

Editorial

La patología hacia el tercer milenio

UN BUEN MOMENTO PARA REFLEXIONAR

Aunque todo sea cuestión de fechas y las fechas una ficción, es improbable que haya nadie totalmente inmune a la sensación de que estos guarismos milenarios cierran y abren épocas distintas plenamente relacionadas entre sí, una necesariamente apoyada en la otra pero en definitiva distinta de aquélla en, al menos, una mayor concentración de buenas intenciones. Desde que existe la humanidad es la primera vez en que hay una percepción simultánea en todo el planeta de cambio numérico, tan único en la escala que mide el tiempo, y además ocurre sin angustias premonitorias y sin "milenarismos". Es tan sólo una buena ocasión para mirar en cualquier actividad, en cualquier área de trabajo, en cualquier ilusión, el camino recorrido, la rectitud de la senda y lo que falta por andar.

Encaramos el tercer milenio los patólogos de esta generación sin alforjas vacías. Seguramente podría decirse algo así de nuestra profesión a título global y en cualquier país. En España desde luego el salto, atribuible en gran medida a quienes todavía ejercemos, ha sido notable y, en buena parte, esta Revista, PATOLOGÍA, en más de 30 años lo ha reflejado paso a paso. Pero seríamos totalmente insensatos si nos sintiéramos felices por completo. Hemos visto, sí, entrar a nuestra disciplina en todos los hospitales respetables donde antes no estuvo, y también hemos asistido a la creciente presencia de nuestros jóvenes patólogos en los foros científicos internacio-

nales. Pero hay al menos una generación, la mía, que se dejó la vida en el empeño sin recoger casi frutos, y las cotas a que hemos llegado no sólo están lejos de la cumbre sino en clara desproporción con el esfuerzo derrochado. Lo hecho es mucho pero falta mucho más por hacer. Y los obstáculos no han sido sólo ajenos.

En el transcurso de 35 años la generación de patólogos que está a punto de iniciar su retirada ha visto surgir esta gran rama de la medicina, mal llamada "especialidad", desde la nada en los hospitales españoles hasta alcanzar alturas previamente no imaginables. No es casual que esa implantación fuese paralela con el nacimiento y desarrollo de la medicina hospitalaria en nuestro país. Pero, hijos de un dios menor, los patólogos de estos pagos tuvimos muy variados orígenes, y entre los que entramos primero en el hospital no abundaban los de profunda formación clínica.

¿DÓNDE PONEMOS AL PATÓLOGO?

Una de las debilidades de la pujante patología actual ha sido con frecuencia el predominante amor de algunos compañeros por la técnica (nuestras cátedras lo eran también de histología) en oposición a la comprensión global del paciente. No ha sido fácil por ello hacer comprender a los clínicos lo que ni siquiera muchos patólogos entendían: que en nuestra función hospitalaria hemos de ser antes que nada médicos, necesitados de una sólida formación clínica para hacer correctamente nuestro trabajo.

Si se dijo con buena razón que el médico que sólo sabe medicina ni medicina sabe, sería mucho más cierto que el patólogo que sólo sabe patología (aunque fuese de forma excelsa) ni patología sabe. Y lo cierto es que en su momento de mayor esplendor, que todavía se vive en muchos hospitales de España, ha habido centros donde nadie, incluyendo a los patólogos, comprendía para qué se hacen las autopsias, ni sabían por tanto qué hacer con sus resultados. Pareciera que se tratara de un rito ancestral, de significado ignoto, a lo sumo académico, desprovisto de cualquier utilidad.

Cuando todo el mundo habla de "control de calidad" parece que lo único que importase en los hospitales fueran los resultados económicos, y resulta de mal gusto en muchas partes proponer siquiera Comisiones de Mortalidad o de Tejidos que tengan una verdadera eficacia. Otra cosa es llenar el expediente, obteniendo conclusiones numéricas basadas en datos superficiales que no soportan un análisis médico en profundidad. Podría decirse, con alguna razón, que de lo único que no se habla hoy en nuestros hospitales es de medicina, cuando en realidad el hospital o es concierto de voces médicas o no es nada.

Así vuelve a proponerse, interesante subproducto de las nacientes "fundaciones", que la patología se incluya en el ámbito de los laboratorios, o incluso "se externalice". Es una consecuencia tardía de que en los lugares más respetables se la considere uno más de los servicios centrales con Radiología, Bioquímica y Microbiología y de que las biopsias se contabilicen como estudios complementarios o auxiliares. También de que, por supuesto, las verdaderas sesiones clinicopatológicas (CPC) apenas si hayan existido nunca y las autopsias estén en trance de desaparecer.

