

Problemática médica actual

J. Sillero F. de Cañete

I
Soy hijo de una época en la que ser médico era una tarea ardua; situarse en un estatus apropiado costaba esfuerzo y muchas veces —como en mi caso— duras oposiciones; pero una vez consolidado, el ejercicio profesional resultaba rentable no sólo desde el punto de vista económico sino, lo que tiene mayor atractivo, en cuanto atañe a consideración social e ideales cumplidos. Puede afirmarse que hubo *una edad de oro para el médico* que más o menos coincidió con la conclusión de la II Guerra Mundial y se prolongó durante cuatro décadas, hasta bien entrados los años 80. En efecto, el sanitario paulatinamente era dotado de recursos diagnósticos y terapéuticos de creciente eficacia, notable poder salvífico, y ello, además de redundar en beneficio de la salud de la población en general, fue muy favorable en punto a prestigio y bienestar personal del propio clínico. Fue la época en la que proliferaron figuras de la medicina famosas que en los hospitales *hicieron escuela*, a la que acudían (o

En relación con la reforma hospitalaria llevada a efecto en Jaén por el Servicio Andaluz de Salud, que ha recibido justificadas críticas en mi modesta opinión, he realizado un pequeño muestreo entre profesionales de la medicina jiennense para conocer el grado de satisfacción al respecto de su práctica. He comprobado una sorprendente unanimidad en cuanto a mostrar su disgusto, en contraste a la complacencia oficial.

¿Es esta insatisfacción sólo conyuntural, producto de una reforma poco afortunada, o por contra se extiende a la generalidad de esta clase sanitaria? En las líneas siguientes se discuten hechos y causas.

acudíamos, por mejor decir) muchos estudiantes y recién licenciados, a título de simples meritorios; los enfermos eran leales, fieles a sus médicos, a los que consideraban poco menos que superhombres o magos, confiando ciegamente en su ciencia

y recto proceder. El médico gozaba entonces de autonomía plena, seguridad en sus tareas e ingresos saneados proporcionados por un ejercicio privado que no pocas veces se articulaba sin problemas con la sanidad pública, aún en una etapa de incompleto desarrollo en nuestro país.

Al ritmo que la medicina pública, Seguridad Social referida a la esfera de la salud, enriqueció hasta un nivel adecuado sus recursos tanto estructurales como funcionales, la tarea médica se tornó más compleja, por difícil, áspera, frustrante y poco prestigiada. Esa tendencia se iniciaba un par de décadas antes de concluir la pasada centuria, y se ha ido acentuando hasta el momento actual.

Estos hechos innegables se han traducido en una flagrante desilusión o *insatisfacción*

Palabras clave: Insatisfacción médica. Relaciones médico paciente. Malpraxis. Consulta médica.

Fecha de recepción: Febrero 2004.

Seminario Médico

Año 2004. Volumen 56, N.º 1. Págs. 129-134

con la práctica médica, según reza el titular de un reciente artículo publicado en *New England* por Abigail ZUCER (1). Las estadísticas y encuestas se encargan de confirmar nuestra impresión. Según el estudio de HADLEY (2), en 1975 solamente un 10% de los médicos tenían dudas acerca de haber acertado en cuanto a su elección profesional. Por contraste, un informe publicado en 2001 por la Sociedad Médica de Massachusetts (3), señala que hasta un 40% de médicos interrogados confesaron que no escogerían esta carrera universitaria si pudieran optar de nuevo, y que no la aconsejarían a sus hijos.

Es curioso que este inconformismo difiere según sexos: parece que las mujeres se muestran más satisfechas de sus relaciones con los pacientes que los varones, si atendemos a lo que se nos indica en el *Physician Worklife Study* (4). En general el médico se declara más descontento en las franjas etarias más altas, en tanto que los jóvenes contemporizan mejor con la situación. Si nos referimos a especialidades, ciertamente la que me concierne, Medicina Interna, es una de las que concita más insatisfacciones, quizá porque su rol dentro del contexto de las disciplinas médicas se ha visto muy cercenado e invadido por otras, al punto de haberse afirmado que el médico internista se ocupa sólo de aquél grupo de enfermos que las demás especialidades rechazan (síndicos, cancerosos avanzados, bronquíticos crónicos, ancianos ...); esto se aprecia más claramente en la medicina hospitalaria, donde un grupo de internistas ya se dedica monográficamente a pacientes pluripatológicos, en los que concomitan tres o más procesos independientes, no conexos. Tampoco resulta demasiado optimista la opinión de muchos otros grupos de especialistas, por ejemplo ginecólogos, otorrinolaringólogos y cirujanos plásticos, pese al gran incremento de la enfermería en este último campo (5).

