

Atributos de un médico

INTRODUCCIÓN

Querría escribir algunas reflexiones sobre lo que se podría entender son las cualidades que caracterizan a un médico, por lo menos a un médico que asiste pacientes; o sea, los *atributos de un médico*, ya que para la Real Academia Española la palabra *atributo* significa, como primera acepción, “cada una de las cualidades o propiedades de un ser”. En su última y quinta acepción (teológica), quizás como un eco de los planteos de Spinoza, se refiere a “cualquiera de las perfecciones propias de la esencia de Dios; como su omnipotencia, su sabiduría, su amor, etc.”

Spinoza al comienzo de su obra magna (“Ética demostrada según el orden geométrico”), en la demostración de la proposición X (Parte I) dice: “Un atributo es, en efecto, lo que el entendimiento percibe de una sustancia como constituyendo su esencia (*definición IV*), y por consiguiente debe ser concebido (*definición III*) por sí mismo.” (1)

En una carta a Simón de Vries (Carta IX), tal vez su amigo más cercano y miembro principal del círculo spinociano de Ámsterdam, en una aclaración escribe: “Pues la definición misma tal como se la envié, si no me equivoco, dice así: *Por sustancia entiendo aquello que es en sí y se concibe por sí; es decir, cuyo concepto no implica el concepto de otra cosa. Por atributo entiendo lo mismo, excepto que es llamado atributo con respecto al entendimiento que atribuye a la sustancia esa determinada naturaleza*”. (2)

En la carta siguiente al mismo de Vries le señala “..., porque la experiencia no enseña las esencias de las cosas, pues lo máximo que puede hacer es determinar a nuestro espíritu a que medite solamente acerca de ciertas esencias de las cosas.”

En principio, siguiendo a Spinoza, deberíamos meditar cuál es la manera de ser de un médico que asiste pacientes, pensando sólo en forma metafórica que si fuera una sustancia le corresponderían, según mi visión particular, tres atributos principales que formarían la esencia de la manera de ser médico. *Entender la enfermedad*, que sería cómo la gente visualiza que es el meollo de nuestro oficio. *Comprender al paciente*, porque como las enfermedades las llevan en su cuerpo las personas, en realidad no curamos la enfermedad sino al paciente, que es quien padece la enfermedad. *Cambiar el modo de vida* porque influimos, o deberíamos, intentando el cambio, ya sea en forma directa o indirecta, de las

Entiendo por atributo lo que el entendimiento percibe de una sustancia como constituyendo su esencia.

BARUCH DE SPINOZA I definición IV (1)
 (“Ética demostrada según el orden geométrico”)

condiciones económicas, sociopolíticas y culturales que son las formas características, estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades, que es lo que constituye su *modo de vida*.

Ahora me voy a introducir en cada uno de estos atributos, en un orden que no significa ningún orden jerárquico, porque cada uno de ellos son atributos mayores posibles y también necesarios, que constituirían la esencia *spinociana* de ser médico.

ENTENDER LA ENFERMEDAD

Una vez que se ha excluido lo imposible, lo que queda, por improbable que resulte tiene que ser la verdad.

SHERLOCK HOLMES
 (“La diadema de berilo”)

El sistema de investigación policíaca que utilizaba Sherlock Holmes para resolver sus dilemas detectivescos, que es el mismo que utilizamos los médicos para realizar los diagnósticos, se llama *inferencia a la mejor explicación*. Es una forma particular de inferencia que, partiendo de ciertos datos o evidencia disponible, llega a la formulación de la hipótesis que mejor explica esos datos. (3)

Se identifica con la regla que Charles S. Peirce llamó *inferencia por retroducción* (o *abducción*), que funciona de la siguiente forma: si ninguna otra hipótesis alternativa puede explicar los hechos u observaciones (según Sherlock Holmes, *una vez que se ha excluido lo imposible*), tan bien como lo hace “nuestra hipótesis” (*lo que queda*), en consecuencia, “nuestra hipótesis” es posiblemente verdadera (*por improbable que resulte tiene que ser la verdad*).

Se diferencia de la inferencia del silogismo deductivo clásico que utiliza la secuencia de la *premisa mayor* o “regla general” aceptada, observa el “caso particular” (*premisa menor*) y llega a la “conclusión” o el *resultado*. Podemos ejemplificarlo en el siguiente silogismo.

