

Reflexiones acerca de la Medicina, los médicos, la Pediatría y el quehacer pediátrico[#]

Dr. Francisco Spizzirri*

Queremos rendir nuestro homenaje al Dr. Francisco Spizzirri, quien ha sido un ejemplo de dedicación docente y asistencial hasta sus últimos momentos. El destino, Dios o como querramos llamarlo hizo que en las Jornadas del Hospital de Niños de La Plata "Sor María Ludovica", en octubre de 2001, "Pucho" cerrara con su conferencia:

Reflexiones acerca de la Medicina, los médicos, la Pediatría y el quehacer pediátrico.

Dr. Ernesto Alda

Compartir con tantos colegas y amigos es doblemente placentero y motivador. También me resulta conmovedor recordar con afecto y agradecimiento a personas que formaron parte de la historia del Hospital y que ya no están.

No tiene esta charla otra pretensión que compartir con ustedes, "Reflexiones acerca de la Medicina, los médicos, la Pediatría y el quehacer pediátrico".

El ejercicio de la medicina constituye uno de los más claros ejemplos de la vinculación que se establece entre el saber teórico y el ejercicio práctico de una actividad. La medicina está basada en el conocimiento científico pero es, esencialmente, una práctica orientada a la resolución de los problemas concretos que plantea el paciente. "Es un saber en acción", escribía Guillermo Jaim Echeverry en el prólogo de *Historias de Guardia*. La actividad del médico sigue siendo, en esencia, la misma desde los tiempos de Hipócrates: "ayudar al prójimo que necesita ser ayudado". Pero aunque la actividad del médico es, en esencia, la misma, la medicina es siempre y a cada instante nueva en el contacto singular e irrepetible del médico y del paciente.

La medicina, escribió Duhamel, "no es exactamente una ciencia y no es tampoco un arte, como se consideró durante mucho tiempo. La medicina es un conjunto de conocimientos científicos o empíricos cuyo justo empleo le permite al médico reconocer y distinguir enferme-

dades y prever o modificar su evolución" (en esta descripción de la medicina Duhamel no menciona la salud).

Aunque la medicina no sea exactamente una ciencia, es bueno que el médico desarrolle una mentalidad científicamente disciplinada y use el razonamiento científico. Es bueno que exista rigor en el ejercicio intelectual. La duda metódica, la mirada nueva, enriquece mentalmente.

Me preguntaba mientras preparaba esta charla: ¿Qué condiciones debería reunir un "buen médico"? ¿Cómo imagino un "buen médico"? La idea no era hacer un listado de buenas intenciones, una quimera inalcanzable. Partí de la base que aun al médico menos dotado moralmente lo mueve siempre el deseo de curar a su paciente (probablemente haya pocas excepciones a esto).

Un buen médico debe alcanzar, en primer lugar, una adecuada capacitación.

De la ignorancia se pasa al conocimiento a través de la capacitación. En el caso de los médicos, incluye básicamente la información, la observación y el razonamiento. Al decir del Dr. Alberto Agrest, en su libro *Reflexiones inexactas de un observador médico*: "sólo con información se logra una cultura de segunda mano, colonial, de la que poco o nada nuevo puede surgir. A la información hay que agregarle la observación y fundamentalmente el razonamiento para escapar a la gravedad de la ignorancia y

* Servicio de Nefrología. Hospital de Niños de La Plata.

Conferencia dictada en el marco de las Jornadas del Hospital de Niños de La Plata, octubre 2001.

la simple repetición” (el autor con su estilo provocador intenta estimular la capacidad de reflexión y de creatividad).

Frente a cualquier afirmación o indicación médica, cualquiera sea la jerarquía de quien la efectúa, es bueno preguntarse ¿por qué tal indicación?, ¿en qué se basa, cuál es el fundamento?, ¿surge de la práctica, de la experiencia o proviene de un principio bien probado? Para que tenga valor, la experiencia exige ser controlada. Para ello se requiere que sea compartida por los pares y supervisada. Hay que tener presente que “la experiencia es a veces cometer mil veces el mismo error” (Walt Whitman).

