

Que la medicina no es ciencia

Si la medicina es una ciencia, ¿entonces por qué existen diferentes protocolos médicos, y por qué lo que funciona en un paciente puede no funcionar con otro? El patólogo Francisco González Crussí parte de estas paradojas para llegar al centro del debate: la relación entre médico y paciente.

A primera vista, el título de este artículo puede parecer provocación o disparate. Nada más común hoy día que fundir y mezclar ambos conceptos, ciencia y medicina, en sólida aleación. Baste recordar que las revistas médicas tienen el mismo formato de las comunicaciones científicas, es decir, son un espacio donde los expertos se dirigen a otros expertos en un lenguaje inaccesible a los legos; que la

parafernalia del diagnóstico hoy día es un reluciente instrumental tecnológico mediante el cual los pacientes son sometidos a exámenes complejos; que estos arrojan resultados numéricos —¿y qué mejor prueba del carácter científico que su expresión matemática? Todo esto remachado por la propia imagen del médico, quien se nos presenta imponente, hierático, enfundado en una bata blanca, según la imagen popular del científico metido en su abstruso laboratorio. Así, no es de extrañar que la gente piense no sólo que las promesas de la medicina se harán efectivas usando los medios propios de la ciencia, lo cual es correcto, sino que ella misma es, a no dudarse, una ciencia, la “ciencia médica”.

Esto último es, a mi modo de ver, equivocado. Pero debo hacer una doble advertencia. En primer lugar, al hablar de medicina me refiero específicamente a la medicina clínica, al quehacer cotidiano del médico frente al enfermo. Nadie puede negar que los avances espectaculares de la medicina en años recientes se deben al progreso científico. Imposible, asimismo, negar que la asombrosa tecnología que hoy se emplea

en el diagnóstico es, esa sí, aplicación directa e inmediata de las ciencias básicas. Pero la referencia aquí es al encuentro entre dos seres, al “mano a mano” entre el enfermo y el médico. En segundo lugar, uso el término “ciencia” en su sentido tradicional o “clásico”. Lo hago con toda desfachatez, a pesar de las críticas que se le han hecho, y sabedor de que esta postura puede parecer ingenua, si no es que de plano estulta.

Vayamos por partes. Definir lo que es la ciencia es problema espinoso; los filósofos han debatido la cuestión desde antiguo. (En México el lector interesado difícilmente encontrará discusión más lúcida y accesible de este tema que el bello libro del doctor Ruy Pérez Tamayo *La estructura de la ciencia*, FCE/El Colegio Nacional, 2008.) Pero sin ahondar en tan difícil problemática, creo que todo mundo puede estar de acuerdo en que la ciencia es una actividad humana que se esfuerza por obtener una representación de la realidad libre de todo valor personal, de todo prejuicio cultural, de toda preferencia individual o parcialidad de cualquier tipo; es decir, una visión del mundo tan objetiva como sea humanamente posible.

Además, el científico hace abstracción de las cosas de su entorno. Observa un gran número de fenómenos y experiencias particulares, advierte lo que tienen de similar o uniforme, y de ahí abstrae una generalización que le sirve —tras cotejarla con los hechos observados— para comprender y manejar cuanto caso semejante se le llegue a presentar en el futuro. En otras palabras, al científico no le interesa en lo más mínimo el evento concreto en sí; le tiene sin cuidado la rica singularidad de lo individual; lo que le importa es la generalización, a la luz de la cual todos los eventos de determinada especie se vuelven comprensibles. Usando la observación y el experimento, se esfuerza por probar que sus conclusiones lógicas corresponden a ciertos aspectos de lo

que ocurre “ahí afuera”, en lo que usualmente llamamos la *realidad*. (¿Será necesario notar que también el concepto de realidad es tema de rancia controversia entre filósofos, y que hasta se ha negado que existe?) Y ya puede entonces integrar sus conceptos en su sistema lógicamente coherente, o sea, en su propia disciplina científica.

La ciencia, en cuanto tal, tiende a aumentar el acervo de conocimientos: esa es su característica fundamental. Lo mismo sucede con las personas de auténtica vocación científica. Pocos, entre quienes he conocido, son los que responden cabalmente a esta descripción, pero siempre me parecieron estar absortos por el deseo ingente, diríase obsesionante, de encontrar la respuesta a las interrogantes que se plantearon. Parecían esperar con ansiedad y pasión, como sólo puede verse en los adictos a los juegos de azar que esperan ver qué carta va a salir o dónde caerá la bolita de la ruleta, el resultado de los experimentos que habían montado. Si, como quieren muchos educadores, cada médico fuera un investigador científico, el cuidado de cada paciente representaría para ellos un experimento. Pero el científico es, por definición, un observador imparcial: jamás desearía perturbar las condiciones del experimento, porque no quiere, de ninguna manera, enturbiar los resultados. En esas condiciones, lo que al paciente le pase no es de su principal incumbencia; después de todo, la finalidad principal es adquirir mayor conocimiento, no aliviar el sufrimiento del enfermo.