Premisa mayor (regla general): *cada vez que llueve se moja el patio.*

Premisa menor (caso particular): *ayer llovió.*

Resultado (conclusión): *la lluvia mojó el patio.*

La deducción tiene características de certeza, pero al mismo tiempo es monótona, ya que no incorpora ni es sensible a ninguna información nueva adicional. En cambio, en la *inferencia a la mejor explicación*, o inferencia por *retroducción* de C. S. Peirce, la secuencia lógica es inicialmente también la *premisa mayor* o “regla general”, pero se salta de ella rápidamente al *resultado* o “conclusión” y por último le sigue el “caso particular”. En esta situación sería:

Premisa mayor (regla general): *cada vez que llueve se moja el patio.*

Resultado (conclusión): *la lluvia mojó el patio.*

Premisa menor (caso particular): *ayer llovió.*

Se razona del *resultado* (conclusión) al “caso particular”. Como le explica Holmes a Watson en el “Estudio en Escarlata”, “*son pocas las personas que, si se les cuenta el resultado, son capaces de extraer de lo más hondo de su propia conciencia los pasos que condujeron a ese resultado*”. O en otra ocasión, afirmaba categóricamente: “*El único punto del caso digno de mención fue el curioso razonamiento analítico de los efectos a las causas*”. (Fig. 1)

La inferencia a la mejor explicación tiene siempre posibilidades de no certeza, porque el salto a la conclusión de que “*la lluvia mojó el patio*” porque la hipótesis aceptada como regla general es que “*cada vez que llueve se moja el patio*” puede ser desafiada por una hipótesis alternativa mejor, puesta en consideración por un observador más sagaz, como “*quedó abierta la canilla del patio*”. Pero eso, la *inferencia a la mejor explicación* tiene la gran virtud de que no es monótona, ya que es pasible y sensible a la incorporación de información nueva adicional.

Quizás la forma en que Holmes hallaría para explicarle lo más llano posible al elemental Watson, sería que si en la inferencia a la mejor explicación:

- Se observa un *hecho sorprendente*.
- Pero si la *hipótesis que considero fuera verdadera*, el hecho sorprendente se transformaría en un *hecho corriente*.
- Por lo tanto, tengo razones para sospechar que la *hipótesis que considero es verdadera*.

Lo que estamos discutiendo podemos verificarlo en un texto de Voltaire de 1747, “Zadig”, el héroe babilónico de ese nombre, que ofrece muchas analogías con los métodos de la inferencia a la mejor explicación, en el episodio de la pérdida del caballo del rey. (4)

“*Zadig... buscó la felicidad en el estudio de la naturaleza. No hay mayor ventura, decía, que la de un filósofo que lee en ese gran libro que Dios ha puesto ante nuestros ojos... Convencido de ello, se retiró a una casa de campo a orillas del Éufrates... estudió sobre todo las propiedades de animales y plantas, y adquirió pronto una sagacidad que descubría mil diferencias allí donde los otros hombres no ven más que uniformidad.*

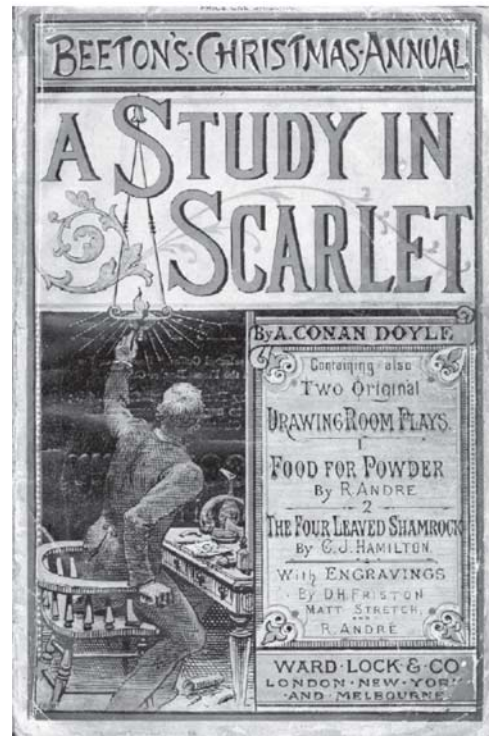


Fig. 1. Tapa de “Estudio en Escarlata”, aparecido en 1887.

Un día, paseando cerca de un bosquecillo, vio acudir corriendo hacia él a un eunuco de la reina, seguido por varios oficiales que parecían extremadamente preocupados, y que corrían de acá para allá como hombres fuera de sí que buscan algo muy precioso perdido...

