

Qué nos puede enseñar la medicina del pasado reciente?

Me pidieron un título para una charla y quedé atrapado. Elegí un título al azar y esto me obligó a escribir para asegurarme que digo lo que quería decir con método y con orden. Adiós a la charla informal.

El pasado reciente es mi pasado. Inicialmente tenía que descubrir qué era ser un buen médico, eso que ahora llamamos calidad, y que no es otra cosa que, simplemente, no frustrar las expectativas propias y las de los demás. Ser utópico, que es más divertido y estimulante, sin esperar que la utopía se haga realidad pero sí que demos un paso adelante hacia ella.

Las preguntas que me formulé fueron: ¿qué expectativas?, ¿las expectativas de quiénes?

Respondo a la primera pregunta. Las expectativas eran: que fuera un buen médico, esto es que estuviera bien informado; que tuviera experiencia, ambas, unidas indisolublemente constituyen el conocimiento, aisladas el disparate médico, la erudición como obesidad informativa o el charlatanismo; que supiera cuándo aplicar los conocimientos oportunamente, esto es sabiduría; que tuviera la voluntad de hacerlo o conseguir que se hiciera y, finalmente, que todo esto fuera con afecto, comprensión y respeto, y que todo se anteponga a los intereses de ganar dinero, poder, prestigio o fama. A esta priorización la llamamos ética. Estas expectativas, por otra parte, no han cambiado desde la época de Hipócrates, pasando por Maimónides y por William Osler.

Lo que sí ha cambiado es:

1. La información se ha facilitado... pero expandida al grado de hacerla inabarcable y hasta de dudosa veracidad.
2. Las residencias médicas han permitido multiplicar la experiencia.
3. Se espera que lo que hagamos sea al menor costo económico para los pacientes y las organizaciones médicas, lo que incluye, siempre, el menor precio de nuestro servicio.

Vamos ahora a la segunda pregunta ¿quiénes tenían esas expectativas? Esto sí que ha ido cambiando, y mucho, en los últimos cincuenta años. Desde siempre estas expectativas eran las de los mismos médicos, consideradas, también desde siempre, evidencias de vocación, que no era otra cosa que el reconocimiento que se tenía de estas aptitudes en forma natural.

Es cierto que ese reconocimiento se tiene desde el espejo en que nos miramos, la mirada interior, espejo por lo general con indulgencia, con condescendencia y que prefiere el consuelo a la franqueza. Dicho esto les confieso que durante casi treinta años, los primeros treinta, creí que podía cumplir con esas expectativas. En los últimos treinta, progresivamente, me fui sintiendo más perplejo hasta llegar a la resignación que no podía cumplirlas, y que eso era sólo cumplible por un conjunto más que humano de asociación de capacidades individuales comprometidas en un objetivo común: El beneficio del paciente y el aumento del conocimiento. Esto es lo que, de algún modo, deberemos trasladar a la medicina ambulatoria.

La expectativa de calidad era, en el pasado, no sólo de los médicos sino también la de los pacientes. No de todos, pero sí de los que pagaban por el servicio. De todos modos los que pagaban elegían libremente a sus médicos por su prestigio. Mi definición de prestigio es que se trata del reconocimiento social de los que no están en condiciones de evaluar por falta de conocimiento.

Pero la relación médico paciente era tan asimétrica que las exigencias, aun de esos pacientes, resultaban muy morigeradas. El resto recibía la atención médica como una beneficencia a la que no se exige nada y que los médicos prodigaban con arrogante displicencia. Las enseñanzas de Maimónides se habían olvidado. Las cosas han cambiado sustancialmente, todos se han acostumbrado a exigir que se satisfagan sus derechos. Y del derecho a la salud se espera que los médicos sean sus garantes. Estos objetivos pueden ser o no ser razonables, pero siempre están estimulados por intereses económicos o políticos y crean una angustiante frustración, que no es sino el resultado de un alejamiento excesivo de la realidad.

Lo que los médicos descubrimos es que somos una pieza, a veces insignificante, para satisfacer ese derecho y que esa satisfacción depende de los recursos de los sistemas de salud, de los recursos económicos, técnicos y de personal apto. Pero los recursos nunca son suficientes si no existe una firme voluntad y capacidad para usarlos en forma adecuada.

Los médicos, atentos al progreso vertiginoso de los conocimientos, nos hemos auto impuesto satisfacer también las aspiraciones de las organizaciones encargadas de vigilar nuestra formación, que certifican nuestros conocimientos y acreditan nuestra actividad. Estas esperanzas han sido formuladas por los propios médicos y demuestran una admirable responsabilidad. Sin embargo, la organización burocrática de estos controles poco tiene que ver con una evaluación adecuada de las capacidades médicas y de su efectivización.

Mi propuesta para la evaluación sería: Primero, los médicos deberían presentar anualmente a las entidades certificadoras una lista de lo que han incorporado y lo que han desechado de su práctica clínica en el campo de la anamnesis, del examen físico, de los exámenes complementarios, del tratamiento, del pronóstico, de su docencia con los pacientes y los comentarios de las razones que justificaron esos cambios. Todo esto hasta para las exigencias expresadas en guías y normas. Segundo: los médicos deberían presentar un informe calificativo del jefe del servicio al que concurren y que representaría su aval.