¿Están adecuadamente capacitados para ejercer la profesión los egresados de las facultades de Medicina de nuestro país? Probablemente estén de acuerdo conmigo que la respuesta es no. Los estudios de pregrado brindan un cúmulo más o menos importante de información, pero en la mayoría de los casos no tienen la posibilidad de aplicar en forma supervisada esos conocimientos. Faltan la observación, la reflexión, las vivencias asistenciales de las que hablamos anteriormente. Las residencias médicas, aun con sus falencias y distorsiones, constituyen un extraordinario sistema de capacitación; lamentablemente, en nuestro país, menos del 20% de los médicos acceden a ellas. Me parece interesante comentar la experiencia curricular de Canadá: ingresan a cada facultad de Medicina alrededor de 100 alumnos por año; el aprendizaje se basa fundamentalmente en la resolución de problemas; entran en contacto con los pacientes desde el primer año; la carrera dura 4 años, el título no es habilitante. El 100% debe realizar una residencia de 3 años de duración y recién entonces están habilitados para ejercer en forma independiente.

El compromiso con el paciente es, a mi entender, una de las cualidades fundamentales del buen médico. El compromiso se aprende y se fortalece, especialmente al lado de los buenos ejemplos. En muchos médicos es una condición innata, casi un instinto. Nuestro hospital tiene muchos buenos ejemplos y no sólo entre los médicos: la “mística del Ludovica” que nos transmitieron nuestros maestros.

Comprensión. La actitud comprensiva ha-

cia el paciente y la familia debería ser prácticamente infinita. Aun ante la mayor hostilidad, la respuesta debe ser comprensiva y tolerante. Hemos aprendido que a poco de andar, los pacientes y sus familiares cambian su actitud y se tornan afectuosos y colaboradores hacia el médico. Muchas de nuestras enfermeras participan de esta ideología. En algunos médicos es una condición natural; otros lo aprenden con el transcurrir de los años; hay quienes lo logran recién luego de ser padres; otros cuando ellos mismos enfrentaron una seria enfermedad ... Hay quienes no lo logran nunca.

Honestidad. En momentos como los actuales, cuando sentimos cruzar el sentido ético, cuando en buena parte de nuestra sociedad se ha producido, al decir de Marcos Aguinis, un vaciamiento de valores, la honestidad debe adquirir más fuerza que nunca. Honestidad para ofrecer lo mejor que podamos a cada paciente; honestidad sin faltar a la verdad, honestidad para reconocer nuestras limitaciones cualquiera sea el rango del médico; honestidad para percibir honorarios éticamente razonables...

Afectividad. El acto médico tiene una fuerte carga emocional. Visitar al médico siempre es movilizador y puede resultar movilizador aun visitar al oftalmólogo amigo para que le recete nuevos lentes para la presbicia. Al médico debe importarle lo que le pasa a su paciente y éste debe percibir, a través de la palabra o lo gestual, el interés del médico. El enfermo no puede ser sólo un número en una sala de espera, un número en una muestra aleatorizada, doble ciego... Claro que la respuesta emocional del médico no puede llegar a ser paralizante, como seguramente nos ha pasado a muchos en alguna oportunidad.

Respeto por los demás. El paciente y su familia deben recibir un trato respetuoso; debe existir respeto a su ansiedad, a su dolor, a su intimidad; tiene derecho a ser informado: conocer qué médico lo está atendiendo, quién lo va a operar, qué se le va hacer, por qué se postergó un turno, etc., esto forma parte del respeto. Pienso que los pediatras, históricamente, han sido líderes entre los médicos en el respeto y afectividad hacia sus pacientes.

Me parece de interés comentarles que

los alumnos que cursan Pediatría en nuestro hospital resaltan, en las encuestas anónimas y ya desde hace muchos años, el trato humanitario y cordial que reciben de docentes y de personal del hospital.

