

Dr. Guillermo Dighiero, un uruguayo en el Instituto Pasteur

Volver a humanizar la Medicina

Es uno de los médicos uruguayos que más alto ha llegado en una carrera académica fuera de fronteras. Se llama Guillermo Dighiero, dirige un departamento del Instituto Pasteur, en París, en el que tiene a su cargo más de 100 investigadores, y conversó con *Noticias*, con delicadeza, sinceridad y verdadera modestia, sobre los desafíos de la profesión y del país.

POR JOSÉ LÓPEZ MERCAO Y SERGIO ISRAEL

En el despacho del director nacional de Salud, Prof. Eduardo Touya, en el segundo piso del Ministerio de Salud Pública, la conversación entre el anfitrión, el entrevistado y los dos periodistas (luego se sumaría el Dr. Antonio L. Turnes) fluye como si de un encuentro de viejos conocidos se tratase. En algún momento hay que encender el grabador y la reunión pasa a ser un embrión de formato periodístico. Cada tanto, Dighiero hace un gesto amable y pide un *off de records*, para no ofender a nadie, pero en general la charla discurre sin violencias pero también sin concesiones por los grandes temas de la medicina en el mundo y del papel que debe jugar Uruguay. Cuando la entrevista con este investigador jefe en leucemia linfocítica crónica al fin debe concluir, a causa de un compromiso ineludible, uno tiene la sensación de que podía haberse quedado tres o cuatro horas más dialogando, algo que no ocurre con frecuencia.

La gestión en salud

Se ha llegado a un tope de lo que el país puede gastar en salud, y ahora no se trata de aumentar sino de gestionarlo correctamente. En Francia se hizo un cálculo, hace diez años, de que si los gastos en salud seguían aumentando en la forma en que lo iban haciendo en los últimos 30 años, en el 2048 iban a consumir todo el presupuesto del Estado. Evidentemente va a haber que hacer opciones: la tecnología y la salud cuestan cada vez más caras.

Yo tengo un cierto conocimiento en lo que es la leucemia linfocítica crónica y dirijo el grupo francés que se ocupa de esta enfermedad. La Sociedad Francesa de Hematología y Oncología nos pidió definición acerca de las pautas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. Quieren saber cuáles son los exámenes y las actitudes

terapéuticas que hay que adoptar de acuerdo a los casos que se presentan, de tal manera de tener para cada enfermedad, lo que se podría llamar, un Manual de Buena Praxis, y eso me parece que es algo que en Uruguay va a haber que incorporar.

Para ello será preciso trabajar en sintonía con las sociedades médicas, algo que se puede hacer, poniendo especial énfasis en aspectos de evaluación de salud y normas de calidad.

Auge y decadencia del "poder médico"

La influencia de Internet en la información a la que accede el paciente es una realidad instalada en el mundo entero. Este fenómeno impacta de manera diferente en cada realidad. En Uruguay la medicina estuvo fuertemente influenciada por la escuela francesa, eminentemente clínica y descriptiva. Consecuentemente, adquirió una notable capacidad diagnóstica, que se expresaba en excelentes cuadros nosológicos.

Pero la debilidad de ese conocimiento de las enfermedades y de la capacidad de establecer buenos diagnósticos estribaba en la precariedad del arsenal terapéutico. Entonces el principio terapéutico se basaba en la confianza que el paciente debía tener en el médico, lo que a su vez generaba reciprocidad, en la medida que el médico tenía confianza en los recursos propios del paciente para poder curarse. Esa complementación está en el origen de lo que José Pedro Barrán define con exactitud como "el poder médico". Sin embargo, ese poder remitía su existencia a la inexistencia de recursos terapéuticos efectivos, no derivaba de la esfera del estatus o de la economía sino que era parte –tal vez la parte fundamental– de la terapéutica disponible.

¿Hay un componente de nostalgia en esa percepción?