Adviértase la diferencia de enfoque: para el científico, tratar a un paciente sería evaluar o analizar la efectividad de un tratamiento; para el médico, mejorar el estado del enfermo. Dicho de otro modo, los valores de la medicina se cifran sobre todo en su altruismo, en su inquebrantable orientación hacia el alivio del sufrimiento y la curación de las enfermedades. Pero ni los médicos ni los pacientes identifican estos valores como los propios de la ciencia.

Añádase a esto la diferente disposición de ánimo del científico y del médico. Aquel quiere saber, y la adquisición o solidificación del conocimiento puede convertirse, como quedó dicho, en una especie de obsesión que lo impele a perseguir, a prácticamente cualquier costo, la respuesta que busca. Pero en la práctica médica son muchas las preguntas que necesariamente quedan sin respuesta. Esta aseveración me será avalada por todos los médicos consagrados al ejercicio de la clínica. Los enfermos muchas veces tienen manifestaciones impredecibles o inexplicables. La terapia que curó a Pedro falló miserablemente en Juan, no obstante la semejanza de sus respectivas circunstancias. Los síntomas de un paciente aparecieron cuando menos se esperaban; los de otro más desaparecieron sin que pudiera aducirse una razón lógica. Una mente inveteradamente científica se desespera ante tantas preguntas irresueltas; clama por más investigaciones, mejores teorías y renovados experimentos. La incertidumbre lo atormenta; la frustración es constante.

El médico, en cambio, adopta una actitud diferente. ¿Los síntomas desaparecieron sin explicación aparente? ¿Qué más da, el paciente ahora se siente mejor. ¿Hubo muchas manifestaciones ininteligibles? Paciencia. No será la primera ni la última vez que esto suceda; pero la ignorancia de la causa de los síntomas se compensa con la posibilidad de aminorar su violencia. En suma, el interés fundamental es el bienestar del paciente. Es deseable una mayor comprensión de su enfermedad, desde luego; pero, en último análisis, “lo que importa es que el enfermo se componga”.

Hay otra diferencia fundamental entre el enfoque médico y el científico. El ideal de la ciencia en su totalidad es construir un sistema monístico de validez universal. Un físico ganador del premio Nobel lo decía con humor, al asegurar que este ideal sería algo así como llegar a formular una sola ecuación capaz de explicar *todos* los fenómenos del universo y que sin embargo cupiera en “el frente de una camiseta”. Es decir, la ciencia camina de generalización en generalización hacia un ideal unitario en el cual la enorme multiplicidad de las cosas del mundo, con su inconcebible sucesión de fenómenos únicos y diferentes entre sí, pudiera simplificarse, “limpiarse”, organizarse y reunirse bajo un solo orden racional. Claramente, este es un bello ideal, y muchos lo ven como un sueño, como algo que no es realizable. Hoy se admite que la biología tiene sistemas de leyes o normas que le son propios: los fenómenos biológicos, nos dicen los científicos investigadores del campo biomédico, no pueden predecirse con la misma exactitud con que los astrónomos predicen los eclipses. Pero, contrariamente a lo que ocurre actualmente, cuando las diferentes ciencias deben referirse a sus respectivos esquemas conceptuales, el ideal científico sería llegar a explicar todo mediante criterios valederos para cualquier rama del saber.

Sin embargo, el médico tiene que entendedérselas con seres humanos, y los seres humanos no son “generalizables”. Un apotegma que viene desde la antigüedad clásica dice que “no hay enfermedades, sólo hay enfermos”. Es decir, la experiencia de la enfermedad nunca es idéntica de paciente a paciente; cada uno la sufre de acuerdo con su única e irremplazable individualidad. Los seres humanos aman, odian, esperan, se angustian, se alegran, ambicionan, obedecen a la razón o sucumben a sus impulsos, gozan de sus triunfos o sufren de sus derrotas —y cada uno lo hace a su manera. Notaba Aldous Huxley que el físico o el químico, en cuanto ser humano, vive en ese mundo variopinto, mudable, caótico y deleznable; pero en cuanto científico habita otro mundo muy diferente. No el mundo de la diversidad y la singularidad, sino el mundo de las cualidades regulares y cuantificables. Sobre esto último, un pensador aseguraba que ningún concepto puede considerarse propiamente científico hasta tanto no pueda expresarse matemáticamente. ¿Y quién podrá medir los fenómenos específicamente humanos? El médico, entonces, se ve redu-

Francisco González Crussí

cido o bien a la vergonzante admisión de que no le interesa el ser humano en su totalidad, sino únicamente los aspectos orgánicos, o bien debe aceptar que su campo no es científico (usando el término, insisto, en su sentido “clásico”), puesto que se ocupa de lo que no es mensurable.

