

Editorial

Avenidas de luz para la patología española

**Discurso de Apertura del XX Congreso Nacional
de la Sociedad Española de Anatomía Patológica,
Pamplona, julio, 2001**

INTRODUCCIÓN

Hace treinta y dos años, en esta misma ciudad de Pamplona, tuve el honor de presentar la Ponencia Oficial del Congreso, que trataba de un tema hoy inimaginable: "Metodología anatomopatológica". Estaba naciendo nuestra disciplina en la forma en que actualmente la conocemos y quienes teníamos el privilegio de haberla encontrado, cargada de esplendores, en lejanas tierras de bonanza, tuvimos que aceptar también la responsabilidad de darla a conocer en nuestra patria.

Unos meses antes, en aquel mítico 1968 en el que tantas cosas cambiaron, como heraldo de los nuevos tiempos, había nacido nuestra revista, que se llamó desde el principio *Patología*, pretendiendo con ello iluminar el camino que inevitablemente habría de seguir esta disciplina. Pero los grandes cambios raramente se afianzan de golpe y, las más de las veces, las metas soñadas exigen un largo y atormentado ir y venir.

En los últimos cuarenta años han cambiado muchas cosas en el ejercicio de la medicina en España. La anatomía patológica, que se practicaba sólo en algunos hospitales públicos, a ratos, y fundamentalmente para la realización de autopsias, está ahora presente en todos,

públicos y privados, a todas horas, y se dedica, casi en exclusiva, a la biopsia y la citología. Desde los pocos y mal pagados profesionales que entonces había, han pasado a ser cientos los que viven ahora dignamente del ejercicio de esta profesión; se agrupan en una Sociedad pujante, con sede social propia, tienen una revista prestigiosa por la calidad de los trabajos que en ella se publican, sus congresos son sonados acontecimientos científicos y en todo el entramado médico nacional gozan de un creciente respeto.

Y sin embargo se percibe un claro desajuste entre el esfuerzo realizado y los objetivos, tanto profesionales como sociales, que se alcanzan. Para empezar, hay hasta ahora un problema sin resolver oficialmente en cuanto al nombre de la disciplina, lo que origina una cierta crisis de identidad. Aunque somos ya patólogos para todo el mundo, nuestras secretarías siguen diciendo "Anatomía" al descolgar el teléfono y, en la calle, el ciudadano común, para el cual nuestro buen juicio puede ser cualquier día decisivo, ni siquiera sabe que existimos y mucho menos lo que hacemos; entre el patólogo y el paciente, la figura interpuesta del clínico es todavía una muralla que mantiene en la sombra al primero. Y esto a pesar de que, de las muchas responsabilidades impor-

tantes que cabe atribuirle, la faceta asistencial es el área en que más se ha realizado el patólogo; nadie toma en ese ámbito decisiones trascendentes sin su concurso, por más que luego éste tienda a perder importancia en los informes finales. Cubiertas las obligaciones primarias, hay muchos recovecos oscuros a los que no llega en la forma debida la impronta de su actividad: publicaciones, sesiones, comisiones y peso específico en general. Los proyectos de investigación ajenos, la docencia universitaria y de posgrado, y el control de la calidad asistencial están tan faltos de Patología o la usan de un modo tan irracional que parecen no haber pasado a este respecto los años.

Donde debiera haber raudales de luz, nacidos de la actividad del patólogo, hay aún solo mantos de oscuridad, deliberada o no, que no sólo perjudican a su figura, sino que privan al hospital, a la medicina y a la sociedad en general de verdades fértiles, nacidas de una actividad muy especial, en la que, buscando la certeza, se dan cita, junto a una formación intelectual profunda y una técnica antigua pero refinada, una dosis de dolor humano y riesgo físico acreedores de un mayor reconocimiento.