II

Ahora, a fuer de esgrimir criterios científicamente fundados, debemos examinar las

diversas causas que se aducen para explicar este estado de cosas.

A. Relaciones médico-paciente

En este plazo de transición, se ha pasado de lo que yo he llamado una relación *vertical*, en la que el enfermo se ubicaba voluntariamente por bajo del doctor, a una conexión *horizontal*, en la que ambos están colocados al mismo nivel. El principio que regía antaño las relaciones médico-paciente era el de *beneficencia*, según el cual el enfermo debe aceptar dócilmente los criterios médicos porque representan sin duda la mejor vía para el restablecimiento de su salud. Hoy se habla en su lugar de *autonomía del paciente*, en base a la cual el clínico viene obligado a informarle –incluso con crudeza– de los pormenores sobre la enfermedad, proponiendo una serie de conductas primero diagnósticas y terapéuticas después que el enfermo está en su derecho de aceptar o rechazar, sin que ello implique un detrimento en sus legítimas aspiraciones de curación. Es lo que se denomina *consentimiento informado* (6).

Esta postura, que sin duda es de justicia, ha generado empero roces y controversias, en especial cuando uno u otro polo de este binomio, que debiera ser armónico y equilibrado, usa de la exigencia más que de la racionalidad. Se ha perdido en buena parte (y esto es muy lamentable) el gran efecto placebo de la figura médica, capaz de curar *per se* hasta un tercio de los casos. Recuerdo a este propósito –y lo hago con una mezcla de añoranza y satisfacción– a aquél enfermo que pasó por mi consulta y que, en el curso del diálogo anamnético, con mucha convicción, me confió su gran secreto: *Doctor, me encuentro vivo gracias a esta medicina que llevo tomando desde hace muchos años*. Me enseñó entonces un ya raído papel en el que figuraba un específico de escasa relevancia terapéutica, quizá obsoleto; cuando le pregunté quién había sido el médico que le había prescrito aquél fármaco, me dijo en tono admirativo:

Don Carlos Jiménez Díaz. Obviamente, le aconsejé con convicción que por nada de este mundo dejara de usar aquella que él suponía droga milagrosa.

Ahora las cosas no son así, más bien al contrario. Y, como prueba de ello, copio esta expresión de un médico hindú (Dr. BHARGABA), aparecida en *British Medical Journal*: «Los pacientes de mi padre lo miraban como un dios. Ahora, mis clientes me tratan como un cualquiera y me demandan milagros. Debo conocerlo todo y no puedo permitir que nadie muera sea cual sea la enfermedad» (7).

Hay que añadir que tales milagros son alentados por el propio progreso de la ciencia médica y el sensacionalismo de los medios de comunicación, no sólo los calificados como *tabloides* y *prensa amarilla*, sino los más serios y contrastados. Ello nos lleva a otra consideración.

B. Verdades y mitos en la tecnología del presente

El ciudadano sufre cada día un continuo bombardeo cuando a través de prensa, radio y televisión se le anuncian remedios panacea y curación de las más perversas y terribles enfermedades. No sé cuantas veces el cáncer de tal o cual localización se ha dado por resuelto, el infarto de miocardio ha dejado de ser amenaza temible o el SIDA es, al menos entre nosotros, poco menos que un recuerdo histórico o una enfermedad exótica. Este exagerado optimismo se basa en dos circunstancias confluentes:

— La primera, es el *fácil acceso de esos medios de comunicación a las tareas investigadoras* en muchos centros, dando por sentado que la experimentación que allí se realiza, animal o humana, tendrá inmediata aplicación al campo de la clínica, con brillantes resultados. Contrastan los informes de los investigadores, casi siempre cargados de prudencia, con el triunfalismo de los periodistas. ¿Cuántas veces un enfermo llega a la consulta con un recorte de prensa que promete la curación de su afección con tal

o cual nuevo remedio a punto de ser comercializado? (Y pone así al clínico en un brete).

— La segunda, imnegable y afortunada, es el *real progreso de la ciencia médica*, que simplemente podemos constatar comparando la esperanza de vida en el año 1900 con la que nos ofrece el año 2000: 40 frente a 80 años (76 en el varón y 82 en la mujer, en concreto). Ello es el fruto del avance incesante en los medios de diagnóstico (laboratorio, imagen), medicina preventiva (alimentación, profilaxis de infecciones por inmunoterapia, cardiopatías, cáncer, etc) y recursos terapéuticos, tanto médicos como quirúrgicos, culminados con el acceso a los trasplantes y la que hoy se denomina *medicina regenerativa*.

