

LA MEDICINA DE MAÑANA (*)

Robert A. Moore, M. D.

President, Association of American Medical Colleges. Vice Chancellor, Schools of the Health Professions, University of Pittsburgh.

La persona que hable del "mañana" en medicina, está actuando en la misma forma que el obstetra que no podrá eludir sus errores. Después de un diagnóstico de embarazo, la verdad aflorará en poco menos de nueve meses. Afortunadamente son pocos, salvo en política, los que se toman el trabajo, después de una década, de releer un documento, de comparar las predicciones con los hechos resultantes, y de llamar la atención del autor o del profeta sobre sus primitivos errores.

El problema de planificar para el futuro es más pertinente en el campo de la educación que en cualquier otra área del esfuerzo humano.

Cuando proyectamos un programa para una parte de nuestra civilización y de nuestra sociedad, tales como la medicina o el mejor cuidado de la salud, debemos considerar la medida en que ese programa será influido por otros sectores de la sociedad. La sociedad es demasiado compleja y demasiado inter-relacionada hoy día para que cualquier programa o cualquier grupo se aísle a sí mismo y viva y trabaje en una torre de marfil.

Nos referiremos primero, a algunos aspectos de la vida en el mundo y en los Estados Unidos de hoy, los cuales han tenido, tienen y tendrán influencia sobre los planes de educación, investigación y atención en el área de la salud.

Uno de ellos, que debe ser estimado con prioridad, lo constituye la **industrialización de nuestra sociedad**. Estamos comenzando a recibir su total impacto en términos de nuevo desarrollo del área rural de la ciudad, suburbanización tanto del comercio como del hogar, mejores carreteras, para no mencionar sino algunos.

El cuidado de la salud está comprendido en este registro en diferentes formas. En primer lu-

gar, una nueva especialidad de medicina se ha desarrollado: salud ocupacional, medicina industrial... Médicos, enfermeras y otros, están aprovechando programas educacionales especiales para prepararse a servir en este campo. Resulta claro, entonces, que las Universidades deben organizar, en ritmo creciente, cursos oficiales y no oficiales que deben trabajar en estrecha relación con la industria. En la Universidad de Pittsburgh, la salud ocupacional es uno de los cinco departamentos principales en la escuela de salubridad para graduados, y nos proponemos darle el mayor auge en los próximos años.

Un segundo impacto está en la hospitalización. Nuestras ciudades crecieron en el siglo pasado y primera parte del presente, bajo un plan, consciente o no, de grandes hospitales en la ciudad principal. Desde la Segunda Guerra Mundial, han habido grandes expansiones y nuevas construcciones de los llamados hospitales suburbanos.

En Pittsburgh, de 1943 a 1953, el número de camas de hospital en la ciudad misma, aumentó en alrededor del 10%, mientras las camas del distrito suburbano aumentaron casi en un 30%. En el mismo período, el porcentaje relativo de nacimientos en los hospitales, del total de nacimientos en la ciudad y vecindades, aumento en un 3% en los hospitales suburbanos y bajó en igual proporción en los hospitales dentro de la ciudad. En otras palabras, cuando la gente trabaja y vive en los suburbios, ellos buscan, naturalmente, allí mismo la atención de su salud. De esto resulta que tenemos que desarrollar algún plan para integrar los programas de hospitalización.

Un segundo problema principal en la coordinación del cuidado de la salud, se relaciona con el **volumen creciente y la complejidad del cono-**

(*) The Journal of Medical Education. March 1956. Vol. 31, Supp. P. 73-78. (Report of a Conference on "The Education of Physicians for Industry", The Mellon Institute for Industrial Research. Pittsburgh, Dec. 6-8, 1955).—MEDICINE TOMORROW—Robert A. Moore, M. D.