En la medicina, la compasión y el deseo de ayudar al prójimo fueron muy anteriores al conocimiento de la enfermedad (en este contexto, la Patología es una recién llegada); donde no había sabiduría, su ausencia era cubierta con el mito, al amparo siempre de la intención de curar que, lo supo el hombre enseguida, era tanto más eficaz cuanto mayor era la confianza que se transmitía al paciente. Aún hoy el médico se esfuerza en no mostrar sus limitaciones, más que por propio orgullo, en bien del paciente. Cuando no tenía evidencia alguna en que apoyarse, el médico vivía a caballo entre el empirismo y el mito. Hasta que el cadáver comenzó a revelar sus misterios, todo en medicina fue imaginado. Con la anatomía, primero, y la anatomía patológica después, la muerte se convirtió en maestra de la vida, aportando por primera vez el impacto de la verdad manifiesta, y el método anatomoclínico se reveló como el motor científico de la medicina.

Ése, y no otro, fue el legado secular que llegó a nuestros días y con el que empezamos a afrontar nuestros deberes médicos. Al mismo tiempo, se revolucionaban la cirugía y la quimioterapia, que para justificar los necesarios riesgos que conllevaban, necesitaban de diagnósticos cada vez más precisos, demanda a la que intentaron responder las grandes aportaciones de aparatos basados en una tecnología millonaria y de vanguardia. La secu-

lar sabiduría anatomopatológica, emanada del estudio tardío de la lesión, aunque mantenida en las instituciones de prestigio para cerrar los estudios finales, fue desbordada como fuente de saber por ingeniosos artefactos que, sin hallar la verdad como la autopsia, dejaban entrever retazos de ella en el vivo hasta niveles de una cierta eficacia, útil en la práctica. Lejos del escenario clínico, el patólogo lo sabía todo, como siempre, pero demasiado tarde.

Y así las cosas, el progreso global de la técnica hizo posible un día que la morfolopatología entrase también en el acontecer clínico diario. Las consecuencias de esta transformación, coetánea de nuestra vida profesional, fueron tan extraordinarias que la medicina no se ha recuperado todavía de su impacto; en las mentes de algunos clínicos, acostumbrados a llenar con ingenio los vacíos de información indiscutible, todavía no se han marcado con nitidez los límites que separan los datos positivos de los procedimientos auxiliares y la realidad incuestionable de la información complementaria. Casi nadie se ha parado a pensar que la tecnología multimillonaria de última generación se queda siempre corta al lado del informe biopsico, que hay la misma diferencia entre resonancia magnética y biopsia que entre fotografía y realidad.

El estudio directo de la lesión posibilita el conocimiento no sólo de cuanto de corpóreo tiene la enfermedad, sino de la enfermedad misma; no de su marca ni de su huella, sino de su mismo ser. Con respeto total a cualquier otra teoría discordante, el patólogo, para vivir en paz con su mismo nombre, ha de asumir que no hay más enfermedad que la lesión; en la dualidad científica que el fértil concepto "clínicopatológico" trata de racionalizar, es preciso asumir que los síntomas provienen de la lesión, y no que ésta, como algunos pretenden, sirva para ilustrar o complementar el cuadro clínico. Sin lesión podrá haber síndromes, pero jamás enfermedad; por el contrario, la lesión es lo que queda de la enfermedad cuando se suprimen los síntomas.

Un hecho tan central como el informe morfolopatológico, que separa lo real de lo imaginario, que define la naturaleza de una enfermedad, la curabilidad o no de un proceso, la eficacia de una resección, el acierto de un tratamiento, no puede ser tratado como un papel más de la historia clínica, y tampoco se agotan al servicio de un paciente, por insuperable que este servicio sea, sus posibilidades de aprovechamiento médico, sanitario y social.

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

Las cosas no están hoy por hoy a la altura de esa realidad. ¿Podría alguien creer que un sesudo internista disertaría durante muchos minutos sobre la probable naturaleza de un proceso cuyo resultado de biopsia ya conoce, que esa disertación floreada de supuestos fisiopatológicos, en su mayoría indemostrables, sería seguida con atención por el resto del hospital, que el patólogo mostraría después algunas diapositivas confirmatorias y que, al final, reinaría la sensación de un ejercicio intelectual profundo? Créase o no, así son, carentes de discusión relevante y de civilizada confrontación intelectual, la mayor parte de las sesiones de este país.

¿Es posible que en un paciente autopsiado se hagan prevalecer los diagnósticos previos sobre los objetivamente demostrados? Pues así es como se construyen las estadísticas oficiales, basándose en el certificado de defunción, que es previo a la autopsia.