Esta última merece un ligero comentario, ya que se encuentra en el cénit de su popularidad. Como tal se reconoce aquel haz de procedimientos técnicos (y bases científicas en que se sustentan) tendentes a recuperar la estructura y por ende el funcionamiento normal de tejidos e incluso de órganos completos. En este campo, la utilización de las células madre embrionarias (tema del que me he ocupado muy ampliamente en otra ocasión) (8) y la clonación (que también ha sido objeto de mi atención) parecen estar ya al alcance de la mano si nos atenemos a lo que se pregona a los cuatro vientos... No pienso por supuesto entrar en esta discusión; simplemente me limitaré a decir que aparte los graves problemas éticos que el uso de embriones humanos con finalidad terapéutica plantea, sus frutos en cuanto a aplicabilidad clínica, sobre ser de largo plazo, no pueden extenderse válidamente a todas las afecciones degenerativas del humano, caso del Alzheimer por ejemplo, en atención a la difusión lesional del proceso. Nadie niega empero la importancia del conocimiento científico acerca de la totipotencialidad de las células madre embrionarias y adultas, ni tampoco la sensacional demostración de las posibilidades de una célula somática para fertilizar un ovocito, incluso en mamíferos superiores.

El cuestionamiento del médico y la deificación de la tecnología lleva aneja otra cuestión que se trata en el párrafo siguiente.

C. La crisis de malpraxis

Así pueden titularse los frecuentes litigios que se generan por actuaciones discutibles o discutidas de los profesionales de la medicina. Tales litigios legales eran habituales en el pasado en EE.UU., pero de un tiempo a esta parte son *el pan nuestro de cada día* también en la vieja Europa y, por supuesto, en España. La máxima que ahora domina la escena es ésta: *Si el enfermo fallece, que la familia tenga al menos un consuelo económico... en detrimento del facultativo que le atendió.*

Nunca he defendido las corruptelas en mi profesión, ni tampoco me parece admisible la escasa responsabilidad de algunos médicos en el manejo de algo tan preciado como la salud y la vida: cuando alguien comete un acto reprochable por acción u omisión caiga sobre él todo el peso de la ley, dejando a un lado un malentendido corporativismo. Pero de eso al espectáculo poco edificante de denuncias claramente injustificadas, que sistemáticamente se plantean y tienen amplio eco en los medios de comunicación, arruinando el prestigio ganado a pulso de un profesional, media un abismo. Menos tolerable aún es la epidemia de agresiones verbales e incluso físicas que el médico sufre y con las que el enfermo o algún allegado quieren *tomarse la justicia (?) por su mano.*

El abuso de las acusaciones de malpraxis ha inducido al médico a una conducta lógica aunque no deseable, la llamada *medicina defensiva* (9), táctica que consiste en el uso immoderado de recursos analíticos y de costosísimos procedimientos de imagen en enfermos en los que una buena historia clínica puede bastar. A título de ejemplo, es-timo que no menos del 50% de las exploraciones mediante resonancia nuclear magnética son innecesarias. Pero de este

modo el práctico se cubre de las posibles críticas del enfermo y su entorno.

Al llegar a este punto, resulta lógica una breve consideración del acto médico en sí.

D. La consulta médica, hoy

Antes me he referido en forma teórica a las relaciones médico-paciente; ahora pretendo concretarme a la práctica del acto médico en sí.

La entrevista del enfermo con su médico (nunca mejor dicho) de confianza, exige unas condiciones mínimas para resultar efectiva:

– La primera es sin duda disponer del *tiempo necesario* para llevar a cabo un examen reposado y reflexivo. Cuando hoy día se cifra la duración de una consulta en cinco minutos, uno llega a la conclusión inmediata de que se trata de un intento frustrado, del que con seguridad no va a obtenerse la exigible rentabilidad. Dice con toda razón Kenneth LUDMERER de Washington: *Uno no puede hacer nada bien en medicina volando* (10).

– La segunda estriba en la práctica concienzuda de la *historia clínica*, que incluye un interrogatorio, primero de libre expresión del paciente y luego dirigido por el propio clínico, a cuya conclusión la exploración física resulta vital porque pone materialmente en contacto piel a piel al paciente y a su curador, según la técnica conocida como *haptonomía* (11).

A la conclusión de este acto realizado correctamente, habrán ocurrido dos cosas: que el médico conocerá el diagnóstico en una gran proporción de casos, o al menos habrá obtenido una orientación que le llevará pronto a él, y que se ha iniciado el camino hacia la curación, por el simple y decisivo efecto benefactor del médico como placebo positivo. Permitirá además considerable un ahorro de procedimientos auxiliares para el diagnóstico. La historia clínica es, por tanto, claro exponente de un quehacer con una ratio coste/beneficio muy ventajosa.

Esta entrevista se hurta hoy a no pocos profesionales, que además paulatinamente van perdiendo la maestría que impone la medicina clásica; todo lo cual engendra insatisfacción.