Traducción completa de J. Martínez.

cimiento científico. La respuesta total a esto ha sido la especialización. Sin embargo, ésta, como en otros campos, ha carecido de todo tipo de unidad y coordinación. Cada profesión y cada especialidad ha constituido, en algún grado, usando un término común en América, un "grupo de presión". Muchos adelantos, en satisfacciones vitales y abundancia, han nacido de grupos de presión. Pero, de cuando en cuando, a medida que cada grupo avanza por sí solo, tenemos que considerar el conjunto y dar énfasis a una fuerza unificadora.

Estudemos, por vía de ejemplo, **la educación médica pre-graduado.** A medida que el conocimiento ha aumentado, la duración del programa educacional ha crecido, de unos pocos años de preceptiva en el último siglo a no menos de 13 años de educación "post-high school" hoy día, para un especialista, y creo que pronto cada médico será un especialista. El médico general hoy día es un especialista: difiere solamente de los que generalmente se llaman especialista en la extensión de su especialidad.

Han pasado los tiempos en que podíamos continuar agregando años a la educación a medida que los conocimientos aumentaban (en progresión geométrica). Es necesario volver a los fundamentos. En el plan de estudios médicos del pre-graduado, debemos procurar que el estudiante aprenda lo que debe ser conocido por todos los médicos. Esto debe incluir los procesos y hechos básicos sobre los cuales puede ser estructurado cualquier tipo de especialización y conocimientos futuros. Por ejemplo, en el campo de la salud ocupacional, la industria tendrá a la larga mejor atención de la salud si en vez de dictar cursos de salud ocupacional a los pre-graduados, reforzamos más bien la asignatura de Fisiología incluyendo experimentos y seminarios sobre fisiología ambiental básica; en el curso de Farmacología, si mostramos hechos fundamentales sobre los tipos y efectos de los agentes tóxicos; y en las clínicas y salas, si destacamos la relación de la enfermedad con el medio —la que en Inglaterra ha sido llamada "medicina social"—.

Siempre que yo considero este problema de la educación general versus la educación especial, recuerdo una situación durante la guerra. Había muchas sugerencias de que debíamos dictar cursos sobre medicina tropical, cirugía trav-

mática, tratamiento de accidentes en masa y otros. Sin embargo, cuando los británicos fueron sitiados en Tobruk y se evacuó a los enfermos y heridos por mar, se anunció que el 85 por ciento de los evacuados tenían las mismas enfermedades o lesiones existentes en la vida civilizada. El estudiante que tiene una sólida comprensión de la fisiología respiratoria y de la respiración con un tórax abierto, es igualmente capaz de manejarse con una herida de guerra penetrante de tórax, una lesión con fracturas en la industria y una herida por accidente automovilístico en que el volante ha penetrado en el pecho.

Lo que quiero decir es que en la medicina de mañana, lo que necesitamos en la educación médica del pre-graduado, no es más especialización, sino menos especialización y mayor énfasis sobre los procesos y hechos fundamentales, orientado esto a los problemas de una sociedad que evoluciona.

Un tercer factor principal en nuestra moderna sociedad, es la **variable edad de nuestra población** y la consiguiente variabilidad en la naturaleza y necesidades del cuidado de la salud.

El relativo aumento de viejos en nuestra población, es asunto que concierne a la industria y a todos los aspectos de nuestra sociedad, tanto como a la atención de la salud. Sin embargo, deseo citar algunas cifras de un reciente informe de la Comisión de Enfermedades Crónicas. Alrededor del 60% de las personas examinadas mayores de 60 años, padecían de alguna enfermedad crónica, mientras esa proporción era sólo de un 20% para aquéllos, de 20 años. La tasa por 1.000 de personas revisadas por artritis y reumatismo era de 14 para los de 15 a 34 años; 70 para los de 35 a 64, y 223 para los mayores de 65. Los días de cama por persona y por año a causa de incapacidad crónica, era de alrededor de uno a dos días para aquellos de 20 y de más de 5 días para los de 60 años.

¿Qué significación tienen estas cifras para la medicina de mañana? Mucha.

