incompreensión y fatiga ante la sociedad. ¿Cómo curarlo?*

Efraín Vázquez-Benítez**

RESUMEN

Se toma a Hipócrates como paradigma del médico dedicado a la atención individual de sus enfermos. Bajo el formato de una historia clínica ficticia se enfocan aspectos de los problemas existenciales que afectan al médico actual en el ejercicio de su profesión, se analizan sus causas y se proponen algunas de las posibles intervenciones de los propios médicos para la resolución de los mismos. Se insiste en que la Medicina es el arte de aplicar la ciencia y la tecnología a la resolución de los problemas de salud del individuo y de la sociedad, en que los médicos estudiamos y ejercemos la profesión para servir a los demás y en que la Medicina no una mercancía que se puede comprar o vender conforme a las reglas del mercado. Igualmente, se insiste en el concepto de que la salud es un derecho elemental del hombre y no una dádiva ni galantería de nadie o producto sólo de la legislación. La retribución al médico es de justicia, pero no es suficiente con un salario o jornal, menos aún con lo estipulado en un tabulador basado en el beneficio a inversionistas, instituciones o intermediarios: debe complementarse con prestaciones adicionales que le garanticen una vida digna. Es necesario preservar estos principios a toda costa y evitar que intereses ajenos la comercialicen o la "industrialicen". El primer paso para resolver los problemas es tomar conciencia de ellos y entenderlos. Se presentan posibles soluciones.

Palabras clave: Hipócrates, historia clínica ficticia, retribución al médico.

ABSTRACT

Is taken as a paradigm of the physician Hippocrates devoted to care of the sick individual. Under the format of a fictional history focus aspects of the existential problems that affect the current physician in the exercise of their profession to analyze its causes and suggests some possible interventions of the doctors themselves to solve them. It insists that medicine is the art of applying science and technology to solving health problems of the individual and society, in which doctors study and practice the profession to serve others and that medicine not a commodity to be bought or sold according to market rules. Also emphasizes the concept that health is a basic right of man and not a gift or compliment to anyone or only product of legislation. The medical fee is fair, but not enough on a salary or wage, let alone the terms of a tab based on the benefit to investors, institutions or intermediaries, must be complemented with additional features that guarantee a dignified life. These principles must be preserved at all costs and prevent the market outside interests or "industrialize." The first step to solving problems is to become aware of them and understand them. We present possible solutions.

Key words: Hippocrates, fictional clinical history, doctor payment.

RÉSUMÉ

On considère Hippocrate comme le paradigme du médecin dévoué à l'attention individuelle de ses malades. Sous le format d'une histoire clinique fictive on focalise des aspects des problèmes existentiels qui troublent le médecin actuel dans l'exercice de sa profession, on analyse ses causes et on propose quelques-unes des possibles interventions des médecins-mêmes pour la résolution de ces problèmes. On insiste que la médecine est l'art d'appliquer la science et la technologie à la résolution des problèmes de santé de l'individu et de la société, que les médecins, nous étudions et nous exerçons la profession afin de servir les autres et que la médecine n'est pas une marchandise qui peut s'acheter ou vendre selon les règles du marché. On insiste également sur le concept que la santé est un droit élémentaire de l'homme et qu'elle n'est ni un don ni une galanterie de personne ou seul produit de législation. La rétribution au médecin est de justice, mais il ne suffit pas avec un salaire ou paye, encore moins avec ce qui est stipulé sur un tabulateur basé sur le bénéfice aux investisseurs, institutions ou intermédiaires: elle doit se compléter avec des prestations additionnelles qui lui garantissent une vie digne. Il faut préserver ces principes coûte ce qui coûte et éviter que des intérêts d'autrui la commercialisent ou l'«industrialisent». Le premier pas pour résoudre les problèmes, c'est d'en faire conscience et de les comprendre. On présente des solutions possibles.

Mots-clés: Hippocrate, histoire clinique fictive, rétribution au médecin.

RESUMO

Se pegamos a Hipócrates como paradigma do médico dedicado a atenção individual de seus doentes. Através de uma história fictícia foram enfocados aspectos dos problemas existenciais que afetam ao médico atual no exercício de sua profissão, analisam suas causas

e se propõe algumas possíveis intervenções dos próprios médicos para a resolução dos mesmos. Insiste em que a medicina é a arte de aplicar à ciência, a tecnologia, a resolução dos problemas de saúde do indivíduo e da sociedade, em que os médicos estudaram e exerceram a profissão para servir aos demais e em que a Medicina não é uma mercadoria em que se pode comprar ou vender conforme as regras de mercado. Igualmente, insiste no conceito de que a saúde é um direito elemental do homem e não uma dádiva nem galanteria de ninguém ou produto somente da legislação. A retribuição ao médico é de justiça, mas não é suficiente com um salário, menos ainda com o estipulado em um tabulador baseado no benefício à inversionistas, instituições ou intermediários: deve complementar com prestações adicionais que garantissem uma vida digna. É necessário preservar estes princípios a toda custa e evitar que interesses alheios a comercializem ou a “industrializem”. O primeiro passo para resolver os problemas é tomar consciência deles e entender-los. Apresentam-se possíveis soluções.

Palavra chave: Hipócrates, história clínica fictícia, retribuição ao médico.

OBJETIVO

Buscar una respuesta inteligible a las preguntas:

1. ¿Tenemos los médicos una identidad ontológica del ser médico?
2. ¿Tenemos los médicos clara la ontogenia de nuestra profesión?
3. ¿Sabemos claramente a dónde queremos ir?
4. ¿Sabemos a dónde vamos y quién está a cargo de nuestro destino profesional?
5. ¿Tenemos clara en la mente la identidad de los factores que modifican el rumbo?
6. Si hay desviación en el derrotero, ¿Cómo la podemos rectificar?

Estas consideraciones van dirigidas a quienes ejercen la Medicina como atención directa del enfermo, más que a aquellos que se dedican a las profundidades de la investigación, a los problemas epidemiológicos o de salud pública, de trascendencia creciente, pero cuyos retos difieren de los que se nos presentan en la problemática del hombre-sanador ante el hombre-enfermo.