Un ejemplo es el dolor. ¿Cómo medirlo o cuantificarlo? A principios del siglo XIX la confianza excesiva en la ciencia generó la “metromanía”, es decir, el prurito de medir absolutamente todo. La medición del dolor no fue una excepción, y para ello se concibieron ideas que hoy nos hacen reír o nos parecen grotescas y desquiciadas. Así, un médico de nombre M.A. Petit defendió la tesis de que era posible una clasificación del dolor de acuerdo con los tonos de modulación de los gritos o quejas del sufriente. Escribió que “los gritos que arranca la aplicación del fuego pertenecen a los tonos graves, mientras que los que produce el dolor por herida punzocortante son de tono agudo”. Otro médico joven, sin duda inspirándose en tan original paradigma, elaboró poco después la idea de que era posible descubrir el órgano corporal afectado según los gritos que el paciente emite. Era factible “reconocer que tal o tal órgano está afectado de una enfermedad dolorosa estudiando el modo de la queja que la acompaña: los gritos y los gemidos son rasgos de la fisionomía del dolor: ¿por qué no observarlos tal como se observan los que corresponden a los caracteres y a las pasiones?” Con esa pregunta aludía el joven médico a otra boga que cundió durante los siglos XVIII y XIX (y que perdura hoy, pero sólo al margen de la medicina oficial), la “fisiognomía”, la pseudociencia que pretendía distinguir el carácter, el temperamento y toda la psicología de una persona mediante el estudio detallado de sus rasgos faciales.

Bien está que la ciencia, en su proceder metódico y sistemático, trate de reducir todo a número y medida: su análisis tiene que ser reduccionista; así lo exige su naturaleza. Además, ese método de reducción, abstracción y generalización ha tenido un éxito espectacular, al menos en tiempos relativamente recientes. Al médico le permite indagar lo que está mal en los órganos del cuerpo. “Hasta aquí no hay ningún problema”, escribió el psiquiatra y filósofo alemán Viktor Emil von Gebattel (1883-1976), y añadió: “pero si lo que se quiere indagar con un instrumento de evaluación es qué significa ‘ser humano’, ahí sí que hay problema”.

Una diferencia más. La ciencia impone criterios normativos perfectamente claros e invariables: la manera correcta de efectuar un procedimiento se reconoce porque produce resultados exactos y reproducibles –los mismos en México que en China o en Timbuctú. Análogamente, se supone que una “ciencia médica” establece las maneras correctas para diagnosticar y tratar las enfermedades, y que estas disposiciones son aceptadas y respetadas por la comunidad científica

a nivel mundial, hasta tanto no sean refutadas por el método científico. Pero no es así. La experiencia enseña que en la medicina clínica interviene el prejuicio, la parcialidad, el apego excesivo a valores sociales, el chovinismo nacional y el subjetivismo: en suma, todo aquello que se considera fundamentalmente anticientífico. Los siguientes ejemplos ilustran esta aseveración.

Se han descrito enfermedades aceptadas por el gremio médico de un país y descartadas en otro. La “espasmofilia”, descrita en 1948 y caracterizada por la tendencia a desarrollar contracciones musculares espásticas acompañadas de hiperventilación y ansiedad, es una enfermedad que ocupó grandemente la atención de la medicina francesa. Se le excluyó formal y definitivamente de otras latitudes. Es, como alguien observó, un “diagnóstico francés”. En países de habla inglesa se dijo que era asimilable a otro padecimiento, que ahí dieron en llamar “hiperventilación crónica”. Pero ni la manera de diagnosticar ni la forma de tratar dichas enfermedades eran iguales en los diferentes países. En Francia el tratamiento comprendía inyecciones de calcio o magnesio; en Inglaterra la enfermedad más o menos equivalente, la hiperventilación crónica, se trataba sin fármacos, sólo con entrenamiento sobre el control de la respiración. Obviamente, los franceses no son fisiológicamente diferentes de los habitantes de otros países europeos; las diferencias son de naturaleza cultural.

En Francia se recurre a formas alternativas de medicina que en otros países se relegan o se exceptúan. Por ejemplo, muchos médicos alópatas no dudan en recomendar medicinas homeopáticas, dado que la homeopatía goza de alto crédito en su país. En contraste, en Estados Unidos se piensa que es charlatanería pura: un auténtico embuste o fraude perjudicial a la salud de la población. De semejante manera, la medicina oficial francesa (y la de otros países europeos) sanciona el uso de aguas termales y baños en diversos manantiales. Diferentes hontanares tienen la reputación de ser beneficiosos para determinados padecimientos: unos, para enfermedades renales; otros, para males de la piel; otros, para la artritis; etcétera. En la medicina oficial americana, en cambio, fontanas y alfaguaras ocupan un lugar reducidísimo; la mayor parte de los médicos no incluyen este recurso en sus recomendaciones terapéuticas, pues opinan que su efecto es puramente psicossomático. Los médicos europeos, sin excluir el efecto psicossomático, piensan que, a falta de curaciones definitivas, los baños termales son capaces de inducir verdaderas remisiones de la enfermedad por medio año o más.