La otra expectativa que deberíamos satisfacer es la de nuestros empleadores, que consiste en generar el menor gasto posible: reducir y limitar las internaciones, indicar el menor número de exámenes auxiliares, el menor número de indicaciones terapéuticas y, sobre todo, atender el mayor número de pacientes en el menor tiempo posible. Todo esto sin percibir la incoherencia interna de estas exigencias ya que el menor tiempo se compensa con más indicaciones, más prescripciones y más consultas que, en definitiva, representan mayor costo y una suerte de selección de pacientes obsesivos a quienes no desalientan los permanentes obstáculos. Los gerencadores de la medicina creen que los obstáculos defenderán sus costos cuando, en realidad, sólo consiguen que pacientes menos obsesivos se desalienten y abandonen la atención médica.

A estas expectativas se agregan las del grupo familiar, que depende económicamente del paciente y afectivamente del médico, y que espera medios y tiempo de atención de los médicos que no se logran. A todo esto es lo que he designado como "el acoso a los médicos".

Otro aspecto fundamental que ha cambiado es que hasta hace unos treinta años los médicos tratábamos enfermos con padecimientos activos que se traducían en síntomas, la prevención era tarea de sanitaristas y programas de salud pública.

Desde hace treinta años la medicina preventiva nos ha convertido en simples agentes, *dealers*, del complejo médico-industrial. Hasta entonces, y desde siempre, los médicos nos formábamos como detectives, adquiriendo y aplicando conocimientos a lo Sherlock Holmes, retroductivamente, de lo particular a lo particular, de un limitado número de casos a un caso particular, y a eso lo llamábamos experiencia y la respetábamos como un acercamiento a la verdad. Hoy esto sólo sigue ocurriendo en la internación, en la medicina ambulatoria predomina tener que aplicar una tarea preventiva que con frecuencia

pierde de vista los objetivos médicos o los resuelve como una rutina. Para eso no necesitamos ser detectives, alcanzaría con ser un robot elemental producido por la industria farmacéutica.

Desde hace treinta años la actividad médica pretende basarse en evidencias, las evidencias demostrativas exigen tal número de casos que casi siempre supera la posibilidad de una experiencia personal. La evidencia demostrativa se consigue con estudios multicéntricos, que se realizan por encargo del complejo médico-industrial y constituyen la base de la medicina basada en la evidencia.

La evidencia es evidencia probabilística y constituye la base del conocimiento científico. Les recuerdo que mencioné al principio que conocimiento es la suma de información y experiencia, y sabiduría es aplicar este conocimiento oportunamente, esto es lo que he llamado medicina basada en la importancia.

La ciencia sólo es tal si se tamiza por lo que llamamos sentido común y ética, de lo contrario es sólo cientificismo.

Hace sesenta años me tocó vivir la incorporación de la ciencia a la medicina, que hasta ese momento era casi exclusivamente un arte; el riesgo actual es que estemos en el camino del cientificismo, que es desarrollar recursos y precisiones fútiles.

En los últimos veinte años la medicina ha pasado a ser dominada por la economía, y la investigación médica se dedica a los problemas con perspectiva de renta. En ese terreno los investigadores clínicos parecen simplemente cumplir con la función de reclutar pacientes para los protocolos de investigación elaborados por la industria.

Hoy asisto al ocaso de la semiología, sustituida por el resplandor de ecografías, eco *Dopplers*, tomografías y resonancias magnéticas, más exactas pero menos desafiantes para el médico e inmensamente más caras. Asisto al ocaso de la fisiología y la bioquímica, sustituidas por la biología molecular y la genética, un nivel más difícil de visualizar con la imaginación. Asisto a la obsolescencia del lenguaje que conocía

Lo que mantiene su vigencia es aún la anamnesis. El presente está condenado a ser vuestro pasado, no sé cuánto se conservará del presente, pero estoy seguro que la anamnesis será tan importante como siempre.

Responder a las exigencias del crecimiento de los conocimientos y los recursos abarcables hace sesenta años por un médico se ha ido haciendo inabarcable, creando la necesidad de especialistas y subespecialistas. El resultado ha sido que a los clínicos el bosque no les deja ver los árboles, y que a los especialistas las ramas ya no les deja ver ni los árboles ni el bosque.

La verdad es que creo que el problema es el tiempo, el tiempo que dedicamos a nuestros pacientes, el tiempo de escuchar y de examinar, que también debe incluir el tiempo de información y reflexión para corregir la apoptosis de nuestros conocimientos.

La pregunta es si alguien está dispuesto a pagar ese tiempo. Hoy la solución ha sido reemplazar el mucho tiempo de uno por el escaso tiempo de muchos. Pero persiste el problema: nadie está dispuesto a pagarlo.

Alberto Agrest

e-mail: aagrest@arnet.com.ar