Mas no debe sacarse de esto una visión meramente negativa: a menudo los equipamientos son buenos y los profesionales están razonablemente bien formados. Lo que falta es una concepción profunda de la "especialidad" por los mismos patólogos, a los que sobra un creciente complejo ante el brillo tecnológico de otras disciplinas, su relieve social y la lobreguez histórica de nuestros asentamientos, que el microscopio electrónico apenas consiguió iluminar durante un breve suspiro. No perciben que nuestro camino hacia la luz no está en la técnica sino, en cierto sentido, contra ella. Que no son nuestras manos lo que necesita el hospital sino la interpretación inteligente de lo que vemos.

EL EJEMPLO QUE NOS DAN

"Anatomía" contestan nuestras secretarias cuando suena el teléfono y en el servicio de al lado se oye "medicina nuclear", "biopatología" y desde hace poco "medicina basada en la evidencia", que era justo lo que nos quedaba por oír a nosotros. Los que contestan allí son los especialistas en isótopos, los analistas y los radiólogos, dotados de máquinas carísimas (con cuya complejidad no pueden competir nuestros humildes microscopios), compañeros dignísimos todos ellos pero que no saben más medicina que nosotros ni pertenecen a una internacional conocida en todo el mundo culto como patología, la ciencia de la enfermedad.

Ganan muchísimo más que nosotros, brillan no sólo socialmente sino en la misma profesión médica mucho más, su trabajo es mucho menos sacrificado y nadie espera de ellos que estudien las horas que nosotros lo hacemos. Si ellos aportan sus aparatos "de última generación" y nuestras secretarias contestan "anatomía", lo que además de ser falso transmite un aroma antiguo, ¿qué monoclonales nos van a poner en la competición tecnológica? Planteado así, nuestro producto carece de futuro porque está mal definido y peor vendido aún.

En estas circunstancias, es no sólo digno de sorpresa sino también de admiración, e incluso de agradecimiento, que un número de jóvenes brillantes quiera aún sumarse a nuestras filas. Desde los años 1960 hemos ganado muchas batallas pero hemos sabido aprovechar poco las victorias. El cambio de milenio debería servir de pretexto para poner las cosas en su sitio. Y con esto no propongo una actuación meramente reivindicativa de los derechos que tenemos con los demás. Lo que sugiero es una reflexión con detenimiento sobre lo que realmente somos, sobre el papel que ya desde hace tiempo venimos desempeñando, sin apenas percibirlo en su total dimensión, y sobre las funciones que no desempeñamos, aunque deberíamos, sin culpa de nadie que no seamos nosotros mismos, ya que en realidad no han tenido que negarnos lo que nunca hemos pedido.

UN LUGAR EN EL SOL

Porque lo cierto es que esta disciplina encierra una serie de capacidades, de potenciales aún no desplegados, que la hacen especialmente distinguida y fácilmente distin-

guible, es decir, separable de todas las demás, no porque nuestro orgullo así lo demande sino porque la realidad de los hechos es la que es y permanecer ignorándola puede encerrar una dosis de humildad pero lleva, también un componente de desidia. La habilidad más llamativa es de carácter asistencial: desde la vanguardia científica que siempre fuimos, en el silencio secular de nuestros laboratorios, hemos llegado a la práctica médica diaria casi de puntillas, sin hacer ruido (y también sin la debida preparación psicológica ni metodológica), como si después de siglos en las catacumbas de la sala de autopsias temiéramos volver allí, desterrados por nuestros hermanos mayores, los clínicos, únicos propietarios del enfermo y sus destinos.

Y para que así no sucediera hemos aceptado ocupar un lugar que no es el nuestro, entre otros "servicios auxiliares". Sólo que nuestra realidad nada tiene que ver con lo auxiliar: nuestro aporte no es complementario de ninguno; nuestra función no es tan siquiera comparable con cualquier otra. De todos los profesionales de la medicina el patólogo es el único que hace su aportación diagnóstica mediante el estudio directo de la lesión, en un espectro continuo de aumentos sucesivos, apoyado sólo en tecnologías coadyuvantes. Lo que otros suponen a través de sombras, corrientes, vibraciones e isótopos, nosotros lo vemos. Jugamos por tanto con cartas diferentes. Puede decirse que miramos desde dentro lo que los demás entrevén desde una distancia.