No lo niego, sobre todo cuando contrastamos esa situación con lo que se vive hoy. Usted mire lo que yo llamo la "revolución terapéutica",



que comienza en 1935 con el descubrimiento de las sulfamidas, penicilinas, estreptomicinas, los anticoagulantes, los neurolépticos, los antihistamínicos. Todo eso fue en 15 años. Incluso las primeras drogas antineoplásicas, las hormonas, los estrógenos de síntesis, la vitamina B 12 aparecen en ese período explosivo en término de técnicas terapéuticas.

A partir de ese momento la medicina tiene el poder de curar. Pero ese poder y diversificación de los métodos terapéuticos desnudan el flanco abusivo del poder médico.

Eso incide en planos diversos y aparecen los intermediadores en esa relación que primitivamente era directa y hasta íntima y familiar. El diagnóstico ya no se hace más al pie de la cama del enfermo, ahora lo realiza el staff médico, mirando los documentos radiológicos que se consideran mucho más relevantes que el examen clínico, ¿quién puede discutir con argumentos emanados de la observación clínica frente a una tomografía o una resonancia magnética? La primera consecuencia es que el diagnóstico se externaliza y se mediatiza.

El filósofo francés Michael Foucault murió en un hospital y narra todo el período de su hospitalización, describiendo magistral y amargamente una medicina altamente deshumanizada. Tampoco idealicemos la relación médico-paciente de antaño. Efectivamente era abusiva y paternalista. El médico de familia visitaba al enfermo, daba consejos y emitía sentencias, a veces sobre temas que no conocía, pero lo hacía desde un rol que tenía sentido y desconocía la ajenidad y el anonimato, que hoy son moneda corriente.

Pistola al cinto

Con mi padre –durante la dictadura– discutimos mucho cuando él elaboró su carta de renuncia, que fue motivada porque un día llegó a su laboratorio y le habían cambiado la cerradura.

El investigador francés Jean Louis Binet vino a visitar la Facultad de Medicina y los estudiantes cantaron el himno, a dos años de la intervención. Binet pasó entre dos filas de policías de la Metropolitana armados con metralletas. Llega a ver al decano interventor, Gonzalo Fernández, que además estaba furioso con lo que había pasado, y se encuentra con un decano de lentes negros y con un revólver en la cintura. El profesor Binet es un liberal, un hombre que no es de izquierda para nada, pero ver a un decano con revólver y entrar a una Facultad entre dos filas de ametralladoras... Yo no tuve que decir más nada.

La dictadura tuvo consecuencias muy graves. En el año 1984, se formó el primer proyecto del Pedeciba, en ese momento no había nada. Toda la investigación científica había desaparecido. Incluso hubo otro decano de la Facultad que había sacado la genética del programa curricular. La genética es hoy la disciplina que probablemente está creando los mayores progresos. Fueron 15 años de parálisis, que los estamos pagando hoy; todo se paga, había en esa época seis o siete grupos que realizaban investigación, en total. Era el desierto.

El razonamiento tecnológico

¿Hoy por hoy se está buscando un punto medio?

Es que hay que buscarlo porque este tipo de medicina lleva a que el paciente se encuentre desprotegido, desnudo, inerme ante esas enormes empresas de salud, que son los hospitales y los grandes centros asistenciales, en los cuales lo ven diez especialistas distintos que fragmentan su identidad, anatomizan el todo indisoluble que constituye cada individuo y eso genera una angustia terrible, una cosificación inhumana e inaceptable.

Para mitigar ese fenómeno, en Francia se acaba de crear una disciplina, los enfermeros clínicos, que son nurses con una formación suplementaria de dos años, en psicología, en patologías críticas y cuya función es la de reconstruir el círculo de relación perdido para intercambiar puntos de vista con el paciente, para tratar de reconstituir la humanidad avasallada por el progreso tecnológico, y ese es uno de los grandes problemas de la medicina moderna.

Otro de los temas medulares es el de los tratamientos paliativos (N. d. R.: sobre el trabajo en esa área en Uruguay, véase la nota en página 30). Muchas veces vemos que hay un encarnizamiento terapéutico y que no se respeta el derecho del paciente a elegir su muerte, transfiriéndole a éste la angustia del equipo terapéutico ante el fracaso. Entonces nos encontramos con muy graves, de 80 y pico de años, a los que se les prolonga la vida sin sentido.