Voy a hablar de enfermedades y dolencias cuyo relato puede causar incomodidades pero, como médicos, no nos es familiar hablar de los sanos, que nos necesitan menos, sino de los enfermos a quienes debemos cuidar, comenzando por nosotros mismos. Con estas limitaciones en mente

quiero hacer una exposición panorámica y actualizada de mis puntos de vista y los de otros autores sobre la situación presente de la Medicina y de quien la ejerce como profesión existencial y no como oficio.¹⁻⁴

Según Rosen,⁵ “El término salud, ya sea buena o mala, designa un estado dinámico de un organismo que resulta de la interacción de factores internos y ambientales que operan en un espacio-tiempo determinado. Esta generalización se aplica a todos los organismos vivos y sitúa la salud en un contexto ecológico”. Sabemos bien la definición de la O.M.S. Desde esta perspectiva, presentaré mis ideas en un formato que todos conocemos muy bien: el de una historia clínica hipotética que tratará de exponer el padecimiento del personaje más emblemático de la Medicina, con alusiones también a la enfermería y a la farmacia, que adolecen de problemas dignos de similar consideración.

HISTORIA CLÍNICA

Ficha de identificación

Hipócrates, Maestro, ejemplo y guía, paradigma del médico ideal. Nacido en la Isla de Cos en el mar Egeo, el año 460 aC y muerto en Larissa a la edad de 82 años, además de los múltiples escritos que se le atribuyen, rescató a la Medicina de la casta sacerdotal que la ejercía y la separó

* Ensayo presentado como Conferencia Magistral durante el XVI Congreso Regional de la Región I de la FMEECOG, el 24 de junio de 2010.

** Dr. en CM. Miembro Honorario del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, expresidente de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Hospital Español, México, DF.

Recibido: agosto, 2010. Aprobado: septiembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Vázquez-Benítez E. Hipócrates está enfermo de incomprensión y fatiga ante la sociedad. ¿Cómo curarlo? Ginecol Obstet Mex 2010;78(10):559-570.

www.nietoeditores.com.mx

claramente de la filosofía. Su fama ha perseverado hasta nuestros días y ha sido desde entonces el modelo del buen médico tradicional.

INTERROGATORIO

Antecedentes

Desde el día en que nos inscribimos en la Facultad de Medicina, sentimos la satisfacción y el orgullo de portar en la solapa del saco el escudo que expresaba nuestra más profunda convicción y que hemos llevado y lucido con prestancia en la manga de nuestras batas o en el parabrisas del automóvil pero, sobre todo, grabado a fuego en lo más profundo de nuestro corazón: rodeando al símbolo de Esculapio, el lema *Allis vivere* “Vivir para los demás” u otro equivalente para los que no estudiaron en la U.N.A.M. Cuando, una vez capacitados y autorizados, empezamos y continuamos nuestra vida compartiendo compasivamente y tratando de aliviar el mal ajeno, percibimos la realización de nuestro anhelo existencial conforme íbamos percatándonos de la responsabilidad que asumíamos y que a veces nos ha parecido abrumadora. Hemos realizado un estudio constante y seguimiento de la información para alcanzar un nivel óptimo, maduración del juicio, búsqueda de una paz interior para poderla comunicar a nuestros pacientes y una constante disponibilidad para servir a quienes en nosotros han confiado su salud, y que han sido parte de nuestra vida cotidiana consciente y subconsciente. Por eso nos sentimos impregnados de un legítimo orgullo de ser médicos, que no debe confundirse con la soberbia ni traducirse en prepotencia. Con la debida distancia, pertenecemos a la misma estirpe de incontables generaciones de ilustres personajes que registra la historia de la Medicina y, aunque el *corpus medicum* tiene un sustrato que aún nos parece vigente, las circunstancias son muy distintas en los casi 60 años que hemos ejercido la profesión los miembros de mi Generación; el proceso de adaptación es cada día más difícil por lo perentorio.

La historia de la Medicina social es en gran parte la historia de la política y de la acción social en relación con los problemas de la salud. Es una disciplina aplicada. Conciernen a médicos, políticos, administradores, economistas y reformadores sociales. Su base está en las “ciencias sociales” que, a su vez, se ocupan de los cambios en las escalas de valores según las épocas y, recientemente, con mayor rapidez entre las generaciones. La perspectiva

que tiene el ginecólogo del mundo en el que ejerce su profesión es universalista por definición, incluyente por vocación, trascendente por abarcar desde el principio de la vida y llegar hasta más allá de la vida reproductiva y es altamente gratificante para quien le dedica su vida, sus afectos y sus esfuerzos. Contamos con la confianza de las pacientes, así como de la de sus esposos o padres, somos los confidentes de sus más profundas inquietudes y la fuente para ellas muy fidedigna de todo lo que tenga que ver con su salud, a veces incluso la mental o la espiritual. Podemos considerarnos como unos privilegiados entre los demás especialistas. Pero eso mismo implica el compromiso de ser técnicamente capaces, mentalmente alertas, moralmente honestos y anímicamente bien dispuestos a servir a la mujer en cuanto a su salud atañe, desde cualquier trivialidad hasta la más complicada intervención. Por todo lo anterior, mi enfoque en este tema será tratar de abarcar el panorama que desde nuestra cima contemplamos.

LAS MOTIVACIONES BÁSICAS DE LA DECISIÓN DE SER MÉDICO

En rápida revisión son las siguientes: vocación de servicio para preservar o restaurar la salud. Aspectos emocionales que importan frecuentemente más que la razón. Educación y adquisición de actitudes desde la infancia, por imitación o influencias familiares, moduladas por aspectos racionales. Costumbres observadas en el entorno, sobre lo que significa ser médico. Ratificación de la vocación inicial en la adolescencia. Observación e interiorización de lo observado durante la carrera (maestros). Encuentro con la diversidad de actividades posibles (ramas de la Medicina). Experiencias iniciales y progresivas en la atención de pacientes (satisfacción). Consolidación y crecimiento. Percepción sólida del “ser médico”.

Algunas motivaciones ilegítimas: estatus, lucro, avance social, satisfacción del ego.

QUÉ SE ESPERA DE UN BUEN MÉDICO

Que tenga los conocimientos, aptitudes y disposición anímica que la profesión requiere.

