

Ventura y riesgo de la neumología

J. López Mejías

Sevilla.

A toda persona le llega, más tarde o más temprano, la hora de hacerse las preguntas clásicas: ¿Qué somos?, ¿de dónde venimos?, ¿a dónde vamos? Para una sociedad, como la SEPAR, son preguntas excesivas. En su lugar pueden plantearse otras que se parecen más a las que se hace quien en cualquier lugar se encuentra perdido, sin referencias concretas y con incertidumbre sobre el camino que debe tomar. Estas preguntas podrían ser: ¿en dónde estamos? ¿por dónde debemos seguir? o parecidas.

Naturalmente, estas preguntas no surgen cuando el paraje es conocido y el camino que debemos seguir es cierto. Por lo tanto, algo debe ocurrir cuando en nuestra Sociedad se plantea una pregunta semejante, como se ha hecho en la Reunión de Cerler, o como me lo ha sugerido el Comité de Redacción de Archivos de Bronconeumología.

No cabe duda de que nuestro ámbito de actuación es muy grande; es decir, el número de enfermos con afecciones del aparato respiratorio y los problemas creados por ellos es suficiente y hasta podría decirse que excesivo. Pero ¿está definido claramente? Mi impresión es que en lo que podría denominarse numeroso cazadero han aparecido otras tribus que nos disputan la caza. Esto puede considerarse como normal, pero el matiz distintivo es que a lo mejor ha aparecido el miedo de que se lleven la mayor parte de las piezas. Pero hay otro matiz, el de que algo está cambiando en el campo, en la caza o en las leyes de cacería y esa inquietud es más profunda.

Antes de seguir adelante, me es necesario hacer mfo lo que dijera Marañón en su Crítica de la Medicina Dogmática: que si en lo que digo se adivina pasar una sombra a la que no nombro, esa sombra soy yo. Soy consciente de que formo parte de los responsables de lo que en lo que sigue suene a crítica.

No cabe duda de que la neumología (y los neumólogos) han experimentado un crecimiento importante, tanto cuantitativo como cualitativo. Parece, por lo tanto, que hay razones para el optimismo.

Hay más neumólogos que antes, aunque de ninguna manera hay todos los que debieran. Hace años, la ALA sugería que deberían existir tres neumólogos por cada 100.000 habitantes (incluido uno pediátrico), lo que haría que en España debieran existir alrededor de 1.200, cifra que, a mi modo de ver es superior a la realidad. Naturalmente que la estructura de la medicina americana no es la nuestra por lo que esta cifra debe ser sólo orientativa.

Los neumólogos actuales son mejores de lo que lo éramos nosotros. Buena parte de los antiguos eran casi autodidactas, mientras que en la casi totalidad de las 20 últimas generaciones ha influido la formación MIR que, con todos los inconvenientes que se puedan dar, es el plan de formación más serio que se ha hecho nunca en España.

Los congresos SEPAR son cada vez más numerosos, con más y mejores aportaciones. Hemos aprendido a hacer comunicaciones claras, ajustadas al tiempo y pasadas por el tamiz de un Comité de Selección.

Archivos de Bronconeumología es mucho mejor de lo que era anteriormente, con mayor diversidad de originales y con aportaciones más importantes.

Hay una enorme, aunque quizás excesiva, proliferación de reuniones, symposia, mesas redondas, congresos regionales, jornadas, cursos, etc., lo que representa que hay un gran interés por estos temas.

Los neumólogos españoles empiezan a ser cotizados entre nuestros pares extranjeros. Baste con mencionar que un miembro de SEPAR, el Dr. Rodríguez Roisin, ocupa en la actualidad el cargo de Presidente de la Sociedad Neumológica Europea y de que otros son llamados desde Europa y EE.UU. a comunicar sus experiencias como Honor Lecturers, lo que, según recuerdo, no ha pasado nunca.

Claro que esta visión optimista no debe cegarnos. Es posible que no sea oro todo lo que reluce. Por ejemplo, no es posible descartar en el origen del aumento de número de congresistas de los congresos SEPAR y de la multiplicación de congresos, symposia, etc., a la enorme aportación de la industria farmacéutica, aportación posiblemente multimillonaria y muy probablemente sensible extraordinariamente al ter-



mómetro de la temperatura económica. Ni que el número de comunicaciones se deba más que a la necesidad de comunicar el resultado de una inquietud científica a la de hacerse o engordar un currículum.