Primero, que la educación médica debe ser orientada, "no" especializada, hacia los problemas y enfermedades de las personas viejas. Tal como con la industrialización, los cursos de bioquímica y fisiología pueden perfectamente entrar en los cambios fundamentales del metabo-

mo con la edad. De esta manera, si el estudiante comprende lo fundamental de la acción de las drogas en las personas mayores, no necesitará seguir curso especial de administración de anestesia a pacientes mayores de 70 años.

Segundo, estimo que la variable edad de nuestra población significa que debemos dar mayor énfasis a la **rehabilitación**. Para plantearlo con claridad, sería posible que llegáramos a un punto en el que habría insuficiente cantidad de gente joven en trabajo para ganar lo necesario para sostener los grupos de avanzada edad, de incapacitados y retirados. Por esta razón económica, tanto como por razones humanitarias, es que debemos dirigir todos nuestros esfuerzos a hacer de cada persona un miembro completo de nuestra vida económica y social. La mayoría de las personas son más felices cuando son productivas y constituyen una parte necesaria a la sociedad.

Un **tercer** efecto de la población sobre el cuidado de la salud se refiere a la **necesidad de atención**. Si la demanda de atención fuera igual a través de la vida, las profesiones médicas podrían libremente aumentar en número en relación directa a la población. Pero, las personas mayores se enferman con mayor frecuencia y permanecen enfermas por más tiempo; de manera que cada individuo viejo agregado a la población dobla casi la necesidad de médicos, enfermeras, camas de hospital y otros items semejantes. Agréguese a esto otro aspecto de la vida moderna —la mayor utilización de los hospitales— y tendremos un problema mayor para la medicina de mañana.

Algunas cifras del Allegheny County, Penn.: en 1943 había una población de alrededor de 1.451.000 y había 6.083 camas de hospital. En 1953 la población era de 1.542.000 (aumento de 6,3%) y habían 6.936 camas de hospital (aumento de 14,0%). El índice de ocupación en estos 2 años fué de 82,96% y 82,62%, respectivamente. En otras palabras, un mayor aumento de 8% en las camas de hospital sobre la población no influyó en el índice de ocupación. En términos de días de hospital, esto significa aproximadamente 150.000.

Y, el fin de estas dos tendencias —aumento relativo en la población vieja y mayor utilización de los hospitales— no se divisa. En la segu-

ridad de que el público no está al corriente de lo que se ha hecho por las escuelas en la última década, para ayudar a la solución de este problema, permítaseme dar algunas cifras:

En 1945 había 78 escuelas de Medicina en los Estados Unidos y ellas aceptaron 6.135 alumnos nuevos. En 1954, diez años más tarde, había 81 escuelas que recibieron 7.489 alumnos, un aumento de 1:354, o sea, 22,1 por ciento. De los 7.032 estudiantes ingresados a las Escuelas de Medicina en 1949, 91% se graduaron en Junio de 1954, cinco años tarde. Estimamos que esto es todavía bajo y estamos preocupados de mejorar la selección y los programas educacionales.

Pero, volvamos al problema mayor, de cómo encarar las demandas crecientes de atención de la salud. Creo que está surgiendo una solución, que consistiría en un mayor y más amplio plan de atención sobre una base ambulatoria. Esto debe y puede aliviar la presión para ser admitidos en los hospitales y concentrar sus facilidades especiales sobre aquellos que realmente las necesitan. Una reorientación que diviso es el aporte conjunto del personal y facilidades de atención del paciente ambulatorio en la misma forma que disponemos para el paciente hospitalizado.

En estrecha relación se encuentra otro problema principal de la medicina de mañana: **el costo de la atención de la salud**. Cualquiera de nosotros que haya pagado facturas por una enfermedad prolongada en los últimos años podría certificar sobre este tópico.

Sin embargo, una solución a que debemos recurrir con mayor interés es la de "management engineering". Los procedimientos y técnicas de la atención de la salud han evolucionado en su mayor parte y no han sido planificadas. Pero hay muchos puntos desde los cuales podemos atacar el problema de los costos y bajarlos sin alterar la calidad. Ello se ha hecho en la industria y puede ser hecho en el cuidado de la salud.