¿Creería alguien posible que las autopsias, trabajosamente conseguidas, duramente realizadas y concienzudamente interpretadas, se conviertan en documentos opacos, no leídos por nadie y archivados sin la menor consecuencia? Eso ocurre con la inmensa mayoría de las autopsias de este país.

¿Podrá imaginarse que la eficacia experimental de algunos tratamientos se mida por la disminución a simple vista de supuestas lesiones cuya naturaleza real nadie ha demostrado? Así se han hecho algunas de las investigaciones más sonadas, incluso en instituciones de prestigio.

¿Cabría imaginar que la Patología (sin la que la enfermedad no puede entenderse porque ambas son la misma cosa) se explique en la universidad años después de la clínica, como un adorno final? Eso se está planeando en algunas universidades españolas.

¿Cabe pensar que los hospitales mezclen en sus criterios de calidad los que miden habilidades diagnósticas y terapéuticas con los que se refieren al confort, el dinero o la hostelería? Así están las cosas en estas instituciones.

A falta del reconocimiento que la importancia de su aportación merece, y como si precisaran una legitimación tecnológica, los patólogos se están haciendo expertos en disciplinas próximas de crecimiento enorme (como la llamada patología molecular) que se desgajarán enseguida, como ya ocurrió con la genética, la hematología, la micro o la inmunología. Y en el fondo minusvaloran, ellos también, el excepcional privilegio del cual

disfrutan en su trabajo habitual, incluso con las técnicas más simples: el de mirar directamente a los ojos de la enfermedad y habitar el corazón latiente de la lesión.

Frente al éxito rutilante de las novísimas tecnologías diagnósticas y terapéuticas que, como deslumbrantes objetos de consumo, conocen por igual expertos y profanos, que protagonizan a la vez inversiones multimillonarias e inmediatas listas de espera, la biopsia está, comparativamente, oculta por un manto de silencio, o disfrazada como un análisis más. Alrededor de la verdad que nace del estudio morfológico, disminuyendo su impacto, frenando sus consecuencias, por necesidad o por desidia, o simplemente por el dictado de una tradición o la resistencia a una realidad poco implantada, hay un muro de oscuridad en el que la pasividad del patólogo es tan nefasta como el interés de quienes quieren sustituirle con tecnología de vanguardia.

Si no fuera así, los colegas primero, las instituciones después y enseguida la calle sabrían dónde reside la verdad profunda del diagnóstico médico; las sesiones clínicopatológicas (por supuesto, cerradas) serían habituales, porque son la gran fiesta científica del hospital, en la que se concentra cuanto de inteligente se hace en él, con apertura a todos, con aprendizaje para todos, sin trucos, sin trampas.

Si no fuera así, los patólogos exigirían firmar los certificados de defunción de los casos autopsiados, consagrando para los archivos nacionales y su uso estadístico la superioridad de los datos morfológicos sobre los diagnósticos clínicos de presunción.

Si no fuera así, los datos anatomopatológicos figurarían en las historias con un color llamativamente distinto, que separase a simple vista lo que meramente se supone de lo que se sabe con certeza.

Si no fuera así, la enseñanza universitaria incluiría en tercer curso cuanto se precisa para comprender los signos y síntomas de los cursos siguientes y asociaría en éstos la correlación clínicopatológica a las lecciones específicas de los procesos más importantes, creando en las mentes de los alumnos un vínculo duradero entre clínica y lesión, modelo de relación del que depende el progreso científico y que está tanto en la evolución histórica de la medicina como en el crecimiento sostenido de su desarrollo actual y futuro.

Si no fuera así, sería impensable, se consideraría escandaloso, un proyecto médico de investigación sin protocolos anatomopatológicos preterapéuticos y pos-

terapéuticos, sin estudios concienzudos de las piezas. De hecho, parecería inimaginable la ausencia de patólogos en las comisiones de investigación.

Si no fuera así, las autopsias serían tan habituales como en los mejores tiempos y su realización se exigiría para valorar adecuadamente la trayectoria científica y asistencial de los servicios clínicos y de los profesionales que los atienden.

