

EJERCER LA MEDICINA AYER Y HOY

Ponencia del Dr. Carlos A. Yelín en el Anfiteatro Central de la Facultad de Ciencias Médicas, el 5 de diciembre de 2014, en ocasión del homenaje a los graduados hace 50 años.

Hoy celebramos los 50 años de graduación. Me encuentro entre los privilegiados que, a pesar del tiempo transcurrido, podemos seguir trabajando, con el interés y el entusiasmo intacto. Incluso considero que con una mejor dedicación, como resultado del aprendizaje que los años de ejercicio nos han transferido. Ese largo transitar me faculta para tener una visión objetiva de todos los cambios, positivos y negativos, que se produjeron en el transcurrir de nuestra tarea. Se han producido progresos maravillosos, pero también hubo retrocesos a los que me quiero referir, con la sana intención de señalarlos para que alguna vez puedan corregirse.

Nosotros, nuestra camada, al graduarnos, teníamos las opciones de la clínica y la cirugía. Incluso nuestro título, expedido por la entonces Universidad Nacional del Litoral, nos nombraba “Médico Cirujano”. Los conocimientos generales en nuestro ámbito, al iniciar la actividad profesional, eran en cierta medida algo limitados, y podíamos actualizarnos con lecturas mensuales de revistas médicas o de libros que tardaban en editarse, o con traducciones tardías de libros extranjeros a los que nos costaba acceder. Hoy estamos inundados de información que nos apabulla, lo que trajo como consecuencia la tendencia a la fragmentación, para adecuar nuestras posibilidades al ámbito de nuestra actividad, con lo que aparecen especialidades, subespecialidades y sub-subespecialidades. Eso determinó una mirada menos abarcativa de la problemática del enfermo, con la consecuencia de la deambulación por parte de los pacientes por numerosos consultorios. No considero que, con la aceleración de los cambios, pueda el médico –y en mi caso el clínico– ocupar todo el espacio necesario para asistir al paciente. Por lo tanto es preciso que sea un equipo el que lo atienda. Pero es imprescindible que ese conjunto de profesionales esté siempre interactuando. Fenómeno que lamentablemente no ocurre, por el estilo individualista de nuestra actividad.

El sistema médico, con la aparición de las empresas de medicina prepaga, u obras sociales y sindicales, han fomentado un achicamiento del tiempo que dispone el médico, tanto para su formación de posgrado, como para

la atención en consultorio. Ello ocurre a veces, por presiones empresariales, por estructuras de asistencia, o por necesidad de subsistencia económica. Se le dedica entonces al paciente bastante menos tiempo que el que podíamos ofrecer hace 40 años. Los médicos constituyen en esas empresas una variable de ajuste que a ellas les permite obtener ganancias que en general no se vuelcan a abaratar insumos, o para mejorar la retribución médica, sino a dedicar lo obtenido a otro tipo de inversiones.

En este momento ya podemos visualizar dos hechos negativos en el cambio: 1°) reducción del tiempo que dispone el médico para actualizar conocimientos, y 2°) ruptura de la relación médico-paciente, al no ofrecer el tiempo mínimo para establecer un vínculo que actúe como facilitador de los resultados.

Cuando hace 50 años nos recibimos, la densidad, o relación médico/población en Rosario, era alrededor de 1 médico cada 2.000 habitantes. En la actualidad, de acuerdo al informe del Colegio de Médicos es de 1 médico cada 80 habitantes. En cualquier situación, cuando la oferta excede en mucho a la demanda, el “producto” se desvaloriza. El médico atraviesa una etapa de inexcusable desvalorización. No es el momento, aunque fuese el ámbito, para discutir el tema de la sobreproducción de profesionales, en contrapartida de formar los que necesita la salud de la población, teniendo en cuenta el costo que implica ese objetivo. No tengo dudas que surgirán en ustedes temas como la distribución y formación de los graduados, la concentración urbana, y la ausencia de un diseño destinado a aprovechar en forma criteriosa el exceso actual. Tomemos por referencia la recomendación de la OMS que sugiere un médico cada 350 habitantes, o sea casi 5 veces menos profesionales que los que tenemos en nuestra ciudad...