Los mismos síntomas pueden recibir un diagnóstico diferente según donde resida el paciente. Cifras de presión arterial que en Estados Unidos se consideran anormalmente altas, y que deben tratarse, serían adjudicadas de carácter dudoso o “límitrofe” (*borderline*) en el Reino Unido, donde no se daría ningún tratamiento. De modo semejante, una presión arterial baja (hipotensión) no se considera anormal

en Estados Unidos (excepto, por supuesto, cuando es parte del estado de *shock*). En ausencia de síntomas, la medicina americana no admite que la hipotensión represente una verdadera enfermedad; al contrario, la consideraría como un factor favorecedor de longevidad. Pero en Alemania una persona con una presión arterial máxima (sistólica) de 80 milímetros de mercurio casi seguramente recibiría tratamiento con fármacos. En ese país diversos estudiosos han notado una obsesión por el corazón: las medicinas cardiotónicas, como la digital, se recetan con inusitada frecuencia y a dosis mayores que en otros países.

Lo más sorprendente es que, según reportó un estudio, un médico alemán bien entrenado lee un electrocardiograma y lo reporta como indicativo de “insuficiencia cardíaca” (*Herzinsuffizienz*, un diagnóstico desmesuradamente popular en Alemania) cuando su homólogo francés, inglés o americano leen el mismo trazado como “normal”. Hecho perturbadoramente aleccionador: hasta las pruebas de diagnóstico más impersonales y automatizadas están sujetas a interpretación subjetiva. Bien conocido es el hecho de que, en una proporción nada despreciable de casos, puede haber desacuerdo entre diferentes radiólogos leyendo un mismo mamograma o entre varios patólogos leyendo al microscopio un mismo tejido de biopsia. Pero aun cuando se trata de lecturas aparentemente libres de posible sesgo subjetivo, como pueden ser resultados numéricos de componentes bioquímicos, varios estudios demuestran que es posible introducir manipulaciones e interpretaciones de carácter indudablemente subjetivo.

La medicina en Estados Unidos se ha distinguido por ser, según se dice, “agresiva”. Hay una tendencia muy marcada a intervenir activamente bajo cualquier circunstancia. Una regla implícita proclama que en todos los casos “será siempre mejor hacer algo que no hacer nada”. Las consecuencias para México son obvias: el innegable liderazgo que Estados Unidos ejerce en la medicina mundial, su vecindad con México y el hecho de que muchos de los mejores especialistas mexicanos toman entrenamiento profesional al norte de la frontera son factores que explican por qué los problemas de la profesión médica son con frecuencia comunes en ambos países.

Ejemplos palmarios de la “agresividad” médica estadounidense no son difíciles de encontrar. Centenares de miles de mujeres sobrellevan una histerectomía, es decir, la

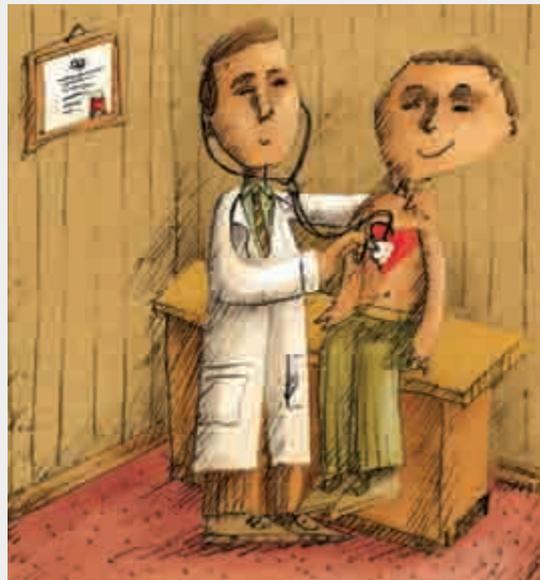
remoción completa del útero. Un estudio en la década de los ochenta estimaba que el 2% de las mujeres americanas entre 35 y 44 años se había sometido a esa operación. En Inglaterra se hacía apenas la mitad de ese número de histerectomías; todavía menos en otros países europeos. Una mujer joven con “miomas” o “fibromas” del útero (tumores benignos de la matriz, frecuente causa de sangrado y una de las principales razones por las cuales se practica la histerectomía) tiene mucho más probabilidades de ser sometida a una histerectomía total en Estados Unidos que en Europa. Cirujanos conservadores preconizan la “miomectomía”, o sea, la remoción del tumor solamente, pero no del útero entero, siempre que esto sea posible —sobre todo en mujeres jóvenes, en quienes

es importante preservar la función reproductora. En la nación americana esta orientación es tan infrecuente que muchas mujeres ni siquiera han oído hablar de la miomectomía. Más aún: hasta 1975 uno de los principales libros de texto de ginecología aprobaba la histerectomía total con remoción completa de ambos ovarios, comentando que una vez que la mujer había tenido familia esos órganos resultaban “inútiles” —pero desatendiendo el hecho de que a veces había que administrar hormonas ováricas a la paciente durante años después de la cirugía.