Responsabilidad. Es otra condición insoslayable para un buen médico. Responsabilidad en el manejo de la información, intentando dar un mensaje esperanzador pero sin faltar a la verdad. Responsabilidad en el cuidado del paciente, en las indicaciones de prácticas diagnósticas invasivas o dolorosas, en la indicación de tratamientos de dudosa o nula efectividad; en general, en la toma de decisiones, aun en aquellas que parezcan de menor importancia. Responsabilidad en los gastos en salud, dado que la demanda en recursos de diagnóstico y tratamiento es prácticamente ilimitada.

Sentido de la solidaridad y de la equidad. Todo buen médico debería ser solidario, tener una concepción solidaria de la vida. La equidad en salud es un tema extraordinariamente complejo que excede los alcances de esta charla. En nuestro país, la equidad en salud es una asignatura pendiente: coexisten áreas con indicadores de morbimortalidad infantil semejantes a la de los países más desarrollados del hemisferio norte, con provincias en que la mortalidad alcanza un vergonzante 30 por mil. También existen enormes inequidades en la mortalidad de las embarazadas en las distintas regiones del país. Individualmente deberíamos comprometernos para que los pacientes reciban una atención igualitaria, cualquiera sea su condición económica o social. Las diferencias que a veces se observan entre la atención privada y la hospitalaria pública son moralmente inaceptables.

En síntesis: un buen médico es aquel capaz de lograr una adecuada capacitación y mantener una educación continua, ser comprometido y comprensivo con sus pacientes, honesto y respetuoso hacia los demás, responsable y con sentido de la solidaridad y de la equidad. Soñemos... esto es posible. Esto no significa desconocer las actuales condiciones del trabajo médico, con sus frustraciones, impotencia y desesperanzas.

No puede ser un buen médico aquel cuyo principal objetivo sea otro que el

mayor bienestar de sus pacientes, aun teniendo una adecuada capacitación; el que busca guardar “distancias” en lugar de reducirlas, el racista o discriminador, el que nunca se compromete o actúa irresponsablemente, el médico “recetador” que no escucha, aquel que piensa en el dinero como la meta fundamental de su actividad profesional...

Los médicos inmersos en nuestra rutina asistencial (al Dr. Gianantonio no le gustaba la palabra rutina, porque cada paciente es distinto, singular, irreplicable) podemos no tomar conciencia de la enorme influencia, el sortilegio que ejercen nuestras palabras ante el enfermo y su familia. El Dr. Marcos Cusminsky escribió: “la comunicación es la esencia del ejercicio médico, que se pone en juego en cada encuentro, en cada visita, lo que nos une o nos separa definitivamente de nuestros pacientes”. El Dr. Bernardo Manzano solía repetir: “a medida que pasa el tiempo cada vez hablo más con mis pacientes y médico menos”.

“La mejor píldora es la palabra del médico” escribió William Osler a fines del siglo XIX.

Es sorprendente comprobar cómo muchos pacientes se curan antes con el diagnóstico que con el tratamiento.

Sin embargo, la palabra, es quizás, la mayor fuente de iatrogenia en medicina (iatrogenia: etimológicamente originada por el médico; es el mal que el médico produce en su condición de tal). La aceptación de esta posibilidad traduce en nuestra profesión un alto grado de madurez ética, decía el Dr. Florencio Escardó en *Moral para médicos*. En una profesión como la nuestra, las posibilidades de iatrogenia son infinitas. De ahí que el médico deba ser cauto y prudente. Debe revisar de continuo sus actos y conductas, debe mantener una vigilancia atenta y permanente. Debe evitar los dogmatismos porque “cuanto mayor es el dogmatismo mayor es nuestra ignorancia”.

Desde hace muchos años repetimos que el reconocimiento del error, el análisis del error, sin nombre ni apellido, aunque muchas veces doloroso, siempre nos deja enseñanzas. El análisis debe ser racional, no paralizante y masoquista. Por la respuesta emocional implícita, se aprende más con el

error que con el acierto.

