

Venturas y desventuras de un médico, 50 años después

Preparar este editorial me sirvió para reflexionar sobre mis más de 50 años en contacto con la medicina. No siempre se pueden expresar los pensamientos con precisión, vivimos y sentimos más allá de lo que podemos expresar en palabras. Todo comenzó en 1959, con el exigente curso de ingreso que permitía no más de 500 alumnos. Terminada la carrera de Medicina, fui residente, jefe de sala, becario de la Facultad y el CONICET, Jefe de trabajos prácticos de fisiología en la añorada Escuelita, Jefe de Neumonología y, como docente, desde ayudante a Director de la Unidad Docente Hospitalaria del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, y en la actualidad Profesor Emérito.

Al analizar el fin de una carrera, o una parte de ella, no debemos idealizar el pasado, ni demonizar el presente. Lo primero por su inutilidad, lo segundo por su negatividad, sino pensar en mejorar lo futuro. Todos tenemos una herencia cultural, y una memoria que nos permiten discernir el camino a tomar para seguir avanzando sin resentimientos y sin indiferencia.

Siendo la medicina una de las profesiones más antiguas, la asistencia médica tiene una dimensión que le da forma y sentido, sentido que se va construyendo cuando se asume la tarea con dignidad y dedicación.

La primera reglamentación de la profesión médica parece haber sido la del *Código de Hammurabi* de Babilonia 2000 años AC. En Egipto los libros herméticos de Toth tenían preceptos de moral médica (deontología) y también preceptos científicos.

Los libros de Zendavesta y Vendia y el *Código de Manu* de la India y los libros de Confucio contribuyeron a la reglamentación del conocimiento médico. En Grecia, Hipócrates, con sus libros "*Éticos*", en sus preceptos y aforismos plasma un código de moral médica y la exaltación de la consagración al trabajo y al estudio, preceptos que aún siguen vigentes. Federico II en el siglo XII reglamentó el estudio de la medicina y los exámenes al final de los mismos y advirtió sobre la no prescripción de medicamentos nocivos. En el libro *Consejos*, de Averroes se hizo presente la influencia árabe, siendo Maimónides su mayor representante. Descartes proclamaba que la medicina es una ciencia natural, moral y humanitaria con un objetivo fundamental, el promover el bien de la humanidad. Kant diría que hacer algo guiado por un buen sentimiento es un deber y es ético, pero si se obrara por coacción sería solo jurídicamente correcto, ya que como es sabido muchas veces lo ético y lo legal divergen. En su "*Crítica de la razón pura*" se pregunta qué puede conocer, en la "*Crítica de la razón práctica*", qué debe hacer, y en la "*Crítica del juicio*", qué está permitido esperar. Todas estas preguntas son las que nos hacemos cotidianamente.

La sociedad exige del médico preparación científica, habilidad, idoneidad y moral, todas ellas cualidades que posibiliten un vínculo basado en la confianza. Confianza que se va perdiendo con la introducción de terceros elementos (prepagas, organizaciones sociales y sindicales, administradores de salud, etc.) que transforman ese acto único de relación médico-paciente en uno de prestador-cliente. Un tema del grupo musical *Divididos* atrajo mi atención: "*Qué ves cuando me ves*". Parfraseándolos, me preguntó ¿qué ve una persona cuando ve a un médico?, ¿qué pretende que sea?, ¿cómo se lo imagina? Debe haber muchas respuestas a este interrogante, ¿pero qué vemos los médicos cuando dirigimos la mirada hacia nosotros mismos?, ¿seres felices llevando a cabo nuestra vocación?, ¿personajes sufrientes tratando de aliviar el dolor ajeno, sin aumentar el propio y el de nuestras familias?, que dicho sea de paso, nos acompañan en todas las circunstancias. Cada uno tendrá su respuesta, seguramente transitoria.

Mientras la población aumenta a un ritmo del 1.5% anual, los médicos lo hacen al 5%, lo cual paradójicamente lleva a una despersonalización en la atención y transforma al médico en una variable de ajuste de una economía en crisis. La misma sociedad que exige, debería posibilitar los elementos indispensables para el libre ejercicio de la profesión.

El espíritu médico tiene tres fundamentos: técnica científica, sensibilidad y amplitud de criterio. O sea, una mezcla de sensatez y sentimiento.