Que sea respetuoso de los principios básicos de la bioética:

- P. de beneficencia
- P. de no maleficencia
- P. de honestidad
- P. de respeto al paciente

Como características personales se citan, como deseables:

- Integridad
- Compasión
- Altruismo
- Deseo constante de mejorar
- Excelencia en el actuar

Que sea un ejercitante ejemplar de las virtudes llamadas “cardinales” planteadas ya por Cicerón en el año 44 aC y repetidas después incansablemente hasta hoy:

Prudencia, Justicia, Fortaleza, Templanza

QUÉ ESPERA EL HOSPITAL DE SUS MÉDICOS

- Preparación profesional actualizada.
- Eficiencia.
- Comportamiento conforme a la ética general y profesional.
- Respeto a las autoridades.
- Cumplimiento de sus reglamentos y disposiciones en el servicio.
- Respeto al personal que labora en la institución.
- Respeto a sus colegas y espíritu de colaboración.
- Capacidad y disposición para el trabajo en equipo.
- Mantenimiento adecuado de sus relaciones personales.
- Lealtad y “sentido de pertenencia”.

PANORAMA HISTÓRICO

La imagen del médico en la historia ha venido decayendo desde ser un dios del panteón egipcio, como fue Imhotep; de él se pasó a semidiós olímpico como fue Esculapio por algo más de tres milenios. Ya en el siglo XVIII el médico había pasado a venerable estatua que descendía de su pedestal para prodigar sus servicios al enfermo, estimados muy cerca del milagro pero, a partir de mediados del siglo XX, hubo un cambio progresivo en la posición que guarda el médico dentro de la sociedad en que se desenvuelve y a la cual presta sus servicios profesionales: fue transformándose en personaje humano con conocimientos y habilidades muy respetables pero falibles, para pasar, en la actualidad, a un papel de “Trabajador de la salud”, con muy poco relieve sobre otros profesionales afines o artífices.

En la década de 1970, iniciado ya el alud de desconfianza en sus capacidades reales, el médico empezó a ser víctima de escrutinio y juicio desfavorable por los propios pacientes, frecuentemente asesorados con dolo por terceros.

Poca duda puede haber de que nuestra actividad, con muchas bases firmes se desenvuelve, por lo demás, en un mundo estocástico susceptible de tropiezos y rectificaciones. Considerando, como comparación, que los físicos que se ocupan del átomo no han podido librarse en esa área del “Principio de indeterminación” planteado por Heisenberg en 1927, se puede entender la inmensa cantidad de variables que el médico tiene que enfrentar.

Por lo que respecta a las afecciones de la salud, ya en 1950 se hablaba de “Enfermedades sociales” cuando, entre otros, los Maestros Celis y Bandala incluían como tales a la tuberculosis, fiebre reumática, sífilis y blenorragia, llamadas así porque su manera de producirse o transmitirse estaba muy ligada a las condiciones socioeconómicas y hábitos que prevalecían en la población. Con este criterio, en 2010 ya tenemos muchas más: cáncer del pulmón, cáncer cervicouterino, cáncer mamario, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, aterosclerosis y sus consecuencias, estrés y psicopatías.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Se percibe en el ambiente mundial, y particularmente en México, una sensación de desasosiego del cuerpo médico como tal, en relación con circunstancias que han hecho progresivamente más complejo el ejercicio de la profesión, que lo someten a presiones cada vez mayores sin garantizar la libertad de pensamiento y de acción, ni establecer una reciprocidad en emolumentos y prestaciones a las que tiene derecho por las exigencias y responsabilidades que tiene que asumir.

Decía en un notable libro el Maestro Rosendo Amador Fernández:⁶ *¿Acaso no es así, el hacer del médico? Infatigable. Saturado de azares, imprevistos, imponderables para doblegar el dolor. Matizado de inquietudes, desasosiego y amarguras para restituir al hombre, nuestro hermano, su ventura, la plenitud de su ser... Y luego enfrentarse a la mordacidad y al descrédito. ¿Como si fuera factible que el médico modelara a placer, o renovara como materia inerte, el soma y la psique!*

Después de haberse comprobado una serie de éxitos indudables y espectaculares de la entonces llamada “ciencia médica” se inició en el último tercio del siglo XX una situación de desencanto porque los éxitos reales iban resultando menos absolutos que en el segundo tercio y porque

no se alcanzaban nuevas metas que, tanto dentro como fuera de la profesión, se esperaban como una resultante lógica y casi obligada al llegar a nuestras manos una serie de recursos tecnológicos derivados de otras disciplinas. Todo esto ha contribuido a que, en términos generales, la estima social de la profesión se haya deteriorado después de un clímax y, a su vez, ha repercutido en el estado anímico de sus practicantes produciendo un malestar rayano en el decaimiento emocional. El escarnio de literatos y caricaturistas ha contribuido a disminuir la prestancia social del médico.

QUÉ ESPERA EL MÉDICO DE LA SOCIEDAD Y DEL PACIENTE

- Respeto de su persona, de su personalidad y de su prestigio.
- Retribución justa por sus servicios.
- Asistencia en su posibilidad de formar un patrimonio familiar.
- Seguridad de su salud en el propio trabajo.
- Cumplimiento de sus prescripciones y adherencia en su continuidad por el paciente.
- Facilidades y opciones para cumplir su obligación de actualizarse.
- No ser objeto de injerencia o de vigilancia de tipo policial en su trabajo.

Desde siempre el médico ha considerado que su paciente forma parte de una familia, una comunidad y una sociedad y ha reconocido la importancia de devolverlo sano a su ambiente a la mayor brevedad, lo que se ha acentuado progresivamente y se habla del tema con creciente insistencia a partir de la revolución industrial y la conversión del artesano independiente en obrero integrado en un sistema de trabajo en el cual el individuo es sólo una pieza frágil de una sólida maquinaria productiva.

¿CÓMO SE CONTROLA EL CUMPLIMIENTO PROFESIONAL DEL MÉDICO?

En un listado probablemente incompleto, pueden citarse los siguientes procedimientos:

- Con la autocritica serena y objetiva, considerada difícil y frecuentemente sesgada.
- Con la conciencia colectiva de los “pares”.
- Con las prescripciones de las leyes derivadas de los Artículos (5°, 117°) de la Constitución Política:

Ley general de profesiones

Ley general de salud

Código penal.