Deberíamos tener presente que el acto médico se rige más desde el mundo del enfermo y no desde el médico o la medicina. La palabra empatía designa el acto psicoemocional por el cual el médico se pone en el lugar del enfermo y se esfuerza por sentir lo que le pasa. Pensemos qué querríamos para nosotros en cada oportunidad y así entenderemos mejor el interés de nuestros pacientes (estoy pensando en el trato descortés o deshumanizado, las largas esperas, el no alivio del dolor, la falta de información o la información dada con apuro, las postergaciones de turnos injustificadamente, etc.).

Recordemos que el mundo verbal del médico no siempre coincide con el mundo verbal del paciente o la familia. Este cortocircuito comunicacional es fuente de ansiedad, preocupación y en ocasiones, distorsión de la realidad. Valga un ejemplo: "su hijo necesita que se le haga una biopsia", sin una explicación del por qué y el para qué. Para muchos, la palabra biopsia es igual a cáncer, aunque la indicación del procedimiento no tenga absolutamente nada que ver con tal diagnóstico. La espera del resultado puede convertirse en un tormento.

En cada médico debería residir la dignidad de toda la medicina. Este debe ser nuestro compromiso. Hablar mal de un colega, decía Gregorio de Marañón "es hablar mal de la medicina", "desautorizar la actuación de otro médico puede ser útil al interés inmediato del que lo desautoriza, pero pronto la piedra, de rebote, caerá sobre la propia cabeza por mucha que fuere la razón que lo asista y sobre la cabeza de la ciencia misma". Esto significa que, ante el verdadero conflicto, la primera, única y dominante lealtad debe ser para el enfermo.

Un breve comentario acerca de la enfermedad, de saberse o sentirse enfermo. La enfermedad, especialmente la enfermedad crónica, desvaloriza al paciente (aun a los niños pequeños); significa una forma de limitación de la libertad, de la libertad de saberse sano y, como en toda pérdida de la libertad, se acrecienta la respuesta emocional. El Dr. Gerardo Baré lo ejemplifica en su libro *La Medicina ambulatoria* diciendo "cuando una persona sufre un infarto de miocardio sufre también un infarto al yo".

La enfermedad grave, especialmente cuando es prolongada, suele hacer estragos en la estructura de la familia. La no adherencia al tratamiento, el "olvido" en la toma de los medicamentos es, en muchos casos, una forma de negación de la realidad.

La Pediatría y el quehacer pediátrico

El quehacer pediátrico surgió hace ya más de un siglo en respuesta a una creciente toma de conciencia acerca de la naturaleza diferente de los problemas de salud y enfermedad en los niños y los adultos y que las respuestas varían con la edad. La pediatría tradicional centró su atención en forma casi exclusiva en la cura de las enfermedades. Aun sigue siendo así en muchos casos. Más tarde comprendió la trascendencia de lo psicosocial en la atención del niño, la importancia de la familia, el medio ambiente y la comunidad como matriz de salud y enfermedad. El niño, obligado por su dependencia es, en gran medida, expresión del medio donde nace, crece, se desarrolla y educa. Jorge L. Borges metafóricamente escribió: "El hombre es la larga sombra que el niño proyectará en el tiempo". Todos vislumbramos con pesadumbre que el destino de muchos miles de niños que viven en la marginalidad está signado trágicamente por el contexto ecológico-social en el que les tocó nacer.

¿Quién asiste la salud de los niños en nuestro país?

Tradicionalmente la atención de los niños ha sido llevada a cabo mayoritariamente por pediatras, al menos en áreas urbanas donde reside el 85% de la población. Un grupo de niños, especialmente en áreas rurales, es asistido por médicos generalistas o de familia y un número proporcionalmente menor por subespecialistas pediátricos o especialistas generales. Gran Bretaña creó, en la década del 40, el Servicio Nacional de Salud, que tiene como eje fundamental al médico general actuando en su consultorio. El médico general es la llave que regula el ingreso de pacientes a niveles de mayor complejidad.