PATOLOGÍAS VARIAS, UNA PATOLOGÍA

Fue tímidamente en nuestro siglo, tras el estrepitoso fracaso de Virchow en las postrimerías del pasado con el cáncer del Kronprinz, cuando los médicos de cadáveres fueron siendo llamados ocasionalmente a opinar sobre las enfermedades de los vivos, empezando por la piel y siguiendo por voluminosas adenopatías accesibles sin riesgo especial. Y sólo en la segunda mitad del siglo, al desmelenarse la cirugía, apoyada por los antibióticos y una anestesia eficaz, cualquier parte se fue haciendo accesible al bisturí y con él al ojo del patólogo. Lo que hasta entonces había sido tan sólo una tardía verdad se adelantó en el reloj de la clínica anteponiéndose a la decisión terapéutica. Se acabaron con ello las elucubraciones; no más argucias detectivescas, no más brillantes diagnósticos diferenciales, no más tratamientos de prueba. El saber antes de actuar estaba ya garantizado, ¿o no fue así?

Bien, no del todo. La morfopatología no tenía todas las respuestas, ni siquiera la autóptica y mucho menos la que había de apoyarse en un breve fragmento tisular, que podía no ser tan siquiera del lugar adecuado. Quienes habían temido por un momento perder su preeminencia medicosocial podían respirar tranquilos; la fiel infantería de los médicos generales o sus generales entorchados (los internistas) seguían siendo los dueños absolutos del terreno. Los pedantes anatomopatólogos debían regresar a sus cuevas o formar en las filas de los otros médicos auxiliares. E hicimos esto último. Ellos explican en sus cátedras "Patología General", "Patología Médica", "Patología quirúrgica", "Patología ginecológica" o "Psicopatología", y asisten a Congresos de "Patología digestiva" o "Patología respiratoria", y nuestras secretarías contestan "Anatomía" cuando suena el teléfono. Y eso que ya todo el mundo nos conoce como patólogos y que nuestros libros traducidos del inglés se llaman sin excepción "Patología".

Esta absurda incongruencia no es ajena a nuestra extraña situación. Aunque todos nos llaman patólogos, nosotros mismos hemos sentido pudor de llamar patología a nuestra disciplina (véase el nombre de nuestra Sociedad) quizá porque se basa sobre todo en la forma y roza apenas la fisiopatología. Pero nuestros colegas de las disciplinas llamadas "Patología Médica o Quirúrgica" no son ni siquiera fisiopatólogos aunque muchos sepan un gran caudal de fisiopatología (y de morfopatología quizá también). Lo que son es clínicos, internistas o cirujanos o ginecólogos o psiquiatras, dignísimos profesionales, imprescindibles en la práctica médica pero ciertamente no patólogos.

Tomaron ese nombre aprovechando el vacío de nuestra disciplina en los hospitales antiguos; y nosotros, al llegar de puntillas a la zona de bastidores (que no a las candilejas, donde nuestra presencia sigue estando prohibida), no hemos querido desafiar su mal humor reivindicando el nombre que nos corresponde. Pero aunque a otros pueda molestarles, los patólogos somos nosotros y ahora no es sólo ya una cuestión de semántica. Es que si esto no se aclara pronto no sólo se van a quedar otra vez con nuestro nombre sino que los nuevos gerentes y administradores, que no saben nada, ni tienen por qué saberlo ya que ni siquiera son médicos, nos van a mandar a casa, *externalizando* nuestros servicios.

¿QUÉ TIENE DE PECULIAR EL PATÓLOGO?

Y sin embargo sólo con un toque de locura colectiva o peligrosa ignorancia se podría hacer esto, y no porque ello perjudicase nuestras carreras personales, sino porque al hacerlo se perdería para el hospital, con el silencioso y trascendente papel del patólogo, una singularísima función diagnóstica que no puede hacerse a distancia y además toda una compleja actuación profesional basada en el diálogo constante, en la interconsulta habitual y en la participación en Comités y sesiones, difícilmente definible y encuadrable en la actual cultura de base contable pero que marca la diferencia entre un hospital moderno y un sanatorio a la vieja usanza, donde los enfermos eran tratados sin que de la enfermedad se tuviera más que una visión superficial y pragmática.

Y es que aunque no lo diagnosticamos todo, nuestros diagnósticos tienen una calidad muy especial, un signo distintivo absolutamente único: la diferencia que hay entre saber (por razones culturales, por buena información, por interpretación de los análisis, las vibraciones, la electricidad o las sombras, es decir, todo el costosísimo, espectacular y eficaz pero a veces también engañoso montaje de la medicina moderna) y ver. Simplemente ver: VER directamente la lesión sin otras posibilidades de error que la de algunos artefactos, sin más limitaciones que las de nuestra posible interpretación errónea. No: la función del patólogo no tiene parangón posible con ninguna otra en el ejercicio médico y es sorprendente que ni él mismo parece haberse dado cuenta.