La medicina cambia no solo por el progreso técnico y científico sino sobre todo por los valores. Ni médicos ni pacientes son lo que eran hace unas décadas. La apertura de la información médica es un soplo de aire fresco y viene de la mano de la bioética y el fin del paternalismo. Si desde *Hipócrates* el paciente era el que no sabía y el médico el que administraba su sabiduría en beneficio del enfermo, ahora son ambas partes las que gestionan de mutuo acuerdo la incertidumbre de cualquier acto médico. Esta descripción solo tiene en cuenta un modelo sanitario simple, constituido por dos agentes: médico y paciente. Más adelante, con formas más complejas de asistencia, aparecen dos nuevos agentes fundamentales: el complejo industrial-sanitario y el tercer pagador. Todo encuentro entre el profesional de la salud y el demandante de ayuda requiere un entorno de confianza. Algunas consultas por el grado de intimidad, la intensa carga emocional o el carácter "sensible" de los problemas, deben considerarse "sagradas", ya que en ellas el paciente expone su cuerpo y su alma en unos minutos de entrevista (el término "sagrado" debe entenderse en un sentido metafórico, que da cuenta del clima de respeto e intimidad necesario). Es evidente la necesidad de que tales consultas se efectúen sin prisa, con serenidad, de modo que, sin durar más que una consulta normal, estén libres del ajetreo diario.

Como suele ocurrir en las relaciones humanas, el encuentro clínico no siempre se corresponde con la situación ideal. Muchos factores interfieren diariamente en las consultas y, por extensión, en la relación clínica; por un lado, elementos materiales como la masificación, la falta de recursos, la limitación del tiempo debido a la demanda, por otro, factores subjetivos como la ambigüedad, la mala expresión de la demanda, la falta de sinceridad de algunos pacientes y, por parte del médico, los prejuicios personales, la equivocación en la interpretación del sentido de la demanda, y quizás más factores aún... Así, la consulta en la que se crea una relación médico-paciente ideal (o simplemente adecuada) no siempre se produce.

La queja se caracteriza por la falta de respuesta que un paciente tiene al expresar un malestar; la demanda, por el contrario, incluye de manera explícita una expectativa, es decir, solicita de forma abierta un diagnóstico o tratamiento de un mal.

La distinción entre ambas permite ordenar los materiales de la anamnesis y, cuanto antes se produzca en la entrevista, tanto mejor. De este modo, se puede elaborar un "mapa de demandas y de quejas" (formado por los síntomas que el paciente refiere de manera consistente en un momento temporal y que le suponen un *discomfort*, con o sin expectativa de ser resuelto por el profesional).

El médico (consciente de que lo que primero aparece como queja, después quizá aparezca como demanda) puede aprovechar una queja y actuar como si ésta expresara una demanda, anticipándola y previéndola, con las importantes consecuencias para la satisfacción del paciente y el ahorro de tiempo. Por otro lado, la distinción entre queja y demanda no solo favorece un mejor diagnóstico y mejora la comunicación en la relación clínica, sino que, además, permite analizar los componentes verbales y no verbales que ayudan a enjuiciar la verosimilitud y la consistencia de los síntomas.

Este último aspecto nos conduce, finalmente, al papel del sentimiento como una de las dimensiones a tener en cuenta en el análisis de la relación clínica. Tradicionalmente, los médicos han considerado que su actividad consistía en ayudar a las personas ante los problemas de salud y enfermedad, con conocimientos técnicos y atendiendo a ciertos criterios morales. El desarrollo en los últimos años de

la llamada *narrative based medicine*, que aspira a recuperar las dimensiones menos objetivas de los pacientes (como complemento a la medicina basada en pruebas: *evidence based medicine*, que pretende una clínica basada en el método científico experimental), ha puesto de manifiesto la importancia de atender también a la naturaleza narrativa de la experiencia de enfermar y a los elementos subjetivos e intuitivos de la enfermedad. Por ello se ha propuesto analizar el papel del sentimiento en la relación clínica como herramienta que favorezca la articulación satisfactoria entre las demandas del paciente y la respuesta del clínico. En esta línea, la distinción entre las nociones de emoción, actitud y sentimiento puede ser un buen punto de partida que se desarrolla con el estudio de la noción de sentimiento a lo largo de la historia del pensamiento y de la clínica.