Precisamente en aquella misma época, por una rareza ordinaria de la fortuna, el mejor caballo de la cuadra del rey se le había escapado de las manos a un palafrenero en las llanuras de Babilonia. El montero mayor y los demás oficiales corrían tras él tan preocupados como el primer eunuco tras la perra. El montero mayor se dirigió a Zadig, y le preguntó si no había visto pasar el caballo del rey. “Es”, contestó Zadig, “el caballo que mejor galopa; tiene cinco pies de altura y el casco muy pequeño; lleva una cola de tres y medio de largo; los adornos del bocado de su freno son de oro de veintitrés quilates; sus herraduras de plata de once denarios.” “¿Qué dirección tomó? ¿Dónde está?”, preguntó el montero mayor. “No lo he visto, contestó Zadig, y nunca oí hablar de él.”

El montero mayor y el primer eunuco no dudaron ni por un momento de que Zadig hubiera robado el caballo del rey y la perra de la reina; lo mandaron llevar ante la asamblea del gran Desterham, que lo condenó al knut y a pasar el resto de sus días en Siberia. Apenas fallado el juicio aparecieron el caballo y la perra. Los jueces se vieron en la dolorosa necesidad de rectificar su sentencia, pero condenaron a Zadig a pagar cuatrocientas onzas de oro por haber dicho que no había visto lo que había visto. Primero

hubo de pagar la multa; luego se le permitió a Zadig defender su causa en el Consejo del gran Desterham; habló en estos términos:

“... puesto que se me permite hablar ante esta augusta asamblea, os juro por Orosmade que nunca vi la respetable perra de la reina, ni el caballo sagrado del rey de reyes. Esto es lo que me ha pasado. Me paseaba hacia el bosquecillo donde luego encontré al venerable eunuco y al muy ilustre montero mayor...”

“En cuanto al caballo del rey de reyes, sabréis que, paseándome por los caminos de este bosque, vi señales de herraduras; estaban todas a igual distancia. Este caballo, dije, tiene un galope perfecto. El polvo de los árboles, en un camino estrecho que no tiene más de siete pies de anchura, estaba un poco quitado a derecha e izquierda, a tres pies y medio del centro del camino. Este caballo, dije, tiene una cola de tres pies y medio, la cual, al moverse a derecha e izquierda, ha barrido el polvo. He visto bajo los árboles, que formaban una bóveda de cinco pies de altura, las hojas recién caídas de las ramas; y he sabido que este caballo las había tocado y por ende que tenía cinco pies de altura. En cuanto al bocado del freno, debe ser de oro de veintitrés quilates; pues se ha restregado contra una piedra a la que he reconocido como piedra de toque y que he probado. Por fin juzgué, por las marcas que sus herraduras dejaron en piedras de otra clase, que llevaba herraduras de plata fina de once denarios.”

Todos los jueces admiraron el profundo y sutil discernimiento de Zadig; la noticia llegó hasta el rey y la reina.... , el rey mandó que le devolvieran la multa de cuatrocientas onzas de oro a la que había sido condenado.”

¿Cómo hace Zadig para reconocer las marcas dejadas por el caballo? Lo que hace Zadig es reconocer las “improntas”, los “síntomas” y los “indicios” y armonizarlos para “inventar” la idea mental del caballo, que se contextualiza en el mundo real en el “caballo sagrado del rey de reyes”. Como dice Spinoza (Ética II, proposición 7), “el orden y la conexión de las ideas son los mismos que el orden y la conexión de las cosas.” Y afirma en el escolio. “..., pertenece a una sustancia única, y, por consecuencia, que sustancia pensante y sustancia extensa es una sola y misma sustancia comprendida, tan pronto bajo un atributo como bajo el otro..., ya que concebimos la Naturaleza bajo el atributo de la Extensión o bajo el atributo del Pensamiento o bajo otro cualquiera, encontraremos un solo y mismo orden o una sola y misma conexión de causas, es decir, las mismas cosas deduciéndose las unas de las otras.” (1)

Siguiendo el razonamiento de Umberto Eco, (5) el caso más elemental de producción de signos es la “impronta”, que es una marca que se puede poner en correlación con una posible causa física, en el caso del caballo del rey sus marcas no tenían la intención de producir signos, sino que se transforma en signo cuando se lo reconoce. Sin embargo, una impronta comprende una serie de inferencias, ya que la huella del

casco sólo reproduce la forma de su parte inferior, no produce la forma visual de un casco, que sólo se puede poner en correlación con un caballo mediante un enlace ulterior. Además, Zadig no sólo con la impronta del casco reconoce a un “caballo”, sino su “galope perfecto” por la inferencia basada en la distancia regular entre las huellas de los cascos.