Quien me precedió habló de los progresos en los estudios complementarios, tanto en laboratorio como en imágenes. Creo que en ambos casos no existe techo, los progresos van a seguir y nos iremos asombrando cada día más. Pero es válido aclarar, que no hay nada que pueda reemplazar a un interrogatorio, o “escuchatorio”, y a un

examen clínico completo. La contrapartida del maravilloso progreso de los estudios mencionados, ha sido la tendencia a reducir el tiempo de revisión, y con ello la pérdida de habilidad por falta de práctica, a la palpación, auscultación, y todos los beneficios extras que incluye examinar al paciente con prolijidad y dedicación. Nada más nocivo para el vínculo con el paciente que escuchar su comentario resignado: “ni siquiera me tocó”. En cambio, no debemos tener dudas de que luego de una anamnesis completa y un buen examen clínico vamos a lograr en el 80% de los casos una orientación diagnóstica definida y podremos sugerir como examen complementario, seguramente lo necesario, así sea un simple hemograma, o una tomografía.

Hay un cambio también maravilloso, como el que representa la medicina preventiva. En nuestra época, estaba limitada a los higienistas. Recuerdo que teníamos una materia que se denominaba Higiene y Medicina Social, que preparábamos para rendir en solo un fin de semana. Ahora, la prevención está casi exclusivamente a cargo nuestro. Es tan amplia e importante, que implica un peso más en nuestra tarea cotidiana. Consignar la fecha de las vacunas, seguir los niveles del colesterol, recordar la frecuencia de las videocolonoscopías. Pero seguramente es la más eficaz explicación de por qué cada 12 años se aumenta en 2 años el promedio de vida de la población en nuestro país.

Nosotros, los médicos, que estamos más cerca de la microeconomía que de la macroeconomía, debemos saber que combatir la pobreza es generar riqueza. Y la más importante riqueza que podemos gestar nosotros, es la salud de la población. Y es seguramente la más valiosa de las riquezas. Debe existir (como suelen señalar los economistas para la pobreza) una línea de salud digna, que a pesar de nuestra responsabilidad en medicina preventiva, por lo general no depende básicamente de nosotros. Porque la desnutrición infantil es indigna, como es innoble la morbimortalidad infantil, como es reprochable la existencia de enfermedades prevenibles que resultan de la ausencia de agua potable, tal como es humillante no poder aliviar el sufrimiento.

Todos los increíbles progresos que hemos presenciado, nos han creado una falsa aureola de infalibilidad. Estamos muy preparados para saber lo que hay que hacer en cada caso, pero poco proclives para decidir “no hacer” cuando corresponda abstenerse de actuar.

Dentro de los progresos científicos debemos hablar de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Es im-

prescindible recordar que cuando en nuestro inicio actuábamos con los pacientes, nuestras principales referencias eran extraídas de los saberes de nuestros maestros. Más tarde solíamos contentarnos con el comentario de nuestra casuística. Acostumbrábamos decir: según tal estudio tal medicamento “anda bien” Pero las verdaderas referencias nacieron cuando comienzan a concretarse los estudios clínicos aleatorizados (ECA) comparando un grupo importante de pacientes, que recibían un estudio o tratamiento, frente a otro grupo tomado al azar pero similar, y se observaban las diferencias. Combinando tales trabajos se lograba la MBE. La mayoría de las certezas actuales de la medicina han nacido y se han desarrollado a partir de tales referencias. Pero se comete un nuevo retroceso cuando se pretende aplicar dichas certezas al paciente que tenemos enfrente en el consultorio. En primer lugar, hay que darse cuenta que no todas las verdades que surgen de los estudios mencionados son *importantes* para cada paciente. Y, principalmente ningún estudio puede reemplazar al juicio clínico personal que podemos desarrollar en el consultorio, y destinado al individual y exclusivo caso de nuestro paciente.

Otro cambio negativo, es que debimos reemplazar el concepto ético que nos formamos con nuestros padres y maestros por las actuales exigencias legales, casi siempre necesarias, pero en la mayoría de los casos son fruto de la combinación de operadores judiciales y de pacientes cada vez más exigentes, y con actitudes ocasionalmente agresivas. A veces tales situaciones generan la sobreprestación que conlleva un gasto innecesario en salud.

Para finalizar, y para poder recuperarnos de la sensación que nos dejan los retrocesos que fueron apareciendo y que quise señalar, estoy convencido de que, a pesar de los errores y de mis fracasos diagnósticos, si hoy tuviera 18 años como hace 58, y tuviese que elegir una profesión, *no tengo dudas de que volvería a ser médico*. Cuando tenía 8 años, en un campamento de *scouts* me autopropuse para integrar la enfermería. Desde esa lejanísima época nunca visualicé mi vida de otra manera. Todos los médicos tenemos como propuesta fundamental el concepto solidario, que constituye el eje de nuestra gestión. A veces tenemos la suerte de contar dentro de la estructura emocional con la vocación incorporada. Otros aprenden a enamorarse de la medicina al ejercerla. Pero todos y cada uno de nosotros quisimos, al abrazarla, tener la decidida intención de ser solidarios, fraternales y humanos.