Que el prejuicio y los valores culturales tienen mucho que ver con estos hechos se hace evidente

al constatar que dentro de la población americana las mujeres de las poblaciones minoritarias y destituidas, como las negras y las hispanas, son sometidas a esa operación con mucho mayor frecuencia —y obedeciendo a indicaciones mucho más amplias— que las mujeres blancas de clase media o acomodada.

En Estados Unidos lo mismo sucede con los tratamientos médicos, esto es, no quirúrgicos: las dosis de fármacos que se administran son con frecuencia más altas, y los periodos de tratamiento más largos, que en otras latitudes. Curiosamente, aun cuando se trata de atenuar las dosis de las drogas y suprimir las intervenciones demasiado agresivas, el lenguaje en que se formula la nueva directriz conservadora sigue teniendo un cariz belicoso y acometedor. Por ejemplo, cuando las autoridades gubernamentales de salubridad se dieron cuenta de que el uso de fármacos era excesivo en el tratamiento de padecimientos cardiovasculares, y que era mejor tratar de sustituir el tratamiento farmacológico con medidas de vida sana,



Ilustraciones: LETRAS LIBRES/Julian Ocaro

Francisco González Crussí

como bajar de peso, dejar de fumar y vigilar la dieta, las nuevas disposiciones habitualmente se expresaban diciendo que “es importante seguir esta política *agresivamente*”. En el ambiente médico el espíritu agresivo adopta un lenguaje abiertamente castrense: se habla de “la guerra contra el cáncer”, y de la enfermedad o la muerte como del “enemigo”.

Las hipótesis que han tratado de explicar estas diferencias nacionales merecen aquí sólo una breve mención. La importancia desmedida que los alemanes parecen conceder al corazón (un estudio mostró que 1 de cada 5 habitantes de un municipio en cierta zona occidental de Alemania se había hecho un electrocardiograma) se ha relacionado con el simbolismo de este órgano y el papel descollante que la nación germánica tuvo en el movimiento romántico del siglo XIX. La importancia que los franceses conceden al “terreno”, es decir, a las condiciones del individuo en quien se desarrolla la enfermedad, sería consecuencia del cartesianismo, con su dualidad cuerpo-alma, cuya historia se enfatiza grandemente en el sistema escolar francés. En cuanto a la agresividad americana, se ha dicho que Estados Unidos evolucionó gracias al tesón de generaciones de inmigrantes, sobre todo europeos, quienes tuvieron que domeñar el “oeste salvaje” y bastarse a sí mismos como pioneros en condiciones de ruda adversidad. Fue así como surgió un espíritu nacional tozudo, combativo y propenso al ataque. Pero este espíritu no es uniformemente perjudicial, también tiene un lado positivo: es un estímulo poderoso para la innovación y la investigación, actividades en las cuales la nación americana ha logrado colocarse a la cabeza del resto del mundo, a juzgar por el número de sus inventores y científicos reconocidos y galardonados internacionalmente.

Que estas interpretaciones de los diversos temperamentos nacionales tengan mérito, o no, es algo que me juzgo incapaz de decidir. Pero el punto importante es que los ejemplos mencionados, y muchos más que no es posible citar en este espacio, muestran a las claras que la medicina mal puede llamarse una ciencia (insisto, en el sentido “clásico” de la palabra). Sus doctrinas y procedimientos cambian de país a país y su práctica está profundamente influenciada por actitudes y valores personales, modas y prejuicios.



La tarea intelectual del médico debe ser doble: entender la enfermedad y entender al paciente. Parece haber un método bien probado y eficaz para lo primero, pero no hay uno equivalente para lo segundo. Este es el desafío presente en el “mano a mano” con el paciente. El encuentro con el enfermo constituye un reto: la enfermedad se manifiesta con síntomas y signos, pero estos no hablan por sí mismos; le corresponde al médico dotarlos de un sentido, y esta atribución es un proceso subjetivo restringido por el conocimiento, la experiencia y la habilidad del facultativo. A cada paso acecha la incertidum-

bre; los signos pueden ser caprichosos, mentirosos, delusivos: las heces fecales de color negro pueden significar sangrado gastrointestinal alto, pero también puede ser que el paciente haya tomado salicilato de bismuto o simplemente que ayer comió nabos verdes. Todo depende. Una diarrea en un joven fuerte y sano habitualmente es algo trivial, pero en un anciano encamado puede anunciar una oclusión intestinal de pronóstico grave. El contexto en que aparece cada signo es de gran importancia, tanto para el diagnosticador como para el enfermo. Una infección en una uña de un dedo de la mano tiene una resonancia mental mínima para un gerente de banco, pero es devastadora en un pianista de concierto. La interpretación médica de los signos es una inferencia, y en cuanto tal está estragada por la duda y la incertidumbre.