Advirtamos que cada año tenemos que escuchar cómo el director de la revista Archivos de Bronconeumología nos insta a enviar más artículos, quejándose de que hay pocos originales, lo que resulta sorprendente y hasta paradójico si se tiene en cuenta el gran número de comunicaciones a los congresos. Claro que eso mismo debe suceder en la ALA, ya que existe también un gran desfase entre el enorme número de comunicaciones recogidas en los volúmenes extraordinarios, congresuales, de la American Review of Respiratory Diseases y el número de artículos que aparecen posteriormente en esta revista.

¿Están justificados todos los congresos, cursos, etc., que se realizan cada año, muchos de ellos con numerosas estrellas extranjeras, invitadas a un precio considerable? ¿Se ha hecho alguna vez el balance coste/beneficio de estas actividades? ¿No es, en muchas ocasiones, una sustitución de la ciencia por la apariencia?

Tampoco podemos estar satisfechos totalmente por nuestra revista. No es que no debamos estarlo hasta que se alcance un nivel como el del ARRD, el Chest o el Thorax, ya que ningún país pequeño y con poca tradición científica puede aspirar a esto, sino que quisiéramos que su cotización fuese más alta, que sus artículos se citasen con mayor frecuencia, incluso aunque sólo fuese entre nosotros (el tan de moda "índice de impacto").

Es cierto que empezamos a contar fuera de nuestras fronteras, pero yo diría que poco. Pocos neumólogos españoles están en la dirección de grupos de trabajo de la SEP y son pocos, yo diría que muy contados, los invitados a participar en congresos europeos o internacionales de neumología.

Es evidente que estas salvedades al optimismo no son específicas de la neumología, sino que reflejan, en mayor o menor grado, las debilidades de la medicina española en general. Una parte de ellas se debe probablemente a la altura de los tiempos o al consumismo rampante actual o, si se quiere, a los "miasmas sutiles" que impregnan nuestra sociedad contra los que, como decía con frase involuntariamente cómica un afamado dramaturgo del siglo XIX, "no hay manera de luchar".

No es, pues, por estas razones por las que podemos tener inquietud sino por otras, a las que vamos a referirnos después.

Desgraciadamente, hay razones para el temor o, por lo menos, para la preocupación.

Los neumólogos hemos perdido o tenemos en disputa diversas parcelas de lo que podía ser nuestro quehacer natural (o si se quiere, nuestro "espacio vital"):

Hemos perdido casi en su totalidad los cuidados intensivos de los enfermos neumológicos y no hemos podido, o no hemos sabido o, lo que sería más temible, la neumología no se presta a crear unidades de

cuidados intermedios, lo que tal vez sería posible si se incluyese el estudio del sueño —que se hace en algunos servicios—, la ventilación externa con presión negativa o positiva, la CPAP, la ventilación domiciliaria, etc.

También se nos escapa, por el camino de la oncología, una buena parte del cuidado de los enfermos neoplásicos.

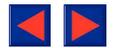
En gran número de hospitales los servicios o unidades de alergia, con una organización comercial y propagandística que ha llegado a calar en la población general, en buena parte de los médicos y aún en una parte de los neumólogos (dicho sea con tristeza), han intentado y hasta conseguido que se extienda la idea poco fundamentada científicamente de que el asma es una enfermedad radicalmente alérgica, de que el tratamiento desensibilizante es el tratamiento más etiológico y de que es eficaz de forma rentable, y de que todos los demás aspectos de los asmáticos tienen una importancia secundaria, por lo que estos enfermos se tratarían con mayor fundamento en dichos servicios que en los de neumología. Me resulta incomprensible que semejantes ideas hayan conseguido un apoyo y una popularidad tan grandes.

No hemos conseguido que la neumología se introduzca en la pediatría más que a regañadientes, de forma un tanto subrepticia y, desde luego, no oficial. Es más, no hemos conseguido dar vida a una sección o un grupo de trabajo de neumología pediátrica en la SEPAR, quizás porque los pediatras que atienden a los niños con neopatías no han estado interesados en constituirlo.