Además de la lesión en sí misma y su naturaleza (tumoral, inflamatoria, degenerativa, isquémica, etc.), con frecuencia el patólogo es capaz de establecer la etiología, la agresividad, la extensión, la actividad funcional, el pronóstico y, recientemente, a través de las biopsias seriadas, la respuesta al tratamiento y la evolución. Y todo ello con una inversión en personal, espacio y aparatos insignificantes en comparación con la de otros servicios.

... Y TODO LO DEMÁS

Y por si la labor asistencial única que desarrolla por el estudio directo de cada lesión individual fuera poco, no hay nadie en el hospital que realice una aportación comparable a la educación continuada, ni de una potencialidad semejante en el control de la calidad asistencial, ni

con quien fuera más razonable contar en el diseño de cualquier investigación; no hay nadie, de quienes no tienen contacto directo con el enfermo, con una cultura médica equiparable en profundidad y, ciertamente, en lo que concierne a extensión, la patología no sólo es más amplia que cualquier especialidad sino que abarca la suma de todas ellas. Que todo esto sea así y sin embargo el patólogo permanezca en una zona gris no puede ser sólo responsabilidad de los otros: algo habrá que poner en la cuenta del propio patólogo.

Hemos hecho poco hasta ahora por señalar la enorme amplitud de nuestro territorio, preocupados quizá con nuestra difícil supervivencia, en una atmósfera que nunca hemos sabido controlar. No es sólo que hayamos renunciado a ejercer funciones que nos corresponden fuera del laboratorio: las autopsias no han sido nunca entre nosotros ni sombra de lo que pudieron ser, particularmente en sus consecuencias. Incluso ahora, cuando la sociedad ha creado un club de autopsias, se pone más énfasis en la casuística o incluso en la estadística que en su correcta implantación y aprovechamiento en los hospitales, donde en general cuando existen son una mina inexplorada.

Hemos aceptado que las Comisiones de Control de Calidad, que como a los demás nos conciernen, en la mayor parte de los hospitales o no existan o falseen su papel. Sólo muy raramente son foros de reflexión, es raro el centro que mira hacia atrás y percibe que está haciendo las cosas mejor por la acción de las Comisiones. Y hemos consentido en particular que las nuestras, las de base morfológica, en las que la medicina, sus consecuencias y su posible mejora son protagonistas, hagan lista común con las Comisiones de Hostelería o cosas semejantes. La verdad es que así nos creamos menos problemas con quienes supuestamente nos dirigen; que así nuestro desgaste es menor y menores el cansancio y los roces, tantas veces inútiles; pero también que el impacto de nuestra función, tanto en el hospital como en el progreso médico, queda muy por debajo de sus posibilidades.

Nos escandaliza saber que en tal o cual hospital la asistencia primaria ha sido absorbida en los laboratorios clínicos, sin recordar que de allí la sacamos cuando todo esto empezó. Nos asombra que a éste o aquél compañero se le esté haciendo la vida imposible, que se hable de externalización, que se manden las citologías a través del *Mare Nostrum* a laboratorios ajenos, supuestamente eficientes y baratos. Es el coste de nuestra pasividad. La respuesta no está meramente en adoptar actitudes numanti-

nas, sino en aclarar nuestras ideas, enumerar nuestras responsabilidades y abrumando con ellas a quienes hoy dirigen el hospital (o la Sanidad en su conjunto), ofrecer y exigir la responsabilidad que nos corresponde.

LO QUE EL INSALUD QUIERE SABER

El Ministerio quiere saber lo que hacemos en los hospitales, quiere catalogar nuestras actividades como las de los oculistas o los reumatólogos. Sería un error irreparable listar nuestros métodos de tinción o el empleo de los modestos aparatos que tenemos. El nuestro no es, no ha sido nunca ni puede ser un trabajo técnico, ni lo que damos al hospital va en forma de resultados cuantificables. Constituimos, bien al contrario, un grupo profesional cuyo oficio es pensar y se manifiesta en todas y cada una de las funciones siguientes:

- Estudio directo, macroscópico y microscópico, de las lesiones humanas (incluyendo las alteraciones citológicas), con el debido apoyo en la información médica que cada caso precise.
- Redacción de diagnósticos finales, en cuanto sea posible, basados en ese estudio, por escrito.
- Cooperación en el diagnóstico, cuando éste no pueda ser aportado *in toto*, mediante informes que recojan descripciones y sugerencias de diagnóstico.
- Cooperación en el acto quirúrgico mediante la biopsia intraoperatoria, en cuanto base de la decisión extirpatoria.
- Delimitación, mediante el estudio posterior de la pieza, de la eficacia quirúrgica y su repercusión en el pronóstico.
- Seguimiento de la eficacia farmacológica mediante el estudio de biopsias programadas.
- Participación en campañas de carácter preventivo mediante estudios citológicos reglados.
- Estudio necrópsico exhaustivo, cuando se den las circunstancias legales, personales e instrumentales precisas y sea posible el ulterior aprovechamiento científico-asistencial.
- Disponibilidad a lo largo de toda la jornada hospitalaria para interconsultas y aportación a sesiones.