La solución a través del Seguro es básicamente sólida. Al presente, el seguro disponible tiene tantas limitaciones y estipulaciones que no proporciona la protección que se necesita contra las enfermedades de carácter catastrófico. Lo que más necesitamos es el seguro contra el tope de la factura, no contra el fondo y ello, sin excepciones.

El punto final sobre la medicina de mañana que deseo considerar, es un cambio en el punto de vista desde la enfermedad a la salud, con referencia particular a la **salud mental**. Hemos nombrado aquí nuestro centro, el Centro de Salud de la Universidad de Pittsburgh, en vez de un centro médico, para poner ejemplos a ese punto de vista. Lo importante para el individuo es la preservación de la salud tanto física como mental.

Debe formularse un énfasis creciente sobre los servicios preventivos para todos. En la industria, los programas preventivos de seguridad han rebajado el índice de accidentes y economizado dinero a los empleados y empleadores. Si las escuelas profesionales de salubridad, a través de la investigación y la educación, pueden alcanzar tanto en la prevención de la enfermedad física y mental, la inversión que se haga tendrá que pagar grandes dividendos al pueblo americano.

Presiento que pronto podremos ver una nueva especialidad en el ejercicio de la medicina —un médico a quien la gente acuda para preservar su salud y prevenir la enfermedad— tal como hoy va a los cirujanos e internistas para curar sus enfermedades.

En el área de la salud mental, nuestra intervención ha cambiado desde el asilo de insanos al programa de atención institucional. Es claro

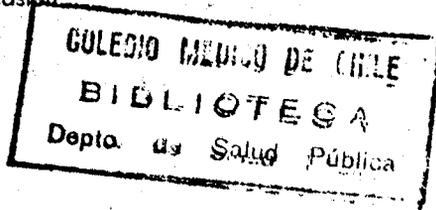
que no se dispone de suficientes médicos, enfermeras y ayudantes, y dinero para mantener la construcción y dotación de personal de más y más hospitales para internar a los mentalmente enfermos.

Debemos comenzar invirtiendo en la investigación para curar y prevenir, y en la preparación de hombres y mujeres que ayuden a las personas, niños y adultos, en los difíciles tramos de su vida, tal como en las Clínicas de Orientación Infantil (Child Guidance Clinics).

Un dólar invertido en velar porque un niño llegue a ser un elemento útil integrado a la sociedad, retornará multiplicado por mil.

Así, he llegado al término de mi intento de pintar, en pocos minutos, lo que veo en la medicina de mañana. He procurado tratar la interrelación entre la atención de la salud y la sociedad y la civilización en que ella existe y funciona. Los puntos que parecieron dignos de discusión fueron: Industrialización de nuestra sociedad, complejidad creciente de los conocimientos científicos, cambiante edad de la población, costo del cuidado de la salud y la importancia progresiva de los Servicios preventivos, particularmente en salud mental.

Hay seguramente otros, pero los dejaremos para otra ocasión.



"Die Medizinische Reform" que editaba Rudolph Virchow, en la cual planteaba la importancia de los factores sociales en la medicina, dejó de ser publicada después del fracaso de la revolución alemana de 1848. En su último Editorial, Virchow manifestaba lo siguiente:

"Nuestra tarea es de Educación. Debemos formar hombres capaces de dar la batalla del humanismo. Debemos aceptar nuestra tarea: educar al pueblo en lo concerniente a los problemas de la salud y ayudarlo a obtener la victoria final proporcionándole continuamente nuevos orientadores. La reforma médica que intentábamos llevar a cabo, era una reforma de la ciencia y de la sociedad. Hemos estudiado y debatido sus principios. Consideramos que ellos serán reconocidos aún cuando se suspenda la impresión de nuestra publicación".

Citado por H. E. Sigerist en "Medicine and Human Welfare", 1941, pág. 98.