Por tratar de escapar al peligro de la interpretación subjetiva, la medicina moderna ha caído en el otro extremo, que es el de tratar de convertirse en una disciplina puramente cuantitativa. La ironía es que eso equivale a suprimir al sujeto mismo, esfumarlo o desaparecerlo como ser humano viviente y multifacético. Antes se estudiaba el paciente con cáncer; hoy se estudia una serie de “marcadores” bioquímicos –sustancias, cada vez más abundantes, cuya cuantificación permite pronosticar la progresión del tumor. Antes se examinaba el paciente con una enfermedad hereditaria; hoy se escruta minuciosamente su genoma, simbolizado en papel por columnas de rayas paralelas. Antes, en un hospital de enseñanza, el médico jefe de servicio, en su papel de profesor y acompañado de sus estudiantes, “pasaba visita” a los enfermos a su cargo, se detenía a charlar con cada uno de ellos y, tras solicitar su anuencia con la debida delicadeza y circunspección, demostraba maniobras de interés diagnóstico o terapéutico para la edificación de sus educandos. Hoy en los más afamados hospitales universitarios la visita consiste en una veloz y brevísima conversación con el afligido y una detenida consideración de los resultados de laboratorio. Profesor y estudiantes se congregan en derredor del expediente para discutir, con prolijidad agobiante, cada minúsculo cambio en la cifra de electrolitos, de leucocitos o de otros análisis de laboratorio.

La diligencia y asiduidad de los galenos es admirable; siguen los trazos del electrocardiograma con la intensidad de inversionistas cuya fortuna dependiera de las oscilaciones de la gráfica del mercado de valores. Pero, a todo esto, el paciente se pregunta: “¿Y yo?” Imposible culpar a los médicos de negligencia: vienen regularmente y despliegan una encomiable atención a los reportes y las notas del expediente. Sin embargo, confesaba un paciente: “Yo lo que quería saber es si me iba a morir al día siguiente.”

Cosa curiosa: a medida que la medicina se va haciendo cada vez más precisa, más cuantitativa y, en una palabra, más “científica”, el enfermo se va sintiendo más y más solo. Hoy la información se multiplica a ritmo exponencial.

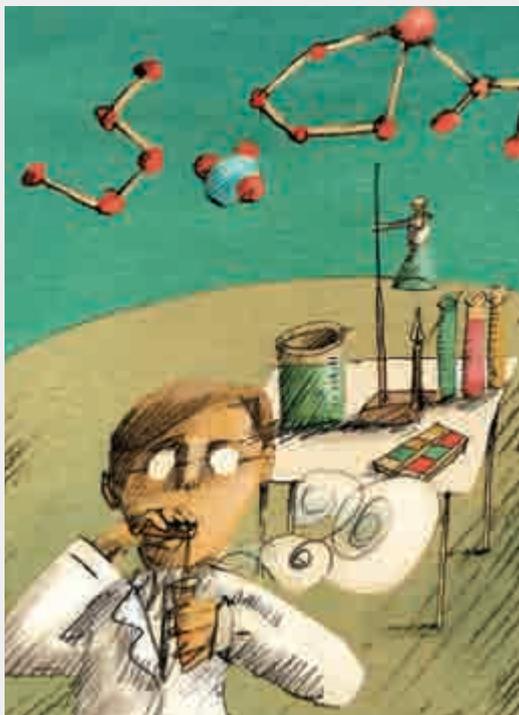
Internet pone al alcance del público una masa inmensa de datos. Programas televisivos informan sobre nuevas drogas, mejores tratamientos y técnicas quirúrgicas novedosas. Este diluvio de información es a un tiempo bendición y maldición para los pacientes. Una persona cae enferma de cáncer y se entera de los posibles beneficios que puede recibir de drogas que acaban de salir al mercado, de regímenes de radioterapia recién diseñados y de operaciones quirúrgicas prometedoras. ¿Qué tratamiento escoger? Los expertos no saben. “Estamos en la frontera del conocimiento médico”, dicen. Y agregan: “Es usted quien debe escoger. La decisión es suya, de acuerdo con sus valores personales.” Y el enfermo, cansado, apesadumbrado y exhausto, expresa su desconsuelo: “¡Pero si yo no soy médico! ¿Cómo voy a saber qué escoger?” Un artículo en *The New York Times* de agosto de 2005 describía aptamente la situación en su encabezado: “HASTA LA CORONILLA DE INFORMACIÓN, LOS PACIENTES CONFRONTAN UN CAMINO SOLITARIO E INCIERTO”.