Si no fuera así, en fin, las comisiones de mortalidad, de tejidos y de tumores tendrían una importancia muy distinta a la de tantas otras que no cuidan la asistencia médica, sino meramente temas de decoro o confort.

RESPONSABILIDAD DEL PATÓLOGO

El patólogo no es, obviamente, el principal responsable de estas deficiencias, pero tampoco puede refugiarse en la inocencia de su silencio. Los privilegios implican siempre un grado de responsabilidad, aunque ésta entrañe incomodidad o riesgo, y por ello el patólogo, que tiene el privilegio de la verdad, no puede escapar de la culpa que le incumbe por la bruma artificial en que su disciplina está envuelta. Esa bruma no es sólo de carácter intelectual. Significa, en el orden práctico, que nadie sabrá a ciencia cierta cómo proceder ante las informaciones conflictivas que coincidan en un paciente, que el ciudadano seguirá ignorando quién tiene la responsabilidad de los diagnósticos trascendentes, en los que inexorablemente han de basarse los tratamientos eficaces. Significa que la ciencia médica progresará con torpeza; que no se pondrá el énfasis debido en la formación continuada; que los proyectos de investigación sobre materias que sólo se diagnostican con Anatomía Patológica quedarán huérfanos de este apoyo; que las estadísticas valorarán de igual forma lo que se sabe y lo que simplemente se sospecha; que pesarán lo mismo en el hospital quienes se preocupan por aprender de sus errores y quienes simplemente los ignoran (por no decir que los ocultan), suprimiendo la autopsia de sus protocolos; que la formación médica se hará de cualquier forma, sin separar lo relevante de lo baladí, y se emplearán mil horas en conocimientos inútiles y casi ninguna en conocer las bases de la enfermedad; que el patólogo no será ni respetado sabio ni temido juez, sino ilustrador de conferencias o ratificador de diagnósticos, y que los datos sólidos y la charlatanería tendrán el mismo valor. No todo, pero

parte de este desvarío será imputable a la pasividad del patólogo.

LA CLAVE DE TODO: EL ESTUDIO DIRECTO DE LA VERDAD

Como si hubiéramos nacido ayer, los poderes públicos quieren saber lo que hace el patólogo y llenar, como con otras disciplinas, particularmente las de laboratorio (donde están empeñados en meterle), gruesos volúmenes cargados de metodologías numerables, definiciones, procedimientos, catálogos y carteras de servicios. Quizá tengan que hacerlo (allá ellos y su burocratización), pero la existencia de esos libros no va a clarificar el sentimiento que el patólogo precisa tener de sí mismo ni la impronta que debe dejar en otros colegas, en el hospital y en la sociedad.

Esa misión ha de ser abordada de otro modo, porque en disciplinas como ésta (o como la Medicina Interna), que se apoyan en la técnica, pero que no son técnicas en su raíz, sino intelectuales, importa menos lo enumerable, la cantidad de lo que se hace, que el cómo se hace y la impronta que deja, el interés humano que en cada caso se aporta y los resultados que, por esa dedicación, se obtienen. A diferencia de los análisis, en los cuales los números lo son todo, las biopsias se estudian de una en una. Lo que no impide que, después, de su realidad irradien consecuencias diversas, como de cualquier otra brizna de realidad científica.

La biopsia, además de resolver el problema diagnóstico para el que se hace, se convierte en una verdad incuestionable y separa en dos mitades desiguales la casuística del hospital, según sus diagnósticos se apoyen o no en datos incontrovertibles. Cuando éstos existen, ignorarlos podría ser delictivo y ocultarlos lo sería sin ninguna duda. La docencia, la estadística, la investigación y el control de la calidad asistencial, que son misiones tan propias del hospital como el mismo cuidado de los pacientes, no pueden permitirse menospreciar el valor de la evidencia.

Los datos de biopsia, incluso considerados de forma individual, son de fértil utilización en todos esos campos; pero cuando agrupados constituyen un todo funcional, conforman una imagen insustituible de la realidad nosológica, de la eficacia asistencial, de la investigación médica y del interés de individuos y grupos en la marcha de sus pacientes y en su propio perfeccionamiento

profesional. No hay ninguna otra evidencia comparable y resulta más que chocante que se afine tanto juzgando la duración de las estancias, la longitud de las listas de espera, el número de infecciones, el aspecto de las historias, la redacción de las altas, la cantidad de enfermos vistos u operados por día, la amabilidad del personal auxiliar y hasta la simpatía de los celadores, y sigan sin aprovecharse los resultados de las comisiones de tumores, tejidos y mortalidad.