El número de plazas de neumología que salen a concurso en sucesivas convocatorias es, aparte de notoriamente insuficiente, inferior al de otras especialidades, no sólo en la medicina pública sino también en la privada. Sin embargo, es cierto que en la medicina pública esto puede estar originado, en parte, por la necesidad de absorber a un buen número de neumólogos que proceden de la antigua AINSA.

Hay una tendencia a que los enfermos con neopatías inflamatorias por gérmenes se traten por los microbiólogos, lo que se parece mucho al razonamiento que preconiza que los asmáticos sean reivindicados por los alergólogos: el enfermo de una afección debe ser tratado por quien oficialmente entienda más sobre los agentes causales. Lo demás, el aspecto neumológico de la afección tiene, al parecer, poca importancia. Esta tendencia ha incluido hasta a la tuberculosis, especialmente cuando se da en enfermos con SIDA. Un nuevo grupo se añade a la rapiña de los despojos neumológicos: el de los internistas que se dedican a las infecciones. Pero esta historia es un solo capítulo de la siguiente historia.

Hace unos 10 años, la Sociedad de Medicina Interna emitió una nota que, dada la firma que llevaba, debemos considerar oficial, es decir, que expresaba el pensamiento de esta Sociedad, relativa a la necesidad de neumólogos en distintos niveles de asistencia. Según este criterio no se necesitarían neumólogos más que en hospitales de tercer nivel (el más calificado). En los demás bastaría con que un internista aprendie-



se la realización de algunas técnicas como la broncoscopia o la espirografía, para cubrir las necesidades de este tipo de asistencia. La Junta Directiva de SEPAR (Dr. Agustí Vidal) replicó a dicha nota y de momento no hubo reacción alguna. Sin embargo, hay indicios de que este convencimiento persiste, lo que me parece muy grave por las razones que se explicarán más adelante y que algunas plazas de Neumología se han cubierto por internistas de estas características.

A mi juicio, este es el mayor peligro que amenaza a la neumología, ya que guarda relación o se deriva de la filosofía que ha subyacido en la creación de especialidades. Esta creación se ha tenido que efectuar, en muchos casos a regañadientes, porque la medicina se ha ido complicando y la medicina general, o mejor, los médicos generalistas no podían abarcar ni las técnicas que iban apareciendo en cada rama de la medicina ni, mucho menos, la complicación de los conocimientos que son necesarios en cada parcela de la medicina. No cabe duda de que el aspecto más espectacular, el más aparente, de cada especialidad pueden ser las técnicas. Pero es mucho más importante el bagaje de conocimientos de cada una de ellas, cada día multiplicados y en constante renovación. Pudiera ser un ejemplo la especialidad de endocrinología, cuya necesidad me parece evidente pero cuyas técnicas no me parece que sean francamente espectaculares.

Por esto creo que es un error, de consecuencias trascendentales, el confundir a una especialidad con sus técnicas más utilizadas. Diría, además, que es un error esterilizante. La consecuencia de incurrir en él será un estancamiento por tiempo indefinido, lo que es igual a un retroceso cuyas consecuencias, naturalmente, pagarán los enfermos. Y es necesario ser insistentes: la medicina, sea cual sea el aspecto de que se trate, se justifica exclusivamente por los enfermos: por la posibilidad de prevenir, curar o aliviar a los enfermos. Cualquier otra justificación de la medicina es biología en el mejor de los casos o un *modus vivendi* o comercio, en términos no necesariamente peyorativos, en el peor.

Por otra parte, me parece un poco infantil la idolatría de la técnica. Si vamos a eso la clínica es, indudablemente, la "técnica" entre comillas, más difícil, la que exige más atención, más experiencia y mayor sutileza. Curiosamente es la que permite un mayor disimulo de su raquitismo, precisamente por lo que se diferencia de otras técnicas: porque no se puede reducir a números, porque no se puede medir sin una fuerte carga de subjetividad. Como está claro que su manejo no llega a hacerse fluido más que tras haber estudiado con atención a un gran número de enfermos y que la sutileza diagnóstica y terapéutica depende, aparte de factores personales, de una gran experiencia, me parece claro que los conocimientos clínicos de quienes se dedican a una serie reducida de problemas clínicos, en este caso del pulmón, será siempre un factor decisivo para conducirnos a una buena orientación médica. Mirada así la especialización, resulta ser una simplificación o, si se quiere, una profundización del campo intelectual que permite distinguir matices

distintos en contextos clínicos aparentemente iguales. Dicho en frase más coloquial: permite que nos convenzamos de que todos los gatos no son pardos. Y es bueno saber que en medicina distinguir a un gato pardo de otro que no lo es, puede resultar decisivo para el enfermo.