- La certificación por los Consejos, legalizada ante la Dirección General de Profesiones de la S.E.P.

Mediante los códigos de ética, desde el de Hammurabi en 1250 aC y muchos recientes (la Universidad de Illinois tiene catalogados 631, algunos de los cuales han sido publicados por la O.M.S.). Los más recientes de los aproximadamente 30 que he tenido a la vista son:

Carta de profesionalismo para el médico del siglo XXI (Colaboración Europeo-Americana, 2002)

Lancet 2002;359: 520-22

Ann. Int. Med 2002

Declaración universal sobre bioética y derechos humanos.

UNESCO, 2005

Los códigos propios de cada país y su sistema de salud.

Los de cada asociación médica general y de especialidad.

Los de cada hospital.

Los Códigos de derechos de los pacientes.

La opinión de la sociedad civil y las costumbres vigentes.

PADECIMIENTO ACTUAL

Nuestra tendencia gremial se ha ido perfilando a lo largo de los siglos y a lo ancho de la geografía (me refiero sólo al “Occidente”) a partir de fines del siglo XVII, en que se formaron las primeras sociedades médicas, que no incluían aún a cirujanos ni a otras profesiones como la enfermería, la farmacia, la odontología, etc. Como individuos, nos vemos en la necesidad de hacer estudios cada vez más prolongados en la licenciatura, especialización y subespecialización, con retardo prolongado en la aparición de las remuneraciones necesitadas.

La observación de los efectos devastadores en la economía personal y familiar de una enfermedad grave o prolongada y la incertidumbre que esto crea en los individuos y en la sociedad, hicieron viable la injerencia de las compañías de seguros en el terreno de la salud y la propuesta de las mismas de ofrecer protección ante estas eventualidades ofreciendo solvencia económica ante los gastos “catastróficos”. La creciente complejidad de la

atención médica que requiere cada vez más precisión diagnóstica y tratamientos más elaborados incrementa día a día los costos de una atención considerada satisfactoria, con riesgos de caer en deficiencias punibles.

Interferencia de otros “prestadores de servicios de salud”

Automedicación	Consejos de familiares y amigos
Enfermeras, parteras y farmacéuticos que se extralimitan	Empleados de mostrador en las farmacias
Homeópatas	Quiroprácticos
Acupunturistas	Componedores
Moxibustionistas	Herbolarios
Empíricos	Santones
Sobadores y masajistas	Ocultistas
Merolicos	Cartomancistas
Videntes	Guionistas de radio y televisión
Consultores en los periódicos	Consultores por internet

TENDENCIA A LA INTEGRACIÓN DE LA “INDUSTRIA DE LA SALUD”

En 1998 la Universidad de Seattle envió un equipo de exploración formado por médicos, administradores y expertos en sistemas a las instalaciones de la fábrica de automóviles Toyota en Japón, a estudiar sus procedimientos de fabricación “en línea” y ver cuales podrían ser aplicables para hacer más eficiente la atención de los enfermos en términos de tiempo-costo-beneficio. El resultado fue que organizaron un sistema de consulta externa en el que el paciente entra en una cadena de servicios y estudios, al final de la cual se le entrega un expediente con sus resultados y recomendaciones, pero no ha sido entrevistado ni explorado físicamente por ningún médico. Ahorraron tiempo y dinero, pero no consideraron que el ser humano enfermo no es una simple máquina descompuesta, sino algo infinitamente más que eso.

Por otra parte, solapada y abiertamente se habla cada vez más de integrar una “industria de la salud” en la que estaría comprendida la actual industria farmacéutica, la muy diversificada variedad de fabricantes de materiales y equipo y el número de médicos que sean necesarios. Evidentemente, las piezas más lábiles de esta maquinaria serían estos últimos, útiles sólo en la medida que encajen en la gran organización, siendo los más fáciles de substituir o desechar.

En los años recientes, a partir de que la atención médica es impartida por el estado o por instituciones fuertemente

ligadas al mismo, se está queriendo aplicar en forma demagógica y trasnochada la filosofía del “contrato social” de JJ Rousseau⁷ publicada desde 1750 y actualmente desechada como insostenible e inoperante por los sociólogos modernos. El propio Rousseau expresaba también otros conceptos que no se incluyen.⁸ Esto ha tomado nueva consideración recientemente.⁹

LO QUE EL PÚBLICO LAICO NO COMPRENDE U OLVIDA

Tácita o abiertamente se nos pide a los médicos, como grupo, prolongar la vida en forma indefinida, con buena salud y “calidad de vida”, lo cual puede ser deseable pero por ahora no parece posible, y hay que contar con las enfermedades crónicas y degenerativas cuya aparición aún no es evitable sino, a lo más, diferible. También hemos creado expectativas que no se pueden cumplir.¹⁰

Considerada desde el punto de vista individual es temible y temida, pero, biológicamente, creo que la muerte del individuo como pérdida social es un fenómeno asimilable a la apoptosis celular y está genéticamente programada, posiblemente para preservar las características favorables del genoma.

Algunas esperanzas hasta ahora no cumplidas a satisfacción han hecho disminuir también el prestigio de la “ciencia médica”. Hablé ya de la reactivación de los padecimientos infecto-contagiosos que no están siendo dominados, como la tuberculosis, el paludismo y el SIDA, junto con la espera del fármaco mágico que corrija la obesidad mundial, sin tomar en cuenta que ésta deriva principalmente de los malos hábitos personales y sociales como el sedentarismo y la alimentación sumamente desequilibrada.

Farmacogenómica: con importantes avances en el aspecto científico, poco se refleja aún en la práctica clínica, aunque sí se va logrando la curación de muy diversos tipos de enfermedades malignas, particularmente las epiteliales. Sí hay avances sustanciales en las hematógenas y unas 3,000 enfermedades de origen genético que son mendelianas, pero las comunes y mayores son multigénicas y, por lo tanto, de más remota solución, como no sea a través de un eugenismo bien entendido y practicado. No se ha logrado aún una adaptación entre la farmacoterapia con la genética individual; a lo más, cierta mayor compatibilidad entre fármacos y grupos étnicos. Por lo que hace a la terapia génica, hasta enero de 2010, muy restringida, con múltiples complicaciones, entre ellas el potencial patógeno inherente

de los virus transfectores. Los intentos que se han hecho han resultado, hasta ahora, en lamentables desastres.