Y es chocante también que tenga las mismas consecuencias, para personas y servicios, el que se hagan o no autopsias y el que, cuando se hacen, sus resultados se archiven, en muchos casos, sin tan siquiera ser leídos. Parecería que o bien nadie se ha parado a pensar en estos temas, o bien existe un propósito deliberado de convertir en inútil la única evidencia incontrovertible que el hospital produce.

Conocer la lesión es dominar el escenario de la enfermedad, encender el faro que, desbordando su cometido inmediato, encierra energía suficiente para llenar de luz toda la vida del hospital: en los quirófanos, requiriendo y moderando la práctica intraoperatoria, exigiendo el estudio de todas las piezas, reprobando la manipulación inexperta o la partición, que no sólo interfieren con el correcto estudio, sino que puede producir dos evidencias distintas y conflictivas; en los protocolos diagnósticos y terapéuticos; en los proyectos de investigación; en el aprendizaje continuo de los profesionales; en la formación de los futuros médicos y del personal auxiliar; en la valoración de la eficacia diagnóstica y terapéutica; en la credibilidad global del hospital, y en la estadística basada en los certificados de defunción.

Ante la evidencia de la lesión, ante la luz que de ella emana, ante la sabiduría que produce y la seguridad que ofrece, vale cualquier cosa menos desviar la mirada. Bajo la bóveda plana del anfiteatro grande de San Carlos, en Madrid, un hombre del Renacimiento aparta los ojos del cadáver que tiene entre los brazos y se dirige en petición de ayuda a una lejana imagen de Galeno. Despreciando el valor de la morfopatología, nuestros científicos hacen sus estadísticas sobre suposiciones clínicas, en lugar de aprovechar los datos de las autopsias; el número de éstas tiende a decaer y las que hacemos no tienen consecuencias, y las evaluaciones de personas, servicios y hospitales se hacen sobre listas de espera, economía en el gasto, puntualidad, pulcritud en el trato o número de publicaciones.

La verdad no puede tolerar por más tiempo esta situación. Si hubo que esperar siglos a que el internista pensara en las biopsias y el cirujano las hiciera posibles, su realización no pertenece ya al libre albedrío de quienes las idearon antaño, sino que son parte de protocolos inexcusables. Ahora, con la verdad en las manos, con la rutina del diagnóstico morfológico en el quehacer diario del hospital, colocado por fin por el destino en el lugar adecuado, en el momento adecuado y teniendo en su mano los resortes científicos adecuados, ¿a qué espera el patólogo para entrar por la puerta grande en la práctica médica?

Siendo el que siempre ha sido, el fedatario de la realidad nosológica, está ahora además en el centro de los acontecimientos y no como antes, al final del camino. Su verdad no va contra nadie, pero no es ya la vieja realidad tardía, ni puede ser discutida o mejorada como los otros indicios clínicos de evidencia. De la verdad del patólogo nace en forma directa el futuro de cada paciente, y a esa verdad, única e incomparable, también han de volver los ojos quienes quieran edificar sobre seguro en el campo de la medicina organizada, de la medicina científica, de la docencia médica.

Salido del laborioso silencio de los siglos, el camino del patólogo, empedrado con las verdades individuales de cada paciente y, por ello, base sólida de toda la verdad médica, puede seguir artificialmente oculto por una estulticia cerril o abrirse en mil avenidas de luz que alcancen a toda la práctica médica, desde los quirófanos a los archivos, desde los funcionarios a los pacientes, desde la investigación al mantenimiento de la formación continuada, desde los intereses económicos a las angustiosas listas de espera, en que parecen naufragar todos los proyectos de política sanitaria.