No hay en eso una falta individual, lo que sucede es que ante un problema que no se puede resolver, se razona tecnológicamente y ese tipo de razonamiento –legítimo e imprescindible si se acota a su área de referencia– comienza a aplicarse en situaciones en las que carece de pertinencia.

Creo que esas cosas también hay que discutir las porque el paciente, a quien no se otorga voz en esta historia, tiene derecho a elegir su muerte. Tal vez por estas latitudes haya problemas más perentorios, pero en Francia cada vez hay más presión de la opinión pública en torno a estos temas.

Son puntos que hay que discutir, porque forman parte de la evaluación de la calidad de salud, que tiene componentes técnicos pero también humanos.



De la descripción a la detección

¿Cómo percibe usted el desarrollo de la investigación en el país en los años de recuperación democrática?

Creo que ha sido espectacular. En este país tenemos gente sumamente inteligente a la que si le dan oportunidades es capaz de expresarse. Sigue siendo fundamental nuestro capital humano. Sin embargo, es preciso prepararse para los desafíos que ahora se plantean.

El primero lo lanza la medicina molecular, donde el diagnóstico y el tratamiento van a adentrarse en la escala molecular, siendo posible detectar lesiones de dimensiones menores al milímetro. A su vez, las nuevas tecnologías van a impactar en la medicina preventiva. Ya es posible, mediante los llamados *DNA chips*, testear a nivel celular cuáles son los genes que están expresados y cuáles los que están silenciados.

Por ahora la investigación se encuentra en el terreno descriptivo, pero en breve las técnicas se van a afinar y en poco más de una década estos métodos se van a generalizar. La primera consecuencia será que se va a afinar muchísimo la detección y la genética pasará de la descripción a la detección. Analizando el material genético se podrá determinar la proclividad que tiene cada individuo para contraer ciertas enfermedades.

Aun así, será preciso discriminar si éticamente eso es admisible, porque el mapa genético puede ser usado tanto para mejorar la expectativa y calidad de vida de la persona como para discriminarla y hacerla más vulnerable.

Por eso creo que el tema de la bioética es un tema central que hay que definir.

En esta temática tengo un punto de vista kantiano: se trata de imperativos categóricos que es preciso definir para que la ciencia pueda estar realmente al servicio de la humanidad.

El desarrollo de la biología molecular se va a localizar en centros altamente tecnificados, lo que va a favorecer la concentración. Al mismo tiempo se van a introducir cambios en la hospitalización ya que hoy día las camas en los hospitales son cada vez de más alta rotatividad, incidiendo en ese cambio los nuevos métodos quirúrgicos. Por ejemplo, hoy la oftalmología es casi ambulatoria y eso va a aumentar con las operaciones laparoscópicas.

En lo futuro se van a necesitar menos camas, pero, al mismo tiempo, muy tecnificadas, ya que habrá una inversión muy alta en tecnología, lo que va a determinar que esos hospitales funcionen en un régimen de dedicación total. Quiere decir que las personas que trabajan deberán funcionar 24 horas sobre 24. Recuerdo que cuando en Francia llegó el primer tomodensitómetro, hace 20 años, era común

estudiar a los pacientes en horas de la madrugada para que la tecnología incorporada fuera rentable.