E. Otras causas

Hay aún una serie de motivaciones para la disconformidad del práctico, que en honor a la brevedad, resumiremos puntualmente: – En el ámbito hospitalario, el llamado *managed care* o medicina gestionada, según la cual cada servicio médico debe contemplar no sólo sus parámetros clínicos sino también los administrativos. Se impone por lo demás el concepto de *eficiencia*, que santifica la razón coste/beneficio

– También de preferencia en este ámbito, hay una creciente tendencia a poner en práctica una *medicina basada en la evidencia*, según la cual sólo deben aplicarse al paciente aquellos recursos diagnósticos y terapéuticos contrastados por experiencias científicamente correctas. Esto, en la medicina peculiar que exige cada caso (no hay enfermedades, sino enfermos), es a veces de muy difícil aplicación.

– Se plantean nuevos retos para los que el médico práctico no está suficientemente preparado: el problema de la eutanasia y suicidio asistido vs. distanasia, la medicina paliativa, los conflictos derivados de los nuevos conocimientos en genética, etc. En palabras de FOX, sociólogo de la Universidad de Pensilvania, *la ansiedad del doctor parece emanar de una discordancia entre lo que conoce y lo que está obligado a hacer* (1).

Concluyamos: el médico realiza hoy su labor con innegable profesionalidad, pero sin la alegría de antaño, la satisfacción derivada de una vocación plenamente satisfecha. Por eso el *burn out* es tan frecuente ahora entre nosotros. Hay quien, como el psiquiatra Martin LIPP (12), ha llegado aún más lejos, comparando los sentimientos del médico con las diversas sensaciones de las etapas de la agonía que tan bien describiera Kubler-Ross, puesto que pasa de una identidad profesional querida a otra condición en la que de forma sucesiva se imponen el rechazo, la ansiedad, el regateo, la depresión y la aceptación final como hecho irremediable.

Addenda.—Una vez confeccionado este trabajo, he tenido la oportunidad de leer en la sección habitual del *New England* denominada «Clinical Problem Solving», unas consideraciones acerca de la importancia de una buena historia clínica que no me resisto a copiar, porque se atemperan muy bien a la doctrina que aquí hemos defendido. Dicen así:

«Hace más de medio siglo, Platt postuló que la mayoría de los diagnósticos podían establecerse sobre la base de la historia clínica sola. Estudios subsiguientes han demostrado que la historia es la clave para el diagnóstico final en el 56-82% de los casos (Hampton, Handler, Peterson). El aforismo clínico comúnmente aducido *lo que no se pregunta, no se encontrará*, sigue siendo verdad». ◀

J. Sillero F. de Cañete, *Especialista en Medicina Interna. Miembro de la Asociación Española de Médicos Escritores.*

Referencias bibliográficas

1. ZUCER, A.: «Dissatisfaction with medical practice». *N. Engl. J. Med.* 2004. 350:69-75
2. HADLEY, J; CANTOR, JC.; WILLKE, RJ., et al.: «Young physician most and least likely to have seconds thoughts about career in medicine». *Acad. Med.* 1992. 67:180-190.
3. MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY: *Physician satisfaction survey*. October, 8. 2003.
4. LEIGH, JP; KRAVITZ, RL.; SCHEMBRI, M., et al.: «Physician career satisfaction across specialties». *Arch. Med. Int.* 2002; 162:1.577-1.584.
5. McMURRAY, JE.; LENZER, M.; KONRAD, TR., et al.: «The work lines of women physicians results from Physician Worklife Study». *J. Gen. Intern. Med.* 2000. 16:372-380.
6. SILLERO F DE CAÑETE, JM.: «Evolución de la Medicina Interna en un siglo». *Sem. Med.* 2002. 54:1:114-120.
7. BIARCABA, R.: «What happened». *BMJ Publishing Group*. London, 2001.
8. SILLERO F DE CAÑETE, JM.: «El debate sobre las células madre». *Sem. Med.* 2003. 55:2:87-96.
9. FORSTER, HP; SCHWARZ, J.; DERENZO, E.: «Reducing legal risk by practicing patient-centered medicine». *Arch. Intern. Med.* 2002. 162:1.217-1.219.
10. MECHANIC, D.; McALPINE, DD.; ROSENTHAL, M.: «Are patients office visits with physician getting shorter?». *N. Engl. J. Med.* 2001. 344:198-204.
11. DE HENEZEL, M.: *La muerte íntima. Los que van a morir nos enseñan a vivir*. Plaza y Janés. Barcelona, 1996.
12. LIPP MR.: *The bitter pill: doctors, patients and failed expectations*. Harper and Row, 147-148. N. York, 1980.