Como problema milenario no resuelto tenemos el de la mortalidad materna. Desde hace varias décadas la FIGO y sus afiliadas en el mundo han presentado preocupación creciente sobre este tema y cada una tiene sus comités que se ocupan de ella pero, por desgracia, sólo se ha logrado una mínima mejoría en el mundo y en nuestro país la cifra aumentó en los años 2008 y 2009, sin explicación aparente. Las causas siguen siendo las mismas: hemorragia, infección y complicaciones hipertensivas.

EXPLORACIÓN OBJETIVA

Consultados los proyectos y legislaciones de salud de diversas partes del mundo (México, Estados Unidos, Guatemala, Colombia, España, Francia, China e Israel, como ejemplos¹¹), se encuentran diversos aspectos que les son comunes, a saber: 1) La excelente intención de los tomadores de decisiones acerca de proteger, idealmente, a toda la población por igual. 2) Diversos modelos de intentarla según las costumbres y antecedentes de cada país, desde la consulta e intervenciones pagadas individualmente hasta la cobertura estatal completa. 3) La poca participación que se otorga a los médicos como grupo profesional en su elaboración. 4) El obstáculo básico, común a todos esos programas que es el insostenible costo de una medicina cada vez más tecnológica, que hace imposible el cumplimiento de los propósitos y dificulta la distribución equitativa de sus servicios. En cuanto a los médicos, en Estados Unidos y en Francia se prevé una posible disminución de 21% en sus ingresos para el año próximo.

Como se puede observar fácilmente a través de la recopilación de LeFanu¹² (Instituto de Estudios de las Políticas, en Londres), van en aumento la insatisfacción de los mismos médicos por frustración de sus expectativas, la deserción de los pacientes hacia otros tipos de servicios de salud, de la llamada “medicina alternativa”, el incremento importante en la cantidad de personas sanas pero preocupadas por su salud y la elevación en espiral de los costos de la atención médica, que son fenómenos sociomédicos que van cambiando la perspectiva de lo que es la salud, su protección y su restitución.

ETIOPATOGENIA

El proceso del desarrollo del padecimiento tiene dos facetas que lo modulan formalmente: unas son causas extrínsecas al médico mismo y otras intrínsecas a la profesión.

a. Causas extrínsecas

En las últimas décadas se produjeron algunos cambios que han influido negativamente en la relación médico-paciente, de los que puedo citar los siguientes:

Deformaciones en los sistemas de evaluación

Se inician, dolosamente, sistemas de evaluación personal por Internet (Provincia de Quebec en Canadá y California en Estados Unidos), donde se publican las quejas de los pacientes, justificadas o no, hecho que crea desconfianza hacia los médicos involucrados.¹³

Como sucedáneos de los códigos de ética, frecuentemente tildados de “anticuados”, éstos tienden a sustituirse por lineamientos y reglas de buen comportamiento conforme a modelos artificiosos, según dije antes.

Influencias por parte de los pacientes

Uso creciente de procederes diferentes, como la automedicación y el recurso a los procedimientos llamados “Medicina alternativa”.

Las solicitudes de servicios o prescripciones por simple consumismo.

La propaganda en los medios de comunicación (la publicidad crea necesidades).

Frecuentemente se exagera lo benéfico y se trivializa la verdad objetiva.

La información dispersa, no selectiva y a veces falsa en la “internet”, que a veces cambia la actitud del paciente de confiada consulta a retardadora confrontación.

Influencias negativas extraprofesionales

La actitud amarillista de algunos medios de comunicación que exageran lo malo que hacen algunos y no valúan o hacen poco aprecio de lo bueno que la mayoría realiza. Transpolación errónea de conceptos ajenos a los problemas de salud. Ejemplo: El concepto de autonomía personal,¹⁴ hoy tan repetido, estuvo inicialmente basado en los trabajos y principios sociales, políticos y económicos de Adam Smith,¹⁵ John Locke, John Stuart Mill, Auguste Comte,¹⁶ Gabino Barreda,¹⁷ etc., que tanto influyeron en el siglo XIX y principios del XX. Esta tergiversación ha producido pocos beneficios y, en cambio, mucha demagogia sanitaria.

La interferencia administrativa, que pasó por la hoy obsoleta “Medicina gerenciada” de los años 70’s para desembocar en la “Medicina PC” (Politically Correct¹⁸), cuyos lineamientos avalan lo que sea correcto para las

compañías y gobiernos, y limita o descarta las decisiones diferentes del médico, aunque éstas sean justificadas por el caso.

En algunos sistemas hospitalarios se valora la “productividad” según el número de pacientes/día/mes que internan y no necesariamente por su capacidad profesional.

Interferencia de los “terceros pagadores”. Buscan siempre el menor costo (gobiernos, instituciones, compañías de seguros, algunas “mutualidades”¹⁹).

En Alemania se ha dado, particularmente en Berlín, una limitación de la prescripción a lo “adecuado” según tablas de la OMS, y si el tratamiento incurre en costos mayores que los estipulados, la diferencia corre a cargo del médico tratante, descontada de su salario.

Inequidades múltiples que afectan a médicos y pacientes.

Tabuladores de pago por servicios, a veces ignominiosamente bajos, ofrecidos sobre el principio de “lo tomas o lo dejas” porque hay otros que sí aceptarán.

Limitación en la cobertura que ofrece al paciente quien se compromete a atenderlo. Así, sin negarle aspectos positivos, la implantación del “Seguro Médico Popular”, que beneficia parcialmente a los más lábiles y está concebido pensando mercedamente en los más pobres, pero lo hace a expensas de incrementar el trabajo ya saturado de los servicios médicos que ya existían en la Secretaría de Salud.²⁰⁻²²

Exceso de legislación: después de pasar la etapa de médico de base, se le aplica también la “ley de responsabilidades de los funcionarios públicos”, hecho que lo expone a mayor labilidad ante las leyes. Ha crecido también la actitud litigante de los pacientes y familiares, frecuentemente con la intención de lograr beneficios económicos ilegítimos.