Aunque todavía se practica en algunas facultades, el *Juramento Hipocrático* es actualmente casi un rito. En 1949, tras la II Guerra Mundial y el conocimiento de las atrocidades de algunos médicos en la Alemania nazi, y en otros países, la *Asociación Médica Mundial (WMA)* elaboró un *Código Internacional de Ética Médica*, revisado después varias veces, en el que se detallaban los deberes de los médicos y se agregaba una promesa muy pertinente: "No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente". Una de las versiones del *Juramento Hipocrático* más aceptadas es la que escribió en 1964 el farmacólogo Louis Lasagna, usada en muchas facultades de EE. UU. Dice cosas tales como: "Recordaré que en la medicina hay arte al igual que ciencia, y que la cordialidad, simpatía y el entendimiento pueden tener mayor peso que el bisturí o el fármaco". O: "No me avergonzaré de decir 'no sé', ni dejaré de llamar a mis colegas cuando las habilidades de otro se necesiten para la recuperación de un paciente".

El principio de beneficencia queda bien expresado en los juramentos, pero hace falta que también el principio de autonomía sea considerado. Junto con el de justicia, estos son los dos grandes principios de la ética médica. Si el médico está obligado a buscar el beneficio del paciente y éste tiene el derecho y el deber de tomar decisiones informadas, a las autoridades sanitarias les corresponde ser justos en la gestión de los recursos. Más que paternalismo y juramentos, lo que la medicina necesita es el compromiso moral de médicos y pacientes, y que la sociedad entera profundice en la saludable cultura del acuerdo, para conciliar sus respectivos derechos y deberes.

Gracias a la genómica, la neurociencia o la investigación con células madre, entre otras nuevas fronteras de la ciencia, el panorama de la biomedicina puede ser muy diferente en pocos años. El proyecto del *International Cancer Genome Consortium*, que pretende secuenciar en cinco años 500 genomas completos de los 50 tumores más frecuentes, podría significar el abandono de la clasificación anatómica de los dos centenares de tumores conocidos, y su reemplazo por una clasificación genética más eficaz para enfocar el pronóstico y el tratamiento. Los secuenciadores ultrarrápidos están reduciendo el tiempo invertido y el coste de un genoma completo y se convertirá en una prueba casi rutinaria. Cada descubrimiento científico se genera de una manera singular. Sin embargo, resulta a menudo posible anticiparlo en base a algunos factores claves. Muchos de esos ingredientes resultaron importantes en el descubrimiento de la telomerasa: Carol Greider, galardonada con el Premio Nobel de Medicina 2009, junto a Blackburn EH y Jack Szostak comentó que sus investigaciones intentaban entender cómo funcionan las células y que su objetivo no estaba puesto en identificar aplicaciones a la medicina, enfatizando que el apoyo a la ciencia impulsada por la curiosidad es importante. A comienzos de la década de 1980, a ningún investigador se le hubiera ocurrido desarrollar tratamientos para el cáncer estudiando la conducta de los cromosomas del protozoo *Tetrahymena*.

El diálogo entre científicos de campos muy diversos, el hecho de prestar atención a hallazgos inesperados y el coraje de asumir el riesgo que supone realizar experimentos que, a primera vista parecen irracionales, da sus frutos.

No todas las expectativas están ligadas a la genómica, las neurociencias prevén que en solo un lustro esté disponible el mapa completo de una columna neuronal, la unidad anatómica y fisiológica del cerebro. Aunque será de rata, cabe pensar que el salto a humanos será rápido y supondrá un gran avance para conocer las alteraciones de los circuitos del cerebro asociadas a la esquizofrenia, la depresión, el Alzheimer y tantos otros problemas de salud mental. Estos avances ayudarán, sin duda, a interpretar mejor las neuroimágenes funcionales del cerebro humano, un ámbito en el que la tecnología disponible está claramente muy por delante de los conocimientos neurológicos. ¿Y qué decir de la promesa de las células madre, de los injertos bioartificiales y de la terapia celular en general? Aunque es imposible anticipar avances concretos, está claro que esta área de la medicina es una de las que más expectativas despierta.