Zadig también reconoce “síntomas”, que es una huella física que remite a sus causas posibles (por ejemplo en medicina, un eritema típico en la cara significa lupus); se diferencia de la impronta en que ésta es una forma de marca que es una proyección física de la causa que la produce; en el síntoma, en cambio, la causa no se corresponde punto por punto, puede implicar una causa más alejada y una inferencia mayor. Zadig reconoce síntomas cuando advierte que el polvo de los árboles estaba un poco quitado a derecha e izquierda, a tres pies y medio del centro del camino, e infiere que la cola es de ese tamaño. Lo mismo sucede con las hojas caídas, lo que infiere que es por una fuerza exterior, que a su vez lo remite a que la altura del caballo es de cinco pies.

Por último, el “indicio” son objetos dejados en el lugar donde ocurrió algo, que pueden advertir la presencia pasada, real o posible, de un agente exterior. La diferencia con el síntoma es que la contigüidad necesaria entre la presencia del efecto nos remite a la presencia necesaria de la causa; mientras que para los indicios una posible contigüidad entre la presencia de lo poseído nos remite a la posible presencia del poseedor.

Zadig reconoce indicios cuando advierte el oro del freno en la piedra y la plata de las herraduras en los guijarros.

A pesar de estas sagaces reproducciones de decodificación que realiza Zadig, sólo conoce una serie de enunciaciones visuales sorprendentes sin conexión entre sí.

Trata de realizar una interpretación coherente, entre otras posibles, delineando de manera precisa una historia con un solo sujeto que explicarían las distintas improntas, síntomas e indicios. Podría haberse imaginado que un caballero con armadura de oro y espuelas de plata, derribado de su caballo, podría haber generado todas las huellas, ¿por qué no lo hizo? Había razones de la explicación más sencilla, un caballo solo era más económico que un caballo más un caballero, por lo cual tendió a elegir la hipótesis más verosímil. Aunque Voltaire desgraciadamente no lo describe, Zadig debe haber considerado varias hipótesis alternativas y es posible que eligiera la del libro, cuando coloca sus hallazgos en el contexto de que individuos de la corte buscaban el caballo del rey.

Quizás los clínicos avezados que realizan diagnósticos sorprendentes sólo son los herederos contemporáneos de los ancestrales cazadores que durante decenas de miles de años vivieron de la caza, y en el curso de sus interminables persecuciones aprendieron a reconstruir el aspecto y los movimientos de una

presa invisible a través de sus indicios o rastros: que era la huella que dejaban en el terreno, las ramitas rotas por donde pasaban, el olor del cuerpo o los excrementos, los pelos o las plumas arrancados que quedaban, hilos de saliva y miles de otros pequeños detalles. Ellos aprendieron, y quizás nos legaron, la capacidad de observar los pequeños detalles y de dar un significado al mínimo indicio o al contexto en el que sucedían y hacer complejas predicciones.

Nadie puede aprender el oficio de experto en diagnóstico y pronóstico mediante reglas, sino saliendo a cazar; al principio, si se es inexperto, con otro cazador experto, ya que intentamos tratar de comunicar formas de saber que tienden a ser *mudas*, cuyas reglas no se prestan con facilidad a ser articuladas formalmente, ni aun a ser expresadas, pero por suerte, estas reglas *mudas*, difíciles de formalizar se pueden transmitir.

COMPRENDER AL PACIENTE

Conocer qué clase de persona tiene una enfermedad es tan esencial como conocer qué clase de enfermedad tiene una persona.

F. S. SMYTH

Como hemos visto, el diagnóstico es una profecía retrospectiva que se fundamenta en la narración de las molestias del paciente. Pero la enfermedad no es en sí una entelequia con vida propia, no se nos presenta caminando a la consulta, sino que viene indisolublemente unida en una persona con inquietudes, sentimientos e ideas con respecto a ese malestar. Por lo tanto, es cierto lo que manifestaba William Osler: *“Un buen médico cura la enfermedad. Un excelente médico cura al paciente que es el que tiene la enfermedad”*.

