

EL ROL DEL CLÍNICO EN EL AÑO 2000

ALBERTO AGREST*

La elección de esta charla demuestra una doble ingenuidad: la primera, creer que un fenómeno social es previsible, y la segunda, creer que yo pueda hacer ese pronóstico. Seguramente, cualquier astrónomo será capaz de informarnos cuál será la posición de Neptuno el 11 de septiembre del año 2000, pero los médicos hemos dejado de ser astros y los fenómenos sociales no se mueven con la regularidad de aquéllos.

Los médicos tenemos una visión deformada de los fenómenos sociales debido al hábito cotidiano de hacer pronósticos y acertar (con suerte) con una frecuencia mayor a la que permitiría el azar. Esta capacidad pronóstica acerca la medicina a la ciencia y, por otra parte, el resultado de los pronósticos sociales nos demuestra que las "ciencias" sociales no son ciencias.

Lo que ustedes me piden es un pronóstico social. Ese pronóstico puede estar teñido por la nostalgia del pasado con la importancia de la figura del médico y por la admiración de

los logros técnicos del presente y los que avizora el futuro; y todo esto atravesado por el terror que causa la invasión de la economía en la actividad médica y en la organización médica.

Por suerte, ustedes son prudentes y preguntan sobre lo que ocurrirá en el año 2000 y no en el siglo XXI; es difícil que dentro de 3 meses las cosas sean muy distintas de lo que son ahora, aunque haya pocas dudas de que la mayor parte de los médicos estará peor.

El rol del clínico del año 2000, en algún sentido, no será distinto al del año 1999 ni al del 400 antes de Cristo que nos atribuía Hipócrates; será, como siempre, satisfacer las demandas de los pacientes y sus colegas, de sus empleadores y de la justicia.

Quizás los pacientes ya no demanden humildemente comprensión y consuelo, basados en lo que era una confianza inalterable en el médico a la espera de una beneficencia, muchas veces displicente y casi siempre arrogante; quizás ya no demanden más tiempo porque habrán aprendido a conformarse (ya en mi infancia oía decir "más breve que una visita de médico" para referirse a algo muy breve). Sí,

demandarán más exámenes complementarios, más referencia a especialistas, más tratamientos preventivos, todas las demandas del alto consumo que estimula el complejo médico-industrial, tecnológico y farmacéutico y esa demanda será más agresiva, alimentada por la desconfianza.

El elemento más importante en la relación médico paciente era la confianza del paciente en su médico. Esa confianza se fundaba en que al médico le preocupaba su paciente y la demostración más tangible de su preocupación era el tiempo que le dedicaba. Las retribuciones magras han empujado a los médicos a dedicar menos tiempo a sus pacientes. Se genera así una desconfianza potenciada por el desprestigio de la formación médica y la paranoia estimulada, quizás en forma inconsciente, por el complejo médico-industrial que informa al público tendenciosamente para que demande sus productos. Quizás, después de todo, ese estímulo a la desconfianza no sea tan ingenuo e inconsciente si, de hecho, genera ganancias.

Toda promoción de un producto encierra el conflicto de intereses entre la sinceridad que

Conferencia pronunciada en la Sociedad Interuniversitaria de Medicina Interna de Rosario, el 11 de septiembre de 1999.

obliga a decir la verdad y el interés económico que obliga a obtener rentabilidad. Demasiada gente ha aprendido a no decir la verdad sin mentir. Universalizar las conclusiones válidas en áreas restringidas, comunicar resultados porcentuales sin especificar los datos absolutos y referir probabilidades como estadísticamente significativas sin advertir la significación para la salud son los mecanismos más comunes de no decir la verdad trascendente sin mentir.

Los médicos herederos de los principios científicos que priorizan la verdad deben enfrentar la priorización de la renta de sus empleadores y del complejo médico-industrial.

El resultado de todos estos factores será el deterioro de la relación paciente-médico, al paciente le dará lo mismo quién lo atiende y hasta ocurrirá que no recuerde quién lo atendió, al médico ignorado le resultará más fácil olvidar su compromiso con el paciente y privilegiará su relación con su empleador.