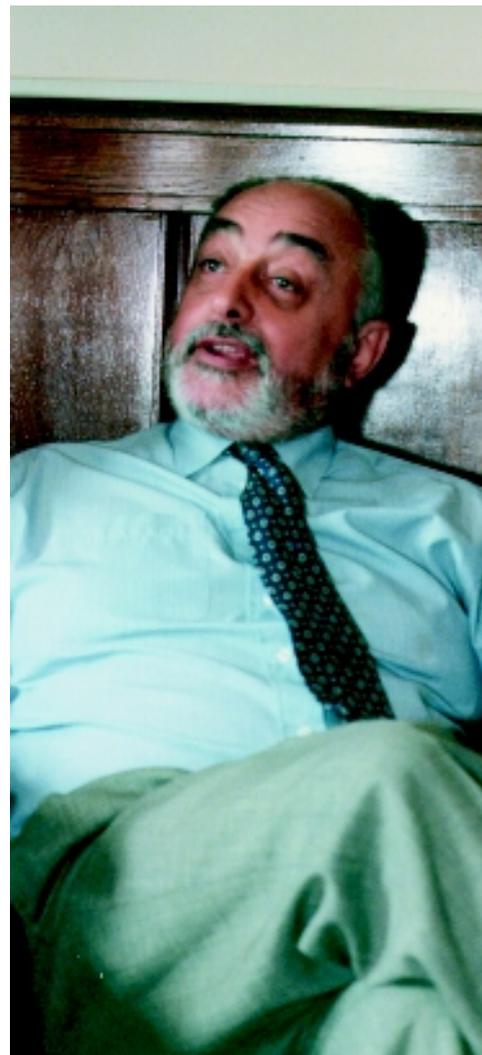
El "modelo inglés"

No obstante, no podemos atender el problema de la racionalización de recursos sin incorporar lo específicamente humano. No podemos construir fábricas de curar, en las cuales la dimensión humana desaparezca; hay que resolver el problema de la geriatría, junto al de los cuidados paliativos y lograr, dentro de esas estructuras altamente tecnificadas, que el paciente se relacione humanamente con el médico. Para ello hay que respaldar y rejerarquizar la función del médico de familia, capaz de recrear una modalidad de relacionamiento con el paciente que era norma en el pasado y que hoy está desapareciendo en todo el mundo, desalojada de la escena por la alta tecnología y la especialización.

Nos equivocamos si vemos en esto un residuo de nostalgia sin fundamento científico. El pensamiento y la práctica médica están siendo sacudidos por el crecimiento exponencial del desarrollo científico-tecnológico, sin embargo, el hecho de que la tónica dominante de este período sea el análisis y la desagregación hace perentoria la búsqueda de una síntesis que restituya al hombre su integridad, que es mucho más que la sumatoria de las partes que lo constituyen.

El Instituto Pasteur en Uruguay

La idea había surgido hace tres o cuatro años, durante la administración Sanguinetti, y no había llegado a término, pero el nuevo gobierno planteó su interés en renovar la iniciativa de instalar una filial del Instituto Pasteur en Uruguay. El ingeniero José Serrato planteó que al gobierno le interesaría. Todavía estamos en las etapas iniciales y creo que no hay que ir más rápido que la música, como dicen los franceses. Todo proyecto bien elaborado tiene sus etapas; es posible que se llegue a un acuerdo, el MSP y la Facultad pusieron a disposición dos pisos del Instituto de Higiene que poseen una superficie considerable, que correspondería a las necesidades previstas, luego habría que financiar el proyecto. Lo que es evidente es que este es un proyecto muy grande y las condiciones para que pueda llegar a concretarse es que no entre en competencia con los recursos ya existentes para la ciencia y la tecnología, que son realmente escasos en Uruguay.



El llamado "modelo inglés" fue una respuesta pionera a esa búsqueda de síntesis, que era un plan excelente que fracasó por causas que nos deben mover a la reflexión. El eje del "modelo inglés" era el listado de pacientes entregado al médico. De acuerdo al mismo, el profesional se responsabilizaba por todos los aspectos de la salud del usuario, con énfasis especial en la prevención. Era un auténtico plan de asistencia integral que fracasó porque se pagaba por listado y no por acto médico. De acuerdo a ello, el número de actos comenzó a disminuir y creció la insatisfacción del usuario a causa de la frecuencia de la atención. La consecuencia fue que la gente empezó a retornar a los seguros privados porque pensaba que el médico no hacía lo suficiente. De cualquier manera, se trató de una experiencia señera que chocó con ciertas realidades humanas y sociales que deberemos tener en cuenta en el futuro.