Por consiguiente, el encuentro con un paciente no es, ni será nunca, solamente un ejercicio cognitivo sobre su presunta enfermedad. Sin embargo, muchos pacientes no se sienten escuchados ni comprendidos por su médico y es comprensible su disgusto cuando el médico los interrumpe rápidamente en el inicio de la entrevista y sólo se dirigen hacia sus molestias como una alteración biomédica, sin enfocar su atención en las preocupaciones, los intereses, los sentimientos o ideas que expresan, directamente o en claves sutiles que el médico debería entender.

Los minutos iniciales de la entrevista, que representan el momento crítico de la unión con el paciente, colocan el “tono” en el que interactuarán durante todo el encuentro. Es conocido que los médicos interrumpen esos momentos iniciales y lo hacen en un tiempo más corto los médicos que las médicas. Vamos a narrar una entrevista en la que el médico tomó la decisión de no interrumpir.

La paciente que llamé por su nombre acercándose a la sala de espera impresionaba estar al final de sus setenta.

Cuando la introduje al consultorio y le di la mano, me sonrió amigablemente.

Médico: *Buenas tardes, soy el Dr. ... ¿Qué problema la trae hoy por aquí?*

Paciente: comienza a describir varias semanas de su vida. Por lo que recuerdo hablé de sus problemas personales con un plomero, de que su hermana le venía insistiendo, personalmente y varias veces por teléfono, que no la veía bien, y que si bien tenía algunos problemas, era renuente a consultar con un médico. La palabra “tos” salió a la superficie por un corto tiempo y lo atribuía al mal tiempo y a que estuvo desabrugada. Que consultó al farmacéutico y tomó durante una semana un antibiótico. Pero que sin embargo la tos le impedía dormir bien y la despertaba.

Llevaba varios minutos cuando golpean la puerta y se asoma otro paciente preguntando si lo había llamado, le reaseguré que entraría después de terminar esa consulta, y me dispuse a tratar de no interrumpir, dejando que terminara su relato espontáneamente. Finalizó a los 20 minutos luego de decirme que debido a que su hermana estaba más angustiada, acordó en venir a verme para tranquilizar a su familia.

En el examen la paciente estaba taquipneica, con estertores crepitantes bibasales, hepatomegalia, ingurgitación yugular y tercer ruido con cadencia de galope.

Ante la evidencia de un síndrome de insuficiencia cardíaca, le pedí una radiografía de tórax de urgencia. Al volver de rayos le explico que tiene un cuadro de insuficiencia cardíaca, que era una enfermedad crónica, que necesitaba tratamiento de por vida y controles médicos periódicos y además le escribí las prescripciones.

Al terminar me levanto y apoyando mi mano en su hombro, le digo con un tono de tristeza, *“éste no fue un buen día para usted, ¿no es cierto?”*.

Me miró por un momento, esbozando una sincera sonrisa en su cara, y con su mano me golpeó suavemente varias veces en el hombro.

“Oh, no se preocupe por todo esto, tuve una buena vida. Pero quiero que sepa que ésta es la mejor visita médica que alguna vez haya tenido. Usted es el único que me ha escuchado.”

Ya hemos discutido previamente que el médico que “construye la historia” desde la perspectiva del paciente puede reforzar las piezas biomédicas importantes perdidas. (6)

A través del proceso de la entrevista, el médico le ayuda al paciente a reconocer y reordenar su historia, de manera tal que se vuelve comprensiva en términos tanto médicos como humanos.

La historia clínica se “construye” como si dos escritores se pusieran a escribir en colaboración el mismo manuscrito; el médico y el paciente reescriben el borrador del manuscrito danzando hacia adelante y hacia atrás muchas veces hasta que “ambos” están satisfechos y deseosos de firmar la obra de arte finalizada.

Para poder comprender al paciente debemos “reinventar” la forma de organizar la atención médica. Como ya se ha propuesto, primero el médico debe tener una población a cargo, por la cual es responsable y además así la gente sabría a quién recurrir. Debería ser abarcador y tratar de resolverle la mayoría de sus problemas, debería existir algún mecanismo

de continuidad, que evite la reubicación por los sistemas de pagos y, por último, es necesario que sea accesible a sus pacientes.

Debería encabezar un equipo de salud que le permita optimizar estas premisas, así como mantener entrevistas personales con sus pacientes, que deberían insumir un tiempo aproximado de treinta minutos.