- Organización y dirección de los encuentros clinicopatológicos (CPC), base de la cultura médica del hospital.
- Participación reglamentaria en las Comisiones de Control de la Calidad Asistencial (particularmente en las de Tejidos, Mortalidad y Tumores), así como en las de Biblioteca, Publicaciones, Historias Clínicas, Docencia e Investigación si las hubiere.
- Pertenencia por derecho propio, en razón de su especialísima capacidad diagnóstica, docente, investigadora y de control de calidad a la Comisión de Dirección.

¿UNA VISIÓN EXCESIVA?

El profesional polivalente, cargado de variadas responsabilidades, a cual más importante, que define aquí la personalidad del patólogo no es fruto de una imaginación calenturienta ni desmesurada fantasía sino, apenas, la escueta descripción de los deberes que derivan de su peculiarísimo quehacer. Podrá quizá pensarse que, revestido de tales capacidades, serán pocas las personas que alcancen a desempeñarlas con suficiente dignidad; podrá incluso decirse que faltan horas en el día para luchar en tantos frentes. Pero ni estoy defendiendo departamentos de patología unipersonales, ni siquiera afirmo que cualquier patólogo por serlo tenga la capacidad de hacer todo esto por sí solo.

Señalo que tales responsabilidades derivan directamente de su peculiar función básica en la medicina. Mientras otros han de diseñar vías, métodos, procedimientos e ingeniosos abordajes de la enfermedad, para descubrirla o tratarla, el patólogo vive instalado en su mismísimo centro. Es el científico de la enfermedad, el experto en enfermedad, el definidor de la enfermedad, el conocedor de la enfermedad, de sus formas, de sus grados, de su agresividad o su curación, a menudo de su etiología y, cuando autopsia, de su extensión, precedentes y complicaciones. ¿Quién si no el patólogo tiene que ser escuchado cuando se habla de enfermedad, de su diagnóstico y tratamiento, apropiados o no, en cada enfermo; de su estudio en la investigación y su enseñanza pre y post-graduada; de la marcha general del hospital, en fin, para saber mediante estudios objetivos si cumple o no la misión que le corresponde?

Para que pueda alcanzarse el reconocimiento de tales capacidades y el estatus correspondiente deberá en primer lugar encontrarse un acuerdo suficiente entre todos los patólogos, a través de su Sociedad, sobre el amplio espectro de sus funciones, acordarse un mejor nombre para la disciplina (Patología como en todo el mundo culto, como desde hace casi 40 años se llama nuestra Revista, como pone a la entrada de muchos de nuestros Departamentos, como implica el gentilicio que nos designa), mejorar el currículo residencial para afrontar las funciones menos desarrolladas y conseguir de las Facultades de Medicina no sólo el reconocimiento en su currículo del trascendente papel histórico desempeñado por la Patología en el desarrollo de la medicina científica, en total vigencia todavía, sino también de la función que le incumbe en la medicina diaria del hospital, que el grueso de nuestros médicos ni siquiera sospecha, por desgracia, al acabar la carrera. Sólo entonces se podría exigir a la Administración el reconocimiento no sólo del relevante papel que ya se desempeña sino del que hemos de jugar para bien del hospital y sus pacientes.

PROPUESTAS PARA UN FUTURO RAZONABLE

En conclusión: para afrontar el tercer milenio desde la perspectiva que le corresponde, el patólogo precisa:

- 1) Reconocer sin complejos su propio papel en el hospital como absolutamente único e insustituible.
- 2) Reivindicar el uso del nombre que corresponde a su función: Patología.
- 3) Adquirir una formación durante la residencia acorde con las responsabilidades que le corresponden.
- 4) Conseguir que la enseñanza pregraduada de todos los médicos les lleve a conocer y aplicar adecuadamente la Patología.
- 5) Exigir de la Administración el debido reconocimiento de las funciones que le corresponden.

Y como deseable apéndice de lo anterior.

- 6) Dejar que el mundo de la cultura, fuera del ámbito médico, conozca su existencia y sepa lo que hace.

Alberto Anaya