En este repaso del baúl de los peligros encuentro algo que no sé si lo es realmente. ¿No tenéis la sensación de que una buena parte de los procedimientos que utilizamos cada día están cada vez más fuera de nuestro control? ¿No echáis de menos, aunque sea nostálgicamente, la época en que nosotros, los neumólogos, hacíamos o manejábamos los instrumentos necesarios para nuestro quehacer?

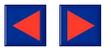
Vivimos hoy, cada vez más, de informes que sobre los enfermos que vemos y de los que somos responsables hacen otros: anatomopatólogos, inmunólogos, ecocardiografistas, radiólogos, etc. El paradigma de esta situación bien puede ser la radiología. Los radiólogos piensan, no sin alguna razón, que deben dar su interpretación sobre su trabajo. Esto viene siendo cierto para la TAC o la RM, pero también se hace con la radiografía simple que los radiólogos creen (y es cierto muchas veces) que interpretan adecuadamente. Como no es bueno engreírse demasiado, deberíamos recordar que son radiólogos cuyo nombre está en la memoria de todos, los que han profundizado en la relación entre las imágenes radiológicas torácicas (y de otras regiones) y la anatomía normal y patológica, y que todos hemos tenido que aprender, y mucho, en los libros de Fletcher, Felson, Fraser, etc.

La inquietud surge cuando se recuerda que cada técnica tiene sus indicaciones y sus límites y que la elección de una determinante variante técnica está, o debe estar, condicionada por lo que se está buscando, es decir por el pensamiento clínico. Con esto quiero decir que a menudo echo de menos no haber sido uno mismo quien haya elegido determinada variante de técnica o guiado el pensamiento de quien efectuó la exploración.

Para no quedarnos en el mundo de la radiología muchas veces he lamentado que la primera indicación sobre el resultado de un análisis bacteriológico de esputos o un cultivo no haya sido la calificación sobre el origen del esputo, ni que junto a unos resultados fiables de la bacteriología tengamos imprecisiones de dudoso crédito de la citología (o al revés).

Dicho de otra forma: creo que, como se mencionó inicialmente, buena parte de los instrumentos que utilizamos se nos están escapando de las manos y que buena parte de nuestros juicios están matizados por los juicios de otros y que todo esto conduce a una sensación de inseguridad, de asentarnos sobre bases no tan firmes como las que deseáramos.

Puede servir de consuelo que esta situación no es, ni mucho menos, exclusiva de la neumología. Hemos de reconocer, además, que la aportación de todas estas ayudas nos han hecho ganar mucho, pero que hemos perdido independencia o que quizás estemos perdiendo confianza en las bases sobre las que debe asentarse nuestra responsabilidad. O también que aunque la



medicina persista, aunque su finalidad y su justificación sigan siendo las mismas que antes, su forma de realización está cambiando y que las ayudas que recibimos, con mayor frecuencia que antes, contribuyen de una forma sutil a nuestra pérdida de personalidad como neumólogos.

El peligro más inquietante, a mi juicio, no es ninguno de los anteriores. Entre ellos puede encontrarse algún culpable, real o posible, aunque seamos nosotros mismos, aunque sea nuestra negligencia o nuestra pereza, pero al que se puede hacer frente. El peligro al que me refiero se encuentra en las modificaciones que se van produciendo en la forma de organizar la medicina, sobre todo la medicina hospitalaria, y en la capacidad de los neumólogos para adaptarse a estos cambios o para resistirse a ellos. Ya en el párrafo anterior he rozado algún aspecto de estos cambios.

La división de la medicina en especialidades representa, junto con sus ventajas, una cierta división en compartimientos estancos que acarrea una serie de inconvenientes. La tendencia que me parece percibir como un peligro es como un reflujó de la marea que ha llevado a la creación de las especialidades. Parece como si el entusiasmo inicial por su creación haya disminuido hasta cuestionarse, con ciertos matices, la validez total de su utilidad.