Si el médico, a través de su encuentro, llega a conocer a su paciente e identificar sus valores personales, está en condiciones de participar en la búsqueda del significado del sufrimiento y la enfermedad y rediseñar cuáles serían los objetivos que podrían reinstaurar la esperanza. A muchos pacientes, la simple atención cuidadosa, el exitoso control de los síntomas y comprometerlos en la toma de decisiones, les da el poder suficiente para desechar el temor y restablecer la esperanza.

CAMBIAR EL MODO DE VIDA

*Soy hombre y nada de lo que es humano
me es extraño*

Verso de TERENCEO

Quizás éste puede ser el atributo más discutido del modo de ser médico, pero si aceptamos que las enfermedades no se nos presentan aisladas, sino corporizadas en individuos, tampoco las personas son entidades aisladas, como Robinsones en su isla, sino que están inmersos en la cultura de su época. Y aún más, van a padecer las vicisitudes de su etnia, grupo, clase o capa social; podríamos decir que viven y mueren según su clase social como en la trágica cubierta del Titanic.

Por eso, si hay un modo o manera de ser médico, también nuestros pacientes tienen una manera de ser o “modo de vida” que comprendería una categoría sociológica que refleja de manera sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales que son las formas características, estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades.

Por eso el concepto que se maneja en forma habitual, que es hablar de que el “estilo de vida” es una elección de la persona, enfatiza que las condiciones de riesgo durante nuestra vida se deberían prioritariamente a comportamientos individuales y, por lo tanto, también serían de nuestra responsabilidad individual. Los que creemos que los rasgos de riesgos generales dependen de su modo de vida, evitaríamos culpar a la víctima como implica el concepto de estilo de vida, e intentaríamos cambiar ese modo de vida perjudicial en los diferentes niveles, de grupos, conjuntos, vecindarios, regiones y aun de la sociedad.

Las conductas se rigen por *contagio emocional* y se diseminan por una amplia red social, ya sea tanto en obesidad y el fumar como en la felicidad. En un estudio reciente de análisis longitudinal en la amplia

red social del estudio Framingham, (7) la conclusión de los autores es que: *la felicidad de la gente depende de la felicidad de los otros con quienes estamos conectados*. Y sorprendentemente nos influye la felicidad de gente que se extiende hasta tres grados de separación (por ejemplo, los amigos de los amigos de nuestros amigos directos). Además, afirman: *esto proporciona justificación adicional para ver a la felicidad, como a la salud, como un fenómeno colectivo*.

Esto implica un llamamiento a la acción, porque como le gustaba afirmar a Johan W. Goethe: *el conocimiento no es suficiente. Debemos aplicarlo*. Pero aunque no lo utilicemos para la acción, también nos permite entender al paciente que tenemos delante.

Por ejemplo, como puede observarse en la Figura 2, en cualquier país latinoamericano los niños menores de 5 años que pertenecen al 20% de las familias más pobres tienen al menos cinco veces más probabilidades de haber detenido su desarrollo que los que pertenecen al 20% de las familias más ricas. Esos rasgos que influyen en su vida de niño y también adulta son el modo de vida de ciertos sectores de nuestra sociedad, y deben ser tenidos en cuenta porque necesitan más ayuda médica y social, no menos como en realidad reciben, para estar en condiciones de equidad con otros sectores más favorecidos.

Como médicos no podemos dejar de conocer que este año en el mundo 11 millones de niños morirán antes de llegar a los 5 años. Pero más que esto, lo que sobrecoge es que el 63% de ellos, aproximadamente 7 millones (el 99% habitantes de países no desarrollados), fallecerán de enfermedades que podrían haberse prevenido fácilmente y tratadas en el estado actual del conocimiento médico. Cerca de 2 millones todavía morirán de diarrea, que en la amplia mayoría de los casos pueden ser tratadas en forma simple con las sales de rehidratación oral, otros 2,1 millones de neumonía sin cobertura antibiótica, 1 millón todavía de paludismo y entre 110 mil y 500 mil de sarampión, aun cuando exista una vacuna efectiva y barata. Además, deberíamos agregar que 1 de cada 4 niños padecen desnutrición crónica, que es el factor contribuyente en el 53% de las muertes evitables.

Cuando esto sucede en el mundo, los países industrializados gastan en subsidio por día 2,2 dólares por vaca, mientras 1.500 millones de niños tienen menos de 2 dólares por día para subsistir, y aún más, con los 800 dólares anuales por vaca se podría cubrir las intervenciones esenciales de salud de 80 niños. Conocer esta tragedia, por lo menos, nos llevará a no perder el sentimiento de indignación.