La interferencia legal conduce a la práctica de la “Medicina defensiva”, que se encarece en relación con su empleo con frecuencia innecesaria.

La globalización en general, y de la medicina en particular que tiende a “eficientar”, es una tendencia que influirá progresivamente en forma negativa.

b. Causas intrínsecas a la medicina

Las actitudes erróneas y los “pecados” de los propios médicos

1. Afán de lucimiento y prevalencia, búsqueda de posiciones de mando (soberbia).

2. Afán de lucro, búsqueda de posiciones bien remuneradas (avaricia).

3. Competencia pública intergrupala (Luc Montagnier, Francia vs Robert Gallo, EU).

4. Prisa por publicar, aunque lo que se publica no esté bien comprobado (“publish or perish”).

5. “Canibalismo” médico (envidia).

6. Deficiencias en la información profesional.

Las deficiencias en la información

La lectura insuficiente o superficial.

El aislamiento mental anquilosante o el exceso de “modernismo”.

El estancamiento individual sólo con la información proporcionada por el representante de la industria farmacéutica, necesariamente sesgada.

El “representante médico” da, por obligación, información favorable a su producto (en 11% de los casos es demostradamente inexacta): además, está sujeta a manipulación (la Universidad McMaster tiene 4 programas para contender al respecto).

Balance: de todos los factores, favorables unos y otros deplorables, intrínsecos o extrínsecos, el fiel de la balanza se inclina hacia el lado que es negativo para Hipócrates.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Depresión bipolar-desorientación vocacional.
- Frustración ante la incapacidad de llenar sus expectativas.
- Sensación preocupante de que la vida puede transcurrir en el error.
- Hipócrates se siente cada vez hundido más en un ambiente de temor: social y personal, económico, fiscal, médico-legal.

COMPLICACIONES Y PATOLOGÍA CONCOMITANTE

Relaciones de la medicina y del médico con la industria farmacéutica

Tradicionalmente han sido buenas y positivas (1800-1950); inicialmente los fundadores de la industria farmacéutica fueron profesionales de esa rama (Schering, Merck, Organon, Smith-Kline, actualmente fundida con Glaxo) e, indispensablemente complementaria de la Me-

dicina, pero ya no es así en la debida proporción. Otras compañías derivaron de industrias previas como Bayer (I.G. Farbenindustrie en Alemania) Ayerst (Imperial Chemical Industrien en Inglaterra, Dupont en EU).

A mi manera de ver, las divergencias de intereses se iniciaron cuando, a partir de 1947, con el “Plan Marshall” para la reconstrucción de la Europa devastada por la segunda guerra mundial,²³ se inició la incursión en estos terrenos de inversionistas cuyas prioridades son los dividendos y no la salud de la población y nacieron así, por ejemplo, Schering Plough, Merck Sharp & Dohme y otras similares que se fueron agregando.

A *grosso modo*, se introdujeron desde 1950 algunos factores negativos en la relación médico-farmacéutica por el deslizamiento en la apreciación de los valores primordiales: ¿Salud o dividendos? Permisividad en la sociedad pragmático-capitalista-consumista. Se ha expresado directamente que “no hay nada malo en hacerse rico mientras se trabaja por la salud”. Hay que hacer rentable la investigación científica (i). Se ha recurrido dolosamente a la creación de alarmas injustificadas para promover ventas (Oseltamivir, en el caso de la supuesta pandemia que amenazaba al mundo con la “gripe aviaria” de la que entre 2001 y 2008 sólo hubo unos centenas de casos en el sureste de Asia entre personas que cuidaban aves y nunca se demostró que hubiera contagios de humano a humano). Los beneficios económicos fueron muy grandes.

Es indudable que han aparecido también circunstancias que afectan a la industria farmacéutica misma. Así, la inversión en investigación se ha elevado (6,800 millones de dólares en 1990 a 23,900 en 2001). El costo de investigar un medicamento desde su “posibilidad terapéutica” hasta la puesta a la venta es de 100 a 300 millones de dólares y puede calcularse en 1,000 millones de dólares si se consideran los productos que fracasan en sus primeras etapas. El tiempo invertido en comercializar un producto: 10 años, en tanto que la duración de las patentes, en general, es de 17 a 20 años, quedando un tiempo relativamente corto para recuperar la inversión. Entre tanto, pueden aparecer fabricantes “aprovechados” que con sólo un pequeño cambio en la molécula patentan como nuevo un producto muy similar y lo explotan como original. Un tema álgido es el de la aparición de “medicamentos genéricos” que, una vez vencidas las patentes, pueden ser elaborados a menor costo por otras compañías que no invirtieron en su investigación. Una faceta favorable de este hecho es que

el medicamento puede ser adquirido por más pacientes o sistemas de salud; el lado negativo es que los países pobres (particularmente en África) se quejan de que los grandes consorcios internacionales les impiden comprarlos en países que los producen en grandes cantidades, como la India.

Parecen indudables los resultados negativos de la injerencia del capital que ha conducido, entre otras cosas, al empleo de subterfugios para mantener la costeabilidad industrial, tales como la modificación de las indicaciones terapéuticas o ventajas subsidiarias no planeadas inicialmente, o el buscar grupos específicos de población para su aplicación (racialización: Bidil en negros, Gefetinid en cáncer mamario en orientales). La Fabricación de medicamentos combinados, sea propios o por consorcio, que les permiten prolongar las patentes o, bien, la concesión recíproca de procesos de fabricación (11-Hidroxi: Upjohn y Montecatini acordaron que uno produciría sólo progestágenos y el otro corticoides).