El progreso médico impone al enfermo nuevos pesares y cargas insólitas. Ante se veía al médico como la suprema figura de autoridad. La relación médico-paciente era comparable a la de los vasos comunicantes. Para que el líquido que contienen pueda fluir del uno al otro, es necesario que estén a diferente nivel el uno del otro. En esta metáfora el líquido es la *vis curativa*. Y el médico, naturalmente, es el vaso en la posición superior, puesto que el enfermo pide ayuda, contrito y necesitado, mientras que el médico, confiado y seguro (o aparentando estarlo), es quien ha de proporcionar el socorro que se le pide. El desnivel se consideraba esencial: si no existiera, la fuerza curativa encontraría dificultad en pasar de un recipiente al otro. El médico debía, necesariamente, estar arriba. Era él (en su mayoría eran hombres) quien sabía y decidía. Pero esta actitud autoritaria y paternalista se hizo sospechosa. En efecto, era una forma de opresión contraria al espíritu libertario, y se prestaba a abusos. La gente protestó. En los países industrializados el paternalismo médico fue seriamente erosionado; una encuesta en Estados Unidos entre pacientes que habían recibido un diagnóstico serio reveló que a más de la mitad se les ofreció un “menú” de opciones terapéuticas. Se les dijo: “Este es el diagnóstico, y estas son las opciones terapéuticas. ¿Qué quiere usted hacer?” La tercera parte de los encuestados

(entre 45 y 65 años de edad) dijeron haber tomado la decisión por sí mismos.

Los pacientes quieren sentir que tienen cierta medida de control sobre la aflicción que los aqueja. Pero la plétora de información los abruma y los confunde. En su enorme mayoría no están preparados para hacer la decisión que se les pide. Gran parte de la información que obtienen es inmadura, incompleta, falta de confirmación o francamente errónea. Declaró un sociólogo americano al examinar esta situación: “Las personas desean sentir que forman parte de su cuidado médico. Pero no quieren ser dejadas solas para tomar todas las decisiones por sí mismas. Cuando un médico les dice: ‘Aquí

están sus opciones’, sin ofrecerles ni ayuda ni juicio experto, es una forma de abandono.” El autoritarismo paternalista del médico se ha debilitado. En buena hora. Pero su papel de guía y experto es hoy tan deseable como ayer.



Los avances de la informática hacen posible la transmisión expedita de toda suerte de datos. Notas, apuntes, imágenes y documentos antes dispersos hoy se envían con sorprendente celeridad a las pantallas de las computadoras en cualquier parte. En un hospital moderno ya no es necesario ir a ver la placa de rayos X al departamento de radiología, o los resultados de la cuenta hemática al laboratorio, o la historia clínica del enfermo al expediente: todo esto, imágenes, resultados, resumen clínico, se consigue en el acto, con sólo hacer

un clic en la computadora portátil. De ahí que, en las instituciones hospitalarias más renombradas de Estados Unidos, la tradicional rutina diaria de “pasar visita” se ha transformado, en gran parte, en una sesión durante la cual el profesor y sus alumnos se sientan alrededor de una mesa a examinar los datos de la evolución de los enfermos en una pantalla televisiva. Un médico, escribiendo con ironía en una revista especializada, decía que si un ser extraterrestre curioso de saber cómo se atiende a los enfermos en la Tierra descendiera a nuestro planeta, probablemente concluiría que el método consiste en que los médicos se encierran en un búnker, alrededor de una mesa, cada uno ensimismado en los datos que aparecen en su respectiva *laptop*. Los estudiantes de medicina aprenden cada vez más junto al monitor electrónico que a la cabecera de la cama del enfermo.

Francisco González Crussí

Los clínicos más avezados y formados a la vieja usanza protestan ante este estado de cosas. El cuerpo humano, dicen, es un libro de texto que cambia constantemente y que debe ser inspeccionado, auscultado, manipulado y percutido atentamente de acuerdo con la venerable tradición del “examen físico completo”. La habilidad para ejecutar estas maniobras se va perdiendo poco a poco en los países con mayor avance tecnológico. ¿Qué caso tiene afinar la sensación táctil para palpar el abdomen del paciente cuando hay máquinas de ultrasonido portátiles que pueden decirnos, al momento y con mayor precisión que la mano, si existe, o no, un quiste en el ovario? ¿Para qué esmerarse en cultivar el sentido del oído y tratar de distinguir los complejos ruidos del corazón con el estetoscopio cuando la tecnología actual –el ecocardiograma, la resonancia magnética, la tomografía computarizada– produce imágenes que retratan la anatomía de las válvulas cardíacas con asombrosa claridad, y nos informa de su estado funcional con un detalle y una precisión antes inimaginables? Objeciones semejantes pueden hacerse actualmente contra casi todos los aspectos del examen físico tradicional del paciente.