La medicina gerenciada, destinada a la contención racionalizada de los gastos, se ha transformado pre eminentemente en una defensa de la renta de los inversores. Los médicos nos resistimos a racionalizar nuestras conductas y terminamos pagando el despilfarro que ocasionamos.

Esta medicina gerenciada habrá de encontrar su nicho en el currículum médico y conceptos utilitarios desplazarán a los conceptos humanitarios. En el mejor de los casos, el conflicto ético enfrentará el deber de confortar y defender los principios de equidad distributiva; en el peor de los casos, los médicos se convertirán en defensores de la renta de sus empleadores porque de eso dependerá su propia supervivencia.

El escenario médico ha ido cambiando: hay cambio de escenografía, pero sobre todo cambio de argumento. Los argumentos serán más amplios, la anécdota del paciente en busca de recuperar su salud, lo tradicional en la medicina, será una parte pequeña de la representación médica; más frecuentes serán los individuos que intentan corregir sus anormalidades consideradas riesgos y pronto el conocimiento del genoma humano llevará a pretender cambiar el destino. Quizás tantos esfuerzos destinados a combatir los riesgos estén reduciendo nuestras energías para combatir la enfermedad.

¿Cuál será el perfil deseable del médico? ¿Cómo se hará para conseguir ese perfil?

El clínico, de seguir tal cual lo conocimos, deberá contar con conocimientos y actualizarlos permanentemente en un continuo progreso; deberá tener habilidades semiológicas, comprensión del contexto biológico y social de la enfermedad y de los reales méritos de los recursos preventivos; y capacidad docente con los pacientes para educarlos en sus demandas de salud. De este perfil, los especialistas se sentirán cumplidos si han adquirido las destrezas y la cambiante información, a los clínicos se les exigirán pocas destrezas, pero sí mucha comprensión.

Es posible que se pueda alcanzar comprensión intuitivamente sin mayor información pero es más probable mayor comprensión cuando mayor sea la información y más desarrollada la capacidad crítica.

Aumentar conocimientos sin perder sabiduría y aumentar información sin perder conocimientos será un objetivo insoslayable.

La información ya se ha desarrollado de un modo extraordinario, las mayores bibliotecas del mundo están al alcance con una computadora y una línea telefónica, sólo se necesita capacidad económica de adquirirlas y tiempo para usarlas. Es cierto que todavía las respuestas no están fácilmente disponibles pero es previsible que la informática superará estas deficiencias; la incógnita es si, para ese momento, habremos conservado la capacidad de hacer las preguntas inteligentes.

La organización médica deberá proveer la posibilidad de tener ambos recursos: capacidad económica y tiempo, pero no parece hacerlo todavía. Las respuestas estarán al alcance de la mano si las magras retribuciones no bloquean este acceso por falta de dinero o falta de tiempo, también me preocupa que aun con respuestas al alcance de la mano no sepamos qué preguntar.

La capacidad crítica se desarrolla enfrentando nuestras interpretaciones con la de nuestros colegas, la actividad médica grupal alimenta este desarrollo, una organización médica sensata deberá comprender esto y deberá ofrecer la oportunidad para que esto ocurra. Si los empleadores ven esta agrupación médica como un aumento en el poder de negociación de los médicos, es probable que sean más proclives a desarrollar organizaciones con mayor soledad médica. Los médicos tratarán de suplir esta medicina solitaria con asistencia a congresos y sistemas de educación médica continua a distancia, dominados ambos por el complejo médico industrial que los subsidia. Me parece más confiable la relación diaria que los contactos fortuitos, más sociales que científicos, más frívolos que responsa-

bles. Quizás no debiera decir esto en un congreso pero no quiero que nos engañemos; nada podrá substituir el aprendizaje al lado del paciente y del colega. Para aprender vale más un guía al lado que un sabio en el estrado.

Los médicos deberán tener una formación adecuada y sólo se deberán graduar los que han sido evaluados exigentemente. Evaluar permisivamente es mala práctica docente y graduar incapaces es emitir moneda falsa, los profesores de las universidades deberán tomar conciencia de su responsabilidad.