¿Quién debería, entonces, ser el eje de la atención del niño?

Creemos que los pediatras por capacitación, interés, experiencia y educación

continúa son los médicos mejor calificados para asistir a los niños en todos los niveles de complejidad, primario, secundario y terciario. La Sociedad Argentina de Pediatría acuñó el slogan “el pediatra es el médico de cabecera de los niños y adolescentes”.

Las madres y los padres, al tener que elegir, prefieren que sus hijos sean asistidos por pediatras y esto no es así sólo en nuestro país. El recurso médico está y es, en su mayoría, satisfactorio: existen alrededor de 12.500 pediatras, 1 cada 950-1.000 niños y adolescentes.

La Pediatría requiere de diversos efectores, todos ellos importantes.

Un número mayoritario de pediatras estará dedicado al cuidado de la salud, centrando su accionar en el control de la nutrición, el crecimiento y desarrollo, la indicación de medidas preventivas, el tratamiento de afecciones agudas, la educación del niño y la familia. El eje de esta medicina es la estrecha relación médico-paciente-familia. Es el médico de cabecera de niños y adolescentes.

Un segundo efector es el internista pediátrico, cuyo principal ámbito de acción será a nivel hospitalario, actuando como nexo entre los especialistas, tratando de lograr la integralidad en el manejo del niño internado. En nuestro medio ambos tipos de efectores a menudo se superponen.

Un tercer efector es el subespecialista pediátrico sobre el cual recae la mayor complejidad de las patologías y de las tecnologías de diagnóstico y tratamiento, así como la docencia hacia pediatras y la investigación.

La mayoría de las residencias pediátricas de nuestro país no definen con claridad el perfil del pediatra a formar. Muchos de los pediatras de nuestro país hacen su residencia en hospitales de alta complejidad, expuestos a experiencias asistenciales del tercer nivel, interactuando con múltiples especialistas y sofisticados recursos de diagnóstico y tratamiento. Al finalizar su residencia, pueden estar poco motivados y poco formados para el primer nivel de aten-

ción. Si no logran asimilarse al hospital en que se formaron pueden cargarse de contradicciones e insatisfacción. En una reciente encuesta llevada a cabo en 50 residencias pediátricas en 18 provincias de nuestro país, que incluyó más de 1.100 residentes de pediatría, el 27% no tenía incorporadas actividades de atención primaria de la salud (APS). Esto, sin duda, debe ser modificado. Debemos, además, aprender a enfrentarnos con lo que el Dr. Gianantonio denominó “la nueva morbilidad” y con una morbilidad social en permanente aumento (violencia familiar y urbana, consumo de drogas, SIDA, niños en la calle, deserción escolar, etc.).

Quiero terminar leyendo el siguiente texto de Eduardo Galeano:

“El derecho a soñar no figura en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Vamos a delirar por un ratito. Vamos a suponer que el mundo, que está patas para arriba, se pone sobre sus pies. Deliremos. El aire estará limpio de los venenos de las máquinas y no tendrá más contaminación que las que emanan las pasiones humanas. La gente dejará de ser comprada por el supermercado, manejada por el automóvil, programada por la computadora o mirada por el televisor. El televisor dejará de ser el miembro más importante de la familia y será tratado como la plancha o el lavarropas. Los economistas dejarán de llamar ‘nivel de vida’ al nivel del consumo y ‘calidad’ a la cantidad de cosas. Los cocineros dejarán de creer que a las langostas les encanta que las sirvan vivas. Los historiadores, que a los países pobres les encanta ser invadidos. El mundo ya no estará en guerra contra los pobres sino contra la pobreza. La industria militar no tendrá más remedio que declararse en quiebra por siempre jamás. La educación no será el privilegio de quien pueda pagarla. Y la policía no será la maldición de quienes no puedan comprarla. La justicia y la libertad, hermanas siamesas condenadas a vivir separadas, volverán a juntarse bien pegaditas, espalda contra espalda”.