La verdad no sólo nos hará libres sino también eficaces. Para defenderla, el patólogo habrá de afrontar sin renuncias su pleno destino, comenzando por decir en voz alta quién es y aceptando todas las responsabilidades que le incumben. Respecto a la esencia primaria de su función, lo primero a cambiar, y con urgencia, es el nombre, para acabar con la confusión conceptual existente. Puesto que lo nuestro es la enfermedad, "Patología" tienen que contestar nuestras secretarías al teléfono y "Patología" tiene que figurar sobre nuestras puertas y "Patología" tienen que decir nuestros impresos. Y si hubiéramos de perfeccionar el contenido mediático del mensaje, *Patología Decisoria* habría de ser su verdade-

ro nombre, ya que, sin su contribución previa, no se toma casi ninguna decisión trascendente en la medicina hospitalaria actual.

RESPONSABILIDADES DERIVADAS

Del conocimiento de la lesión derivan, como más inmediatas, las actitudes terapéuticas adecuadas, y eso ya ha sido aceptado en la práctica, aunque no esté aún en el lenguaje de la calle. Lo que importa ahora es transmitir que la misión del patólogo no se agota en esa trascendente finalidad. Desde ese vértice crucial le incumben responsabilidades docentes, bien comprendidas pero muy mal resueltas hasta hoy, responsabilidades científicas que no permiten la indiferencia ante proyectos médicos que minusvaloran o desprecian la lesión, responsabilidades sociales que obligan a que las estadísticas se basen en hechos comprobables y no en meras especulaciones, responsabilidades asistenciales subsidiarias que tienden a garantizar la más alta calidad posible en los hospitales.

Renunciar a esas responsabilidades, incluso bajo el peso de la indiferencia circundante, no está entre los derechos del patólogo. Bien al contrario: ejercerlas es su obligación y, en cuanto constituyen una expansión natural de sus obligaciones diagnósticas primarias, en cuanto favorecen el diálogo en el hospital y el autocontrol médico, y una investigación más seria y una mejor formación, llevan, pese a contratiempos y disgustos, a un sentimiento del deber cumplido, a la sensación inequívoca de que las avenidas de luz que han de invadir la vida hospitalaria no podrían tener otro origen y, ciertamente, no podrían asentar en fundamentos más sólidos.

Cabe preguntarse cómo se cumple esa jornada, cómo se camina esa senda, qué papel le corresponde a cada uno en el esfuerzo común para mejorar las cosas. Tendremos que defender ante cualquier instancia que nuestro trabajo no será de mayor nivel por alcanzar unas cifras más altas, si cada informe no es aprovechado al máximo, si se pierde, por falta de distinción documental (subsancable con el uso de un color distinto) entre los numerosos papeles de la historia clínica y si no fructifica, más allá de cada estudio concreto, en sesiones, en diálogo, en colaboración de calidad, en docencia y en investigación responsable.

Cada patólogo tiene que promover en su centro el aprovechamiento total de sus informes, la realización de genuinas sesiones clínicopatológicas, la continuidad de las autopsias, el funcionamiento de las comisiones de control, su propia presencia en la comisión de investigación, su negativa a dar fotos de cortesía, su escándalo ante la partición de biopsias, su disponibilidad a colaborar en proyectos serios, su permanente apertura al diálogo.

Debemos fomentar el diálogo con nuestros clínicos, pero también, y muy especialmente, entre nosotros. Frente a la cultura de la competencia, hemos de abrir paso a la cultura de la colaboración. Nadie puede ya dominarlo todo, en ninguna parcela del saber, pero menos que en las demás en este basamento general de las ciencias médicas que llamamos Patología. Si la interconsulta fue difícil otrora por las distancias físicas, hoy éstas han desaparecido gracias a la telemedicina; generalicemos en nuestras dotaciones un sistema de fácil intercomunicación, suprimamos así al intermediario, amigo, pariente o funcionario de correos, que lleva a distancias lejanas fragmentos de nuestro esfuerzo, negándonos la voz para defenderlo.

Hagamos saber a nuestros gestores que incluso por lo que respecta a la economía, que tanto les preocupa, una Patología bien asentada es promesa de eficacia; que sus diagnósticos implican un ahorro espectacular sobre casi todos los otros procedimientos al uso, buena parte de los cuales podrían ser sustituidos ventajosamente por biopsias o citologías con una importante disminución tanto del gasto como de las listas de espera. Habría con ello también una simplificación de los protocolos, porque donde hay un diagnóstico anatomopatológico firme huelgan la mayor parte de los otros procedimientos (lo único que falta tras el informe del patólogo es aplicar la terapia adecuada, a la mayor brevedad).