Los maestros clínicos “a la vieja usanza” aducen razones técnicas y prácticas para no olvidar los procedimientos tradicionales del examen del enfermo a la cabecera de la cama. Advierten que nada sustituye el examen experto y reiterado; que a veces el simple olor del cuarto le sugiere al médico sagaz una nueva línea de investigación diagnóstica; que una observación o comentario de un familiar o un amigo del enfermo reorientan el pensamiento del médico; que por omitir el examen frecuente del paciente se dejan de ver importantes signos y síntomas de aparición reciente; que hay manifestaciones físicas que no son reflejadas por ningún examen de laboratorio; y, en fin, que está demostrado que el médico que prescinde del examen físico del enfermo tiende a ordenar pruebas de laboratorio innecesarias, contribuyendo así al alto costo de la atención médica. Se arguye también que el médico debe estar preparado para ejercer su profesión en cualquier circunstancia, y siempre es posible que la vida coloque al galeno en un medio carente de sofisticados aparatos tecnológicos y, en ese caso, deberá confiar en la información recogida por sus sentidos.

Hay también razones de otro orden que recomiendan el examen físico del enfermo a la manera tradicional. Desde el punto de vista de la educación del médico, aprender directamente del cuerpo del enfermo produce satisfacciones intelectuales insustituibles e imparte lecciones de humildad de valor moral incalculable. Tiene un aire “detectivesco” el ir recogiendo uno por uno los indicios diagnósticos e integrar con ellos, mediante un riguroso proceso analítico y deductivo, una formulación del proble-

ma médico. Entre estudiantes, los médicos que desarrollan esta habilidad en alto grado comparten la reputación de Sherlock Holmes, el célebre detective de las novelas de Sir Arthur Conan Doyle.

Pero hay todavía una razón de orden superior y diríase inefable que recomienda el examen físico del paciente. Es que dicho procedimiento es un verdadero ritual, con todo el valor simbólico de los ritos o ceremonias más solemnes. Su impacto psicológico no puede descuidarse: el paciente se da cuenta de quién es el médico que prefiere alejarse de su contacto, que lo examina perfunctoriamente, y quién es el profesional que se acerca a él sin temer ni rehuir su contacto y está genuinamente interesado en proporcionarle alivio. Se establece así un vínculo entre dos seres humanos, la antiquísima relación médico-paciente en su forma más excelsa y respetable. Se ha escrito, con palabras que no pueden tacharse de lirismo desmesurado, que la cama del paciente es territorio sagrado: el espacio donde un ser humano puede tocar, palpar, manipular, auscultar a otro –actos que fuera de este contexto pudieran incriminarse como delictuosos– con un fin puramente altruista, al que nadie puede imputar falta, crimen o maldad.

Hace medio siglo don Salvador de Madariaga resumió mucho de lo dicho hasta aquí en un par de compendiosos párrafos que puedo parafrasear muy de cerca como sigue. Si el ser humano no es más que un ser biológico, y la biología no es más que un conjunto de leyes fisicoquímicas, entonces debe ser posible construir una biomedicina. Esta sería una especie de “mecánica biológica”, cuyas leyes rigen el funcionamiento y condicionan la reparación de las partes de la máquina humana. En ese caso, podríamos hablar de una “ciencia médica” y la tarea del doctor consistiría en adquirir un vasto conocimiento de las leyes de esa ciencia para aplicarlas de manera uniforme, y por así decirlo automática, con poca participación de su criterio personal. Pero si, por el contrario, el ser humano es sobre todo y principalmente un ser vivo en cuya especie cada individuo es nuevo y original, un ser fuertemente influenciado por facultades ultrafísicas –mente, espíritu, intelecto, emociones–; si, en una palabra, el hombre es un ser que puede regirse solamente desde su propio centro, entonces la medicina sería un arte o artesanía que se aplica en cada caso a un individuo concreto. Y en ese caso, así como se ha dicho que “no hay enfermedades, sólo hay enfermos”, de igual manera habría que decir que “no hay medicina, sólo hay médicos”.

La verdad, de acuerdo con Madariaga, cae en un punto intermedio entre estos dos polos, “pero gravita definitivamente hacia el segundo”. En esto concuerdo con el distinguido escritor español. De ahí la afirmación polémica de que la medicina *clínica* no es una ciencia. Esta, vale decir con mayor justicia, no es *del todo* una ciencia –gravita definitivamente hacia el arte. –