Si quisiéramos tener información de las desigualdades en nuestro país aquí y ahora, se podría mencionar que los 150 ejecutivos de primer nivel de las 15 AFJP argentinas tenían un ingreso anual de 200 millones de pesos; o viéndolo de otra manera, el ingreso de un ejecutivo permitiría pagar 2.033 jubilaciones.

Desde los trabajos de D. J. P. Barker se conoce que el retardo de crecimiento fetal o en los primeros años

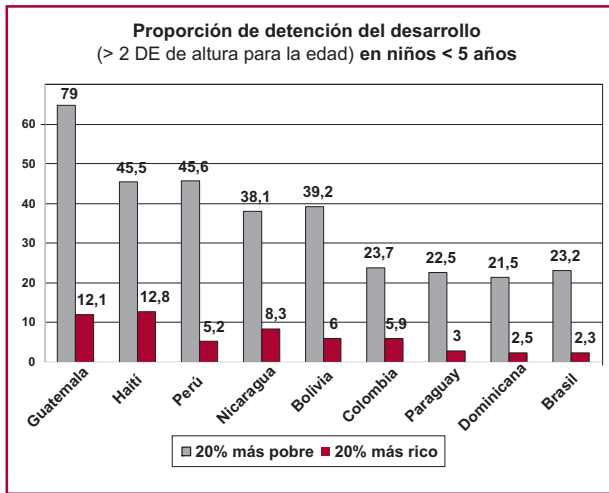


Fig. 2. Proporción de detención en el desarrollo en niños < 5 años (> 2 desviaciones estándares para la edad).

se asocia con aumento en el riesgo de enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes e hipertensión. A su vez, también desde los trabajos de Marmot, Wilkinson y otros se reconoce que la enfermedad cardiovascular se asocia con las condiciones sociales en que desenvuelven su modo de vida (condiciones de vida y posición en la escala social), una vez desarrollados biológicamente.

Barker y colaboradores (8) siguieron una cohorte de 3.676 hombres nacidos en Finlandia (Helsinki) entre 1934 y 1944, con datos ponderales del nacimiento y condiciones sociales durante su vida. Tanto el bajo peso al nacer o al año, la clase baja del padre y el nivel bajo educacional o de ingreso o clase durante la vida adulta se asociaban con dos veces más internación o muerte por enfermedad coronaria.

La peor asociación, lamentablemente cada vez más frecuente en nuestro país, es tener un bajo crecimiento al nacer, aumentar de peso excesivamente en la niñez, y tener un trabajo de jornalero; esto aumenta 3,8 veces el riesgo relativo de padecer una enfermedad coronaria (IC 95% 1,68 a 8,58).

Afortunadamente, el trabajo nos permite una mirada más esperanzada, con una invocación a la acción, ya que el bajo crecimiento en el nacimiento y la infancia sólo se relaciona con enfermedad coronaria si existe una clase social baja en la edad adulta; esto implica que si como ciudadanos, además de cardiólogos, empujamos por una sociedad más equitativa aquí y ahora, las mejores condiciones de la vida adulta impedirán la actuación de los condicionantes del desarrollo fetal e infantil.

A su vez, la clase social baja en la edad adulta se relaciona con enfermedad coronaria sólo en los hombres que han tenido un retardo de crecimiento en el nacimiento o la infancia. Esto significa que podemos hacer prevención primaria de la enfermedad coronaria

si nos comprometemos para que nuestro sistema social y de salud disminuya drásticamente la desnutrición para impedir el retraso uterino y el bajo peso al año de vida, y de esta manera nuestros futuros pacientes tendrán "resistencia" al desarrollo de la enfermedad coronaria, al tolerar mejor las pobres condiciones de la vida adulta.

Rudolph Virchow expresaba de manera simple e impactante esta preocupación por las relaciones de la medicina con los problemas sociales por medio del lema: "La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala".

También en otra oportunidad escribió: "Si la enfermedad es la expresión de la vida individual en condiciones desfavorables, las epidemias deben ser indicativas de las perturbaciones importantes en la vida de las masas."... "¿No vemos que las epidemias señalan siempre las deficiencias de la sociedad?", preguntaba. "Uno puede señalar las condiciones atmosféricas, los cambios cósmicos generales y similares, pero ninguno puede causar epidemias por sí mismo. Las producen sólo donde debido a la situación social la gente ha vivido por largo tiempo en condiciones anormales".