Se ha dado también la peligrosa circunstancia de la ocultación de efectos secundarios, que ya se conocían previamente a su comercialización,²⁴ y hubieron de retirarse del consumo cuando se manifestaron en mayor número (tiazolidinodionas, inhibidores de la Cox-2 y otros productos). Influye también la importancia y el prestigio de la revista donde se publicaron los resultados (aun las más prestigiadas del mundo tienen graves problemas). Un estudio aparecido en el JAMA en 2009 señaló que 10% de lo que se publica en el NEJM y en The Lancet son artículos falsificados o inventados, con autores e instituciones inexistentes, como su contenido. Debe señalarse también la propaganda tendenciosa o franca deshonestidad de algunos miembros de la industria farmacéutica y fabricantes de equipo y aun de las agencias oficiales de control (FDA, NHS),²⁵ así como la influencia abierta o sutil en las opiniones de los médicos y en su decisión al prescribir, por las “prestaciones” y prebendas o premios y obsequios que otorgan. Para condensar, en muchas áreas prevalece el modelo dirigido por el mercado: estamos en la “era del marketing estratégico” en el cual “el que tiene el oro pone las reglas”

LA AUTODEFENSA

Hemos tenido convulsiones y arrebatos en que los médicos hemos intentado luchar por nuestros derechos, como el ejemplo de 1965 en México, 1989 en Inglaterra y 2009

en Berlín, pero los resultados han sido frecuentemente contraproducentes. Falta unión entre nosotros.

Lo que viene

Dada la dirección en que parecen ir las cosas, es previsible que en un futuro no lejano tendremos que implementar distintos modos de entender y enseñar la Medicina, replantear el currículum de sus ejercitantes con mayor participación de ciencias básicas y adición de conocimientos amplios en el área administrativa, diversas maneras de financiarla, la forma de ejercerla y, probablemente, sus mismas áreas de competencia.²⁶

En el momento actual se perciben fracturas y debilidades en la boyante “Medicina basada en evidencias”,²⁷ que nunca me ha convencido del todo, principalmente por exageraciones en su aplicación, y que ya comienza a manifestar disminución de su aparente solidez, me parece obligatorio replantear nuestras certidumbres sobre bases que ya se habían construido hace años.^{28,29} Casi simultáneamente, va desarrollándose la “Medicina basada en competencias”, pero viene en camino la “Medicina basada en valores”, de la que yo conozco dos versiones opuestas en su apreciación axiológica: la que me parece que continuará la tradición médica de la que he venido hablando en esta disertación, procede de la Universidad de Guanajuato y se refiere a los verdaderos valores humanos a preservar y de ella existe un curso por la internet, cuyo programa es muy atractivo. La otra versión será la que se está gestando en Estados Unidos, en la que “valor” se refiere a su cotización en dólares y que parece muy congruente con lo que vamos presenciando y que probablemente llegará a nuestro país, como casi todos los vientos del norte.

TENEMOS ESPERANZAS PENDIENTES EN LA GENÉTICA

De acuerdo con los estudios de Severinghaus en células neoplásicas de la médula ósea humana los cromosomas eran 48, lo cual se enseñó por muchos años, pero en 1955 supimos por los trabajos de Tjio que en realidad son 46 y, gracias a su procedimiento de detener la mitosis con colchicina, haciendo posible su conteo e identificación individual por pares, el estudio de las enfermedades genéticas sufrió un avance insospechado seguido pronto de las técnicas de bandeo. Aunque conocimos el código genético del ser humano en 2001, antes de lo programado, y a pesar de los rápidos avances de la genética molecular, los resultados

prácticos a gran escala que se preveían como inminentes no aparecen aún.³⁰⁻³³

Parece un conocimiento adquirido que el desgaste progresivo de los extremos de los cromosomas, llamados telómeros, es responsable del envejecimiento y se sabe algo de la biología molecular de estos sitios, pero no es previsible que esto vaya a ser utilizable como “fuente de la eterna juventud”.

Como un ejemplo de las dificultades por afrontar, en el cáncer del pulmón se han encontrado 33,000 mutaciones, inducidas muchas por el tabaco, y en el melanoma 23,000, pero no son constantes ni simultáneas y no se sabe aún cuáles combinaciones entre ellas pueden ser las causas del tumor. En el cáncer del cuello uterino hemos conocido antes a los virus involucrados en su causa y se han preparado vacunas contra éstos, pero es todavía incierta la patogenia molecular de la enfermedad.

Están en desarrollo múltiples antibacterianos y antibióticos nuevos de los que se espera mucho y hay promesa de encontrar la curación de la diabetes para 2030, entre otras enfermedades metabólicas. Por el momento, parece que la educación contra los malos hábitos será la mejor defensa contra la obesidad, la mencionada diabetes, la aterosclerosis, y así sucesivamente.

PROPUESTAS TERAPÉUTICAS

Teniendo ya un diagnóstico nosológico y conociendo su etiopatogenia y complicaciones, hablaré de cómo creo que podemos ayudar a curar a nuestro “enfermo” y restituirlo a la normalidad.

EL PRIMER PASO PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS ES TOMAR CONCIENCIA DE ELLOS Y ENTENDERLOS. Es importante evitar la ceguera y la sordera adquiridas ante el caos ideológico. Los “remedios” que creo factibles son:

1. Continuar el trabajo con devoción y actitud de servicio.
2. Tomar conciencia de que, como profesión, no somos héroes ni mártires, sino hombres y mujeres que respondimos a una vocación por la que debemos trabajar con honestidad y empeño, con entusiasmo y atención a los cambios para incorporarlos a nuestro quehacer.
3. Difundir información veraz y ponderada, comprensible por el público.
4. Fortalecer los Colegios y Asociaciones que nos dan coherencia, unidad y fuerza como grupo, nos enseñan como individuos y nos proporcionan elementos para

una defensa ante la injusticia: preservar el control interno y evitar injerencias extrañas.