Si el hospital quiere recobrar su eficacia y prestigio, que tienden a decaer, la presencia del patólogo es necesaria cerca de donde se toman las decisiones, porque él es el experto en enfermedad y el hospital está ahí para combatirla, no para redondear brillantemente ejercicios de economía, arquitectura o gestión de las relaciones públicas y las listas de espera.

Reclamemos nuestra participación en comisiones, sesiones y juntas, no como el ejercicio de un privilegio, sino como la aceptación de una pesada responsabilidad; hagamos, como recomendaba Kipling que todos cuenten con nosotros, aunque ninguno con abuso. Reportamos y

disfrutemos avenidas de luz legítimamente nacidas de un quehacer que engarza a la medicina de hoy con la clásica por la calzada real del progreso médico genuino, la vía por la que, a través de los siglos, han caminado sin descanso cuantos han aportado algo al saber de los médicos.

Por último, la Sociedad de Patólogos, directamente y a través de la Comisión Nacional, tiene que iniciar cuanto antes una catalogación de los hospitales no en función de cifras inexplicadas y neutras, sino del cumplimiento mínimo de un programa en el que la calidad global de la Patología en cada institución se mida por el impacto que causa, por el respeto que obtiene, por la huella que queda en consultas, sesiones, publicaciones, enseñanza continuada y mejora perenne de la calidad asistencial; y cuando nada de esto pudiera conseguirse (porque las batallas no siempre se ganan), por el calor, la insistencia y el esfuerzo de los patólogos, en una lucha a veces soterrada, a veces marcada por un aparente fracaso, cuando los ambientes inmediatos resulten hostiles, una lucha que forma parte, en definitiva, de la victoria secular de esta disciplina, silenciosa o brillante según los tiempos, pero continuada y potente en toda época, que viene desde Morgagni transformando en ciencia eficaz lo que antes sólo era, y seguiría siendo sin ella, además de un creciente complejo tecnológico, un oscuro conjunto de creencias y buenas intenciones.

Abordar el mundo mágico de la medicina, para influir en él y transformarlo en ciencia, ha sido el destino de la Patología desde sus orígenes, y no hay razón para que ese papel deba cambiar en estos tiempos. Pero

si hasta no hace mucho su seguimiento de la clínica fue desinteresado y distante, como un colofón final a lo que ya no tenía remedio, la inmediatez obligada de las actuaciones de hoy no permite seguir manteniendo esas distancias. Su implicación en las decisiones cotidianas convierte al patólogo de lejano espectador en actor principal. Los límites de su función diaria no están ya entre las paredes de su servicio, sino que, rebasándolas, le llevan, cargado de responsabilidad, a todos los ámbitos del hospital.

Aceptar esta realidad y sus consecuencias, implicarse en las comisiones en que debe ser actor principal y gobernar el desarrollo de sesiones clínicopatológicas genuinas. *en las que semanalmente se confronte la función curativa del hospital con su base científica*, es lo que corresponde al patólogo de hoy; y si no lo hace, porque no quiere o porque no le dejan, la espectacularidad técnica con que revista su trabajo no podrá ocultar que su función es incompleta.

Pero si la realidad morfológica se mantiene como referencia científica de los actos médicos, antes y después de las decisiones trascendentes; si se controlan los trasplantes mediante biopsias y se estudian todas las piezas del quirófano; si clínicos y patólogos trabajan conjuntamente; si se hacen autopsias y se reflexiona serenamente sobre sus hallazgos y se proponen mejoras, y si el patólogo está presente en el nivel decisorio de los planes de investigación y de docencia, entonces hay un camino luminoso frente a la medicina hospitalaria. El patólogo debe saber que buena parte de esa luz emana de la platina de su microscopio.

ALBERTO ANAYA

Jefe del Departamento de Anatomía Patológica de la Clínica Puerta de Hierro
 Director del Departamento de Anatomía Patológica de la Universidad Autónoma de Madrid
 Fundador de la Revista Española de Patología