Virchow ingresó en 1847, a los 26 años, en la comunidad académica con el nombramiento de *Privatdozent* de la *Charité* de Berlín. Al año siguiente, el primero de mayo de 1848, en una carta a su padre trata de explicar su principio fundamental: "A menudo me he engañado con la gente, pero todavía no con la época. Como resultado, ahora tengo la ventaja de ya no ser una persona parcial, sino completa, y mi credo médico coincide con mi credo político y social." Por sus acciones, es claro que Virchow practicaba lo que predicaba. El 18 de marzo, el pueblo de Berlín inició la revuelta y levantó barricadas; entre los defensores de la barricada que bloqueó el paso entre la calle Friedrich y la calle Tauben estaba Rudolph Virchow. Quizás muchos o por lo menos algunos de nosotros terminemos aceptando este atributo, compartiendo el dicho de Terencio, ya que la manera de ser médico está indisolublemente unida a la manera de ser hombre o mujer y, por lo tanto nada de lo humano nos debe ser extraño ni indiferente.

Quizás seamos los únicos en nuestra sociedad que podemos enarbolar hoy esa bella frase que Marx escribió en la carta de la *crítica del programa de Gotha*, dedicada a una sociedad donde ya no rija la ley del valor:

"de cada cual según su capacidad, a cada cual, según su necesidad".

CONCLUSIÓN

Hemos tratado de bucear en las posibles cualidades o atributos de un médico asistencial actual.

Recapitulando de atrás para adelante, ya que los atributos tienen igual jerarquía, un médico debe comprometerse con su tiempo y con su época, porque sus pacientes también están inmersos en su tiempo y su época. Por ello no sería un tema menor que levanta-

ran lo que Virchow defendía hace 150 años: “*Por lo tanto, no es suficiente que el Estado garantice las necesidades básicas para la existencia y que asista a todo aquel cuyo trabajo no le baste para solventar esas necesidades; el Estado debe hacer más, debe asistir a cada uno de tal manera que tenga las condiciones necesarias para una existencia en condiciones de salud.*”

Además de reconocerlo como ciudadano en una situación de clase, por lo cual cada uno actuará como lo empuje su conciencia, debemos reconocerlo en su individualidad específica, que es su manera de ser en la vida, con sus preocupaciones, tristezas, angustias y felicidades, para poder caminar con sus zapatos y generar una confianza y empatía mutua. Sólo así podemos poner nuestro conocimiento médico y ejercer la habilidad cognitiva de la inferencia a la mejor explicación y establecer un diagnóstico.

Pero ahí no termina la destreza de nuestro oficio; debemos pronosticar su evolución, tratar de cambiar el rumbo con la terapéutica y para ello necesitamos un nuevo movimiento helicoidal que nos lleve a un nuevo plano, donde debemos conocer los deseos, los miedos y las esperanzas del paciente, pero esto dentro de su comunidad, en su ambiente cercano que es el familiar, el de amigos, compañeros y aun los más amplios de la sociedad.

De esta manera, estos atributos de ser de un médico se practican muchas veces con cada paciente y a su vez con muchos pacientes y, para mí, un médico integral tiene que estar apasionadamente comprometido en el ejercicio estos tres atributos fundamentales.

Hernán C. Doval

BIBLIOGRAFÍA

1. Spinoza, Baruch. *Ética demostrada según el orden geométrico*. Quadrata; 2005.
2. Spinoza, Baruch. *Epistolario*. Colihue Clásica; 2007.
3. Lucero, Susana. Descubrimiento e inferencia a la mejor explicación. Del libro de Klimovsky Gregorio, compilador. *Los enigmas del descubrimiento científico*. Alianza Editorial; 2005.
4. Voltaire. *Cándido, Micromegas, Zadig*. Cátedra Madrid; 1985.
5. Eco U y Sebeok TA, editores. *El signo de los tres*. Dupin, Holmes, Peirce. Editorial Lumen; 1989.
6. Doval HC. Escuchar, narrar, construir historias: el oficio de un médico. *Rev Arg Cardiol* 2006;74:183-190.
7. Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ* 2008; 337:a2338doi:10.1136/bmj.a2338.
8. Barker JDE, Forsén T, Uutela A, Osmond C, Eriksson JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. *BMJ* 2001;323:1273-6.