5. Buscar y mantener contacto con los hacedores de leyes y hacerles llegar información objetiva para moderar sus excesos y prevenir sus desviaciones populistas o electoreras.
6. Tener conciencia clara de las obligaciones sociales pero sin caer en la falacia de lo que propone la corriente del “contrato social de la Medicina y la sociedad”.
7. Luchar por que exista una retribución equitativa que, además de permitirle al médico una vida satisfactoria sin excesos, le permita liberarse de preocupaciones sobre su salud y envejecimiento personales y la opción de constituir un patrimonio decoroso para su familia. Un horario de trabajo congruente con las condiciones de estrés en que frecuentemente trabaja e incentivos profesionales como la asistencia a cursos, congresos, sesiones académicas y otras oportunidades de mantenerse al día con los avances de su profesión, como lo exige la salud individual y social.
8. Establecer y exigir adecuadas condiciones físicas y ambientales de trabajo, así como el suministro del material y equipo que permitan otorgar con calidad el servicio que el paciente necesita y merece, en lo individual y colectivamente.
9. Establecer las relaciones de respeto y colaboración auténtica con otros colegas, y con los ejercitantes de profesiones afines.
10. Modular las ambiciones económicas personales a un nivel que permita una vida digna pero sin excesos ni lujos, en proporción al esfuerzo invertido para lograr los conocimientos y destrezas que exige la prestación del servicio que otorgamos y reconociendo que gran parte de nuestra profesionalidad la obtuvimos con fondos de la sociedad.
11. Volver a izar en alto la bandera cuya asta plantaron Hipócrates, Galeno, Celso, Sydenham y demás gigantes de la clínica y que han venido a consolidar en su base Ockham, y todos los científicos posteriores al Renacimiento que le han sucedido hasta llegar a nuestros días, en que ya tenemos una razonable orquestación entre clínicos, científicos y educadores y nos debemos acercar a los administradores y políticos, no para litigar, sino para trabajar en armonía hacia el objetivo común.
12. Exacerbar, afinar y aplicar oportunamente el juicio crítico para justipreciar los hechos, circunstancias y cambios, de modo de aceptar lo nuevo que sea valio-

so y decidir qué conservar de lo ya sabido: En esto consiste la sabiduría del médico: estar siempre en la vanguardia del conocimiento pero en guardia contra la simple moda.

13. Pugnar por restituir la dañada relación médico-paciente. Desprestigiar una relación afectiva olímpicamente como “paternalismo”, en una acepción peyorativa, es desdeñar una parte fundamental del acto médico y de las necesidades psíquicas y afectivas del paciente. Si bien es verdad que debe tomarse en cuenta la autonomía de éste, no debe olvidarse que este concepto nació de las ideologías políticas y económicas de moda en el siglo XIX y que ha sido amañadamente manipulado en el siglo XX y lo que va del XXI por intereses ajenos al auténtico beneficio del paciente.
14. Finalmente, estar conscientes y **difundir a todo el mundo que:**

La salud es un derecho natural, no una dádiva de nadie y que la Medicina no es una mercancía que se compra o se vende según las leyes del mercado.

PRONÓSTICO

La resolución, al menos parcial, de los problemas de salud de Hipócrates dependerá del empeño y perseverancia que pongamos nosotros mismos, sus seguidores, en la aplicación de la terapéutica y la prevención de las posibles eventualidades del futuro.

REFERENCIAS

1. Martínez-Cortés F. Ciencia y humanismo al servicio del enfermo. 2ª ed. México: Manual Moderno, 2003.
2. Bliss BP, Johnson AG. Aims and motives in clinical medicine. London: Pitman Medical Pub, 1975.
3. Oriol Anguera A, Espinosa Hernández P. Filosofía de la ciencia. México: IPN, 1994.
4. Inglehart R. The silent revolution; changing values and political styles among western publics. New Jersey: Princeton University Press, 1977.
5. Rosen G. De la policía médica a la medicina social; ensayos sobre la historia de la atención a la salud. México: Siglo XXI, 1985;p:50.
6. Fernández RA. Exordios, libro de ensayos. México: UNAM, 1982;p:51.
7. Rousseau JJ. El contrato social o principios de derecho político. 16ª ed. México: Porrúa, 2006.
8. Rousseau JJ. Discurso ¿Cuál es el origen de la desigualdad entre los hombres? ¿Está ella autorizada por la ley natural? México: Porrúa, 2006.
9. Editorial. Renegotiating medicine's contract with patients. Brit Med J 1998;316:1622-1623.

10. Harman D. Increasing healthy lifespan. *Ann N Y Acad Sci* 2002;959.
11. Lu C, Schneider MT, Gubbins P, Leach-Kemon K, et al. Public financing of health in developing countries: a cross-national systematic analysis. *Lancet* 2010;375:1375-1386.
12. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. New York: Carroll & Graf Pub, 1999;p:xv-xxi.
13. Hartzband P, Groupman J. Untangling the Web –patients, doctors and the Internet. *N Engl J Med* 2010;362:1063-1066.
14. Tauber AI. Confessions of a medicine man; an essay in popular philosophy. Cambridge: MIT Press, 2000.
15. Smith A. An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations. Norwalk: Easton Press, 1993 (1ª Pub. 1776).
16. Comte A. La filosofía positivista. México: Porrúa, 1989.
17. Barreda G. La educación positivista en México. México: Porrúa, 1978.
18. Satel S. P.C.M.D. How political correctness is corrupting Medicine. New York: Basic Books, 2000.
19. Campbell J, Oulton JA, McPake B, Buchan J. Removing user fees? Engage the health workforce. *Lancet* 2009;374:1966.
20. Gómez-Dantés O, Ortiz M. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. *Salud Pub Mex* 2004;46:585-588.
21. Frenk J, González-Pier E, Gómez Dantés O, Lezama MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pub Mex* 2007:Suppl. 1.
22. Seguro médico para una nueva generación. <<http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/smg.html>>. Consultado el 20/02/2008.
23. Hobsbaum E. Historia del siglo XX. Barcelona: Grijalbo Mondadori, 1995.
24. Schwartz LM, Woloshin S. Lost in transmission- FDA drug information that never reaches clinicians. *N Engl J Med* 2009;361:1717-1720.
25. Editorial. A collapse in integrity of scientific advice in the UK. *Lancet* 2010;375:1319.
26. Dzau VJ, Ackerly DC, Sutton-Wallace P, Merson MH, et al. The role of academic health science systems in the transformation of medicine. *Lancet* 2010;375:949-953.
27. Vázquez E. La no evidencia de la "evidencia". (En prensa).
28. Popper K. Conjeturas y refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico. Barcelona: Paidós, 1972.
29. Beuchot M. La semiótica. Teorías del signo y el lenguaje en la historia. México: FCE, 2008.
30. Pichot A. L'eugenisme. Paris; Hatier, 1995.
31. Collins FS. El lenguaje de Dios. Un científico presenta evidencias para creer. México: Planeta, 2007.
32. Editorial. The human genome project: 10 years later. *Lancet* 2010;375:2194.
33. Calado RT, Young NS. Telomere diseases. *New Engl J Med* 2009;361:2353-2365.