Un plan curricular deberá tener en cuenta el perfil del médico que se quiere preparar y cómo se hace para que el estudiante aprenda a aprender, ya que esa será una tarea para el resto de su vida profesional.

Una aptitud imprescindible será la capacidad docente. El clínico tendrá la obligación de enseñar a los pacientes cuáles deben ser sus demandas y a los empresarios de salud cuáles son las necesidades médicas que deberán cumplimentarse para ser realmente útiles a sus pacientes; y como siempre tendrá la obligación de perfeccionar a sus colegas.

Uno de los rasgos más importantes del perfil del médico será su capacidad docente y su formación ética. Su capacidad docente con pacientes, colegas y empresarios de salud; su formación ética que simplemente le exija no hacer a los demás lo que no le gustaría que le hicieran ni dejar de hacer lo que le gustaría que hicieran por él.

Quizás el conflicto ético fundamental radicará en saber si la demanda de los pacientes expresa que es esclava de un gen egoísta que lo impulsa a perpetuarse como individuo o de un gen solidario que lo impulsa a

perpetuarse como especie.

No alcanzará con que los médicos aprendan a hacer las cosas bien técnicamente, quizás nada sea peor que hacer bien lo inútil y lo perjudicial. Habrá que enseñarle a los pacientes que lo que buscan en el médico es que los ayude a vivir más y mejor; arreglar anomalías que no sirven a ese fin o tienen muy escasas probabilidades de hacerlo o demanden un gasto excesivo es irracional.

Probabilidades y costos no podrán ser ignorados por los médicos; será pues necesario que el médico tenga acceso a esa información de fuentes confiables.

Este era el perfil del médico en el milenio que termina. ¿Cómo será en el próximo año? Es probable que las características más importantes de ese perfil pasen a ser la obediencia a sus empleadores, su capacidad de no generar conflictos con ideas propias y el conocimiento de principios económicos que acepten la eficiencia que maximice la rentabilidad como el bien supremo.

La medicina gerenciada busca la contención de gastos y parece suponer que ese objetivo se puede lograr con auditorías contables y médicos dispuestos a confiar más en su propio criterio que en exámenes complementarios y más dispuestos a limitar los recursos a los que han demostrado la mayor evidencia de ser útiles y eficientes, la así llamada medicina basada en la evidencia. Los médicos más adaptables a ese rol son los clínicos o su versión más compendiada: los médicos de cabecera o los médicos de familia.

Lo curioso es que este pilar de toda la economía del sistema es retribuido pobremente con lo cual se restringe el tiempo que el médico dedica a su paciente,

olvidando que es precisamente el tiempo de dedicación lo que permite al médico tolerar mejor la incertidumbre y al paciente adquirir la suficiente confianza en el médico.

El rol del clínico se desarrollará en una sociedad y por lo tanto ese rol no dependerá exclusivamente de su voluntad sino también del medio que lo alberga.

La relación entre el médico y su medio ha ido cambiando en cuanto a su simetría. De una relación asimétrica de gran poder médico y sumisión del medio, basada en la gran diferencia de conocimiento de la cosa médica, se ha pasado a una relación asimétrica inversa. Esta se funda en un supuesto conocimiento de la cosa médica por parte de los pacientes y una real superioridad económica de los empresarios de la salud. El medio en que se desempeñan los médicos es *en medio* de los pacientes y los empresarios, y su supervivencia depende de que satisfaga a unos y otros.

Quizás el rol del médico sea convertirse en un mediador de paz para resolver el conflicto entre pacientes y empresarios. Por un lado, conseguir que los pacientes no imposibiliten la renta empresarial con demandas irracionales estimuladas por el complejo médico-industrial; por el otro, conseguir que los empresarios no escatimen los recursos médicos necesarios para mejorar la salud de los pacientes, porque quieren cumplir con el objetivo de satisfacer su ambición de renta.

Cumplir este rol sin morir en el intento, sin sacrificar principios éticos y sentirse gratificado no sólo será una hazaña histórica sino un mensaje a la humanidad: que una corporación de tradición humanitaria es capaz de compatibilizar con los para-