Una de las expresiones de esa tendencia y quizás la más significativa puede ser la creación de unidades multidisciplinarias que se adscriben a cometidos difíciles de atribuir a ninguna especialidad titulada. Así, están apareciendo unidades de trasplantes, de hemorragias digestivas, de enfermedades infecciosas, de hipertensión, de colagenosis, de osteoporosis, de fibrosis quística y aún de tuberculosis, entre otras muchas unidades.

Este tipo de organización de la medicina rebasa los límites de las titulaciones especializadas aunque necesitan de ellas. Me parece posible pensar que se trate de una síntesis, en sentido hegeliano, entre la tesis de la medicina general y la antítesis de la división de la medicina en especialidades, con esto quiero significar que, según se acepta aunque no por todos, esta forma de lo que luego se llamó dialéctica es insoslayable y que la alternativa no está en negar la solución de una síntesis determinada sino en elegirla con acierto. En lenguaje más directo: que no nos vamos a poder librar de esas unidades o de algo similar. Advirtamos que una cosa parecida está ocurriendo no a nivel de la asistencia sino también en el terreno de la investigación, aunque esto sería llevar estas líneas mucho más lejos.

La constitución de estas unidades se hace llevando a ellas gente de muy diversa procedencia, incluso de fuera de la medicina, que abandonarán parte de su misión previa para dedicarse de forma más o menos extensa a algún aspecto de la medicina especialmente necesario.

Siempre quedará para la discusión en primer lugar la realidad de esta necesidad y en segundo el núcleo de especialidad alrededor del cual se agrupan los demás miembros de la unidad. En esto y en la elección de quienes deban participar en dichas unidades es donde está el conflicto para los médicos y en nuestro caso concreto para los neumólogos. La primera idea sería la de llevar a esas unidades a unos especialistas para cubrir determinada función y, naturalmente, a un especialista titulado. Pero si la dedicación a la unidad es muy absorbente se va a relegar gran parte de la actividad natural de este especialista ¿es esta la única solución? Si este especialista tiene, a su vez, que adquirir una serie de conocimientos y habilidades especiales ¿es sólo de la masa de los especialistas de dónde pueden salir los miembros de las futuras unidades? Tengo el recelo de que no sólo es posible que se considere que para formar parte de una unidad no va a ser imprescindible que todos los miembros procedan de alguna especialidad, sino que creo que esto es lo que ocurre en países donde la dedicación no está tan rígidamente ligada a la titulación como en el nuestro.

Esto es cierto, en mayor o menor grado, para todas las especialidades. ¿Será sólo una aprensión mía la de pensar que la neumología puede estar en situación más vulnerable que otras especialidades?

¿Qué sería de la neumología en esta situación? Mi impresión, expresada en pocas palabras, es que este tipo de organización no va a afectar, ni siquiera más adelante, a todos los niveles de asistencia, sino sólo a los más altos. Por debajo de ellos, la neumología deberá seguir como hasta ahora, con los conflictos mencionados anteriormente.

Pero si queremos plantearnos el problema con alguna amplitud de miras me parece necesario aceptar la necesidad de separar dos significados del término de neumología. Si con él queremos referirnos simplemente al conjunto de los médicos que tienen el título correspondiente y que luchan por acotar y defender un área de acentuación, creo que la neumología sólo podrá tener ventajas o victorias parciales, pero se verá obligada a aceptar que parte de lo que se considera espacio propio sea ocupado por otros. Al fin y al cabo como pasa con la vida.

Si por el contrario llamamos neumología a lo que literalmente significa la palabra, es decir, al conocimiento de los problemas del aparato respiratorio, no me parece que exista ningún temor: siempre habrá quien se plantee con talante científico dichos problemas y quien, con título o sin él, intente mejorar nuestros conocimientos y se sienta neumólogo.

La pregunta ahora tendría que ser: ¿cuál debe ser la actitud de la SEPAR? Sería una pregunta polémica, como toda cuestión de matices muy variados. Creo mejor dejarla, por ahora sin respuesta, sobre todo porque la mía no sería más que una opinión, por supuesto discutible y por razones obvias de poca importancia.