El otro aspecto es que nosotros tenemos una formación muy individualista, basada en el binomio médico y paciente, en desmedro de la visión colectiva de la salud. Es preciso darle un lugar de privilegio a la epidemiología y a la



medicina social en la formación, no sólo porque es una necesidad para el desarrollo de la medicina, sino porque es altamente rentable.

El milenarismo biológico

El genoma es patrimonio de la evolución y es de creer que lo que en él está enraizado –incluso las fuentes de salud y enfermedad– tiene un sentido que seguramente escapa a la provisionalidad de nuestro conocimiento y también a nuestra soberbia. ¿Con qué derecho le enmendamos la plana a la naturaleza? ¿Quién autoriza al hombre para sublevarse contra la diversidad, con experimentos tan dudosos como la clonación de seres humanos?

Es un problema filosófico y fundamental. ¿Qué es lo que define a una persona humana? Es su unicidad. Una persona humana es única. El clonado de seres vivos se puede objetar desde distintos ángulos, según su posición filosófica, pero hay una objeción fundamental: imponerle a una persona un modelo, un genotipo particular, ser el doble, el gemelo asíncrono de alguien, es –en mi criterio– un atentado grave a la condición humana. El ser humano es único. “*Yo soy yo y mi circunstancia*”, decía Ortega y Gasset, y yo adhiero a eso. Pero también desde la filosofía utilitarista anglosajona se han lanzado pregun-

tas tan atroces y cínicas como la de: “*¿Por qué hay que respetar más la dignidad humana de un niño con una parálisis cerebral que a un chimpancé?*”. No han sido figuras de segundo nivel las que han hecho este tipo de razonamientos. Por eso creo que hay que pensar seriamente en los problemas de la bioética. Como decía el profesor y premio Nobel Jean Dausset, estamos en presencia de una bomba atómica biológica.

¿Por último, Dighiero, qué sensación le genera este reencuentro con la patria?

Me genera tristeza, para qué voy a ocultarlo. Pocas veces he visto tanto desánimo como el que hay actualmente en el país; de repente tengo una visión que es sesgada, pero vengo casi todos los años desde hace una década y media, y esta es una de las veces que me he encontrado con más desánimo colectivo. A la vez eso multiplica mis ganas de luchar, porque yo creo que acá, en el Uruguay, tenemos los recursos humanos, lo único que se necesita es un cambio de actitud.

¿Podrá haber entonces una dimensión de retorno para Guillermo Dighiero?

Podría ser, tal vez... el tiempo dirá. ☺

Cerebros

Costa Rica hace unos diez años empezó a invertir seriamente en ciencia y tecnología y hoy está exportando software en cifras mayores que las tradicionales, es el primer rubro de exportación.

Tengo la impresión que a todos los niveles de la sociedad existe la convicción de que la única salida desde el punto de vista industrial son las nuevas tecnologías. Y para las nuevas tecnologías lo que se necesita es materia gris, es conocimiento. Y eso lo tenemos. Tampoco eso se puede hacer si no hay un plan a largo plazo que contemple la formación y la utilización de esos recursos humanos. España acaba de sacar un decreto mediante el cual cualquier informático iberoamericano tiene derecho a ir a trabajar allí. Alemania y Francia lo están haciendo y también en el área de las biotecnologías otorgan esas franquicias. Los técnicos en biotecnología, los genetistas, se colocan en cualquier lado. ¿Hemos hecho el esfuerzo de formar científicos de muy buena calidad y ahora los vamos a dejar ir? Sería absolutamente absurdo como política de un país, sobre todo cuando estamos asediados por la competitividad.

Favaloro

Pienso que aunque me dolió el final de Favaloro, lo que él hizo en Argentina va a ser recordado. Favaloro tenía una dimensión del retorno, la de ayudar a su país. Fue un personaje entrañable que la medicina argentina va a recordar y vamos a olvidar este fin, como un epifenómeno condicionado por situaciones límites; lo que va a quedar, además de su contribución científica, fundamental, es la memoria de una personalidad que marcó rumbos. No tuve la suerte de conocerlo, pero siempre sentí hablar a mi padre y a mi hermana de él como un personaje entrañable. Pero su herencia no es de amargura.