Otros avances extraordinarios han sido la ingeniería genética, la nanotecnología, la proteómica, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones. Al mismo tiempo, la socialización y la ya mencionada participación de organizaciones de salud, tienen cada vez más ingerencia en la práctica cotidiana, alterando la asistencia y llevando a pedir estudios inútiles o dejando de hacer prácticas por no ser avaladas. La atención médica se ha transformado en muchos lugares en un acto frío, anónimo, rápido, y el escuchar al paciente, en algo olvidado. La confianza y confianza imprescindibles en la día-médico-paciente, se ha vuelto desconfianza mutua. Perdimos el saber tratar enfermos y aprendimos cómo tratar enfermedades. Vamos en el camino de superar a Sísifo, cargando una y otra vez el peso del sufrimiento de los pacientes, pero no aun a Tiresias, el adivino ciego que mediaba entre los vivos y los muertos y podía entrever el futuro aunque no cambiarlo. Como él, diagnosticamos y pronosticamos, pero algunas veces no podemos cambiar el curso de la enfermedad. Si no hay encuentro entre dos seres no hay relación clínica. El hambre se trata con igualdad y justicia, las pestes y enfermedades transmisibles con planes de salud pública, etc., y estas no son tareas de los médicos sino de la sociedad toda. Para que esta sociedad cumpla su rol, un paso primordial es la educación, que es la que decidirá el destino de la sociedad futura. Por el camino de las cavilaciones, fui llegando a un concepto de la ciencia, como aquello que disminuye la incertidumbre en forma sistemática y combate el autoritarismo, los mitos y contribuye a cambiar el dogma por el episteme. Los directores de hospitales y clínicas tratan de aumentar en número de pacientes atendidos a la vez de dispensar la mejor calidad con el menor costo. La mayor parte de los hospitales tienen además, o deberían tener, funciones docentes y de investigación que muchas veces son dejadas en segundo plano, pese a ser el sustento de una buena medicina. Los médicos investigadores están desapareciendo, fueron reemplazados por biólogos y bioquímicos, no por culpa o maldad de éstos sino por el cambio de los paradigmas científicos y la deficiente formación que otorga la Facultad de Medicina en investigación. Investigación Clínica no es enviar publicaciones “a propósito de un caso de...”, o ejecutar protocolos de investigación farmacológica. La investigación clínica está en crisis, y se confunden estos términos. Si bien es indispensable el aporte de la industria, este aporte debiera ser monitoreado y regulado por las autoridades correspondientes.

En la investigación se plantean falsas antinomias: “la investigación dirigida vs. la libre”, “la básica o la aplicada”, cuando todas estas pueden cohabitar. No hay una investigación básica, ya que siempre en algún momento tendrá aplicación. No debe confundirse ciencia con tecnología. La ciencia pertenece a un campo conceptual y cultural cuyos resultados están influidos por las condiciones sociales y solo a través de la tecnología pueden ser aplicados a un sistema productivo. En el año 2000 Claude Lenfant¹, Director del Instituto Nacional de la Salud de EE. UU., decía: “entramos en una era de excitación

y desafío en las ciencias de la vida en las cuales hay un cambio vertiginoso. Se necesita capacitación en informática, bioestadística, computación, fisiología, y medicina social y del comportamiento y hacer alianzas sustentables entre la academia y la industria, así como entrenamiento multidisciplinario y trabajo en equipo uniendo las fuerzas y elementos de distintas instituciones. Se requiere también reclutar y retener investigadores, atraerlos en etapas tempranas del estudio, y hacer del 'mentor' un trabajador especializado, ya que los que entrenamos ahora son nuestro futuro" Debemos también luchar contra el riesgo del profesionalismo que convierte en algo rutinario y burocrático lo que antes era placer, frescura y entusiasmo, y se hacía por amor.

Las Universidades tienen dos funciones: crear conocimiento mediante la investigación y transmitirlo por medio de la docencia. El papel de la Universidad es crear, criticar y difundir una nueva cultura manteniendo una relación dialéctica con la sociedad. En el ámbito biomédico se añade una tercera función, que es la asistencia. Por tanto, los universitarios vinculados a la sanidad tenemos la obligación de realizar en mayor o menor grado las tres funciones: asistencia, docencia e investigación. Incluso aquellos médicos sin una clara vinculación a la universidad, suelen mejorar su capacidad asistencial, si dedican una parte de su tiempo a la investigación, porque esta tarea les permite vislumbrar que cuando se profundiza en una materia concreta, las cuestiones son mucho más complejas de lo que parece a simple vista.

En 1988 el Dr. Alberto Agrest publicó en Medicina (Buenos Aires) un artículo sobre las cualidades deseables en los médicos; la inquietud científica no figuró entre los residentes y aspirantes a profesores, así como tampoco la curiosidad². ¿Por qué preferir el conocimiento como un camino largo y complejo al utilitarismo de la posesión inmediata?

Vivir para servir agrega matices distintos a la idea de trabajo, aunque ese servicio/ trabajo nos traiga cotidianamente sinsabores y fracasos, a la par que satisfacciones y la gratitud de nuestros pacientes.

Hace cincuenta años se consolidaban en la Argentina las Residencias gracias al impulso de personas como los Dres. Mario Brea, Alfredo Lanari y Andrés Santas.

La incorporación masiva de las mujeres al quehacer médico aportó su inteligencia, dedicación y sensibilidad. Se ha avanzado también en la comprensión más profunda de la relación médico-paciente, cambiando el halo de beneficencia paternalista que rodeaba el acto médico por una actitud de respeto y corresponsabilidad.

El trabajo solitario se ha visto reemplazado por el trabajo en equipo, la medicina se ha tornado más científica y eficaz, pese a lo cual ha crecido el número de médicos descontentos y pacientes insatisfechos.

La mejora en la calidad de vida y la salud no se alcanzan solo a través del conocimiento de nuevas entidades nosológicas ni en la utilización, a veces excesiva, de fármacos de escasa eficacia, sino, y principalmente, con la educación, la profilaxis, el acceso al agua potable y a los alimentos y vivienda básicos. Un ejemplo es el otorgamiento del Nobel de Medicina a los Dres. You You Tu, Campbell y Omura por sus trabajos sobre el tratamiento de la malaria y las parasitosis, enfermedades casi olvidadas en los países desarrollados. Estas problemáticas superan al médico en su acción individual y nos concientizan que una importante meta debería ser el cuidado de las condiciones necesarias para la conservación de la salud, sin descuidar las curas de las enfermedades, el uso de los cuidados paliativos y evitar la medicalización de la sociedad, tanto como la exageración en la comunicación y el mal uso de las facilidades cibernéticas.

El día que estas ideas, así también como la de vivir para servir, sean una rutina y no sea necesario recordárnosla como un deber, el mundo quizás sea mejor; podremos asistir al intercambio entre dos personas -médico y paciente- como el de una que confía y la otra con predisposición a proteger y cuidar. Al perder las ilusiones, seguimos existiendo pero no viviendo. Trasmitir nuestra experiencia a las nuevas generaciones y nutrirnos de su energía nos ayudan a seguir tratando ser buenos médicos

Los poetas siempre expresan lo profundo del ser humano, he aquí una poesía de Mario Benedetti.

¿Qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de paciencia y asco?
¿sólo grafitti? ¿rock? ¿escepticismo?
también les queda no decir amén
no dejar que les maten el amor
recuperar el habla y la utopía
ser jóvenes sin prisa y con memoria
situarse en una historia que es la suya
no convertirse en viejos prematuros
¿qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de rutina y ruina?
¿cocaína? ¿cerveza? ¿barras bravas?
les queda respirar / abrir los ojos
descubrir las raíces del horror
inventar paz así sea a ponchazos
entenderse con la naturaleza
y con la lluvia y los relámpagos
y con el sentimiento y con la muerte
esa loca de atar y desatar
¿qué les queda por probar a los jóvenes
en este mundo de consumo y humo?
¿vértigo? ¿asaltos? ¿discotecas?
también les queda discutir con dios
tanto si existe como si no existe
tender manos que ayudan / abrir puertas
entre el corazón propio y el ajeno /
sobre todo les queda hacer futuro
a pesar de los ruines de pasado
y los sabios granujas del presente.

Guillermo B. Semeniuk

e-mail: gsemeniuk@intramed.net

1. Lenfant C. Shattuk lecture: clinical research to clinical practice: lost in translation? *N Engl J Med* 2003; 349:868-74.
2. Agrest A. Cualidades deseables de los médicos. *Medicina (B Aires)* 1988; 48:201-11.