

Peligro de muerte “natural” de la clínica médica: extinción de la especie clínico general

Bernardo Gandini

EVOLUCION DE LA MEDICINA. ESPECIALIZACION Y SUPERESPECIALIZACION

El desarrollo de la atención médica se ha ido modificando a lo largo del tiempo y cada vez son más notables las diferencias entre el “antes” y el “ahora”. El trabajo del médico en épocas pretéritas se caracterizaba por su contenido predominantemente humanista; por la preponderancia del arte sobre la ciencia —al menos en la mayor parte de las situaciones—; por los objetivos irrenunciables de curar y por una gran dosis de autoritarismo en sus concepciones, autoritarismo que de alguna manera fundaba la relación médico-paciente.

La situación actual es más difícil de definir debido a la inmediatez y celeridad de los cambios, reflejados entre otras cosas en el creciente predominio tecnocrático, en la superioridad del cientificismo, en la cada vez mayor importancia otorgada a la prevención en detrimento de la curación, como así también en la caducidad paulatina del modelo autoritario de relación con pacientes que incorporan gradualmente convicciones más democráticas, lo que se refleja en las exigencias de mayor protagonismo en las decisiones inherentes a su proceso de salud/enfermedad.

Permanentemente el médico ha debido adaptarse a los cambios de conducta; por un lado los determinados por el conocimiento científico y por el otro los que lo son por las influencias del paciente.

La persona que realiza una consulta suele llevar consigo su propia concepción del trabajo médico y manifestar de algún modo sus preferencias respecto al profesional. Una de las maneras más frecuentes de expresarlo es la explicitación de las causas motivadoras del abandono de su/s médico/s anterior/es. La influencia que esto provoca en cada médico depende de varios factores, pero es evidente que uno de los de mayor gravitación es la independencia de criterios: a menor independencia de criterio médico, mayor condescendencia a cierto tipo de requerimientos del paciente, lo que conlleva inseguridades y temores que pueden explicar decisiones dubitativas.

Cada paciente puede percibir pautas sobre el profesional que consulta por diferentes vías, entre las que suelen hallarse las opiniones del entorno

BERNARDO GANDINI es profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.

familiar-amistoso y aquéllas marcadas por la cultura del consumo. La solicitud de estudios al paciente parece marcar especialmente la calificación y consideración del desempeño profesional, por lo que se otorgaría mayor reconocimiento al médico, en función del número y complejidad de estudios requeridos. La concepción del trabajo médico-profesional que circula entre los enfermos provoca, con elevada frecuencia, modificaciones y adaptaciones de la praxis médica. El nacimiento de especialidades, subespecialidades o superespecializaciones, produjo a su vez una mayor producción bibliográfica de tal magnitud que sólo puede ser abarcada, parcialmente, en los estrechos límites de una especialidad o superespecialidad. El acto médico, en la medida en que adquirió un mayor desarrollo tecnológico, fue perdiendo su enfoque integral. En consecuencia, el enfermo debe relacionarse con uno o varios especialistas y provoca a menudo dificultades propias de esas múltiples vinculaciones "paciente-médico" que aumentan a medida que crece el universo de profesionales consultados; los especialistas suelen comunicarse entre sí a través de los enfermos y esto, por diversas razones entre las que se cuentan las dificultades para determinar los límites entre una especialidad y otra, suele provocarles un estado de fuerte confusión.

Entre las causas de la ausencia de contacto interprofesional las hay inherentes a modalidades de trabajo y a dificultades en la intercomunicación. En relación con las primeras, puede decirse que es muy escaso el entrenamiento o espíritu de trabajo en equipo. En cuanto a las dificultades en la intercomunicación, éstas podrían achacarse a las características de la vida en las grandes ciudades, con su correlato de distancias, escasez de tiempo, etcétera. Es probable, como se ha dicho, que el enfermo sienta confusión al tener que transmitir, de un profesional a otro, conceptos de dificultosa comprensión, a lo que se agrega la angustia y la carga subjetiva que se coloca en estas circunstancias.

Es cada vez más difícil encontrar especialistas en medicina interna general (clínica médica) que sostengan una concepción integral del enfermo y un aceptable nivel científico que les permita desenvolverse eficientemente frente a enfermedades prevalentes. Puede sumarse a esto la dificultad social para ubicarlos en su real dimensión y en el lugar que deberían ocupar secuencialmente en la consulta, por cuanto existe una verdadera distorsión en el carril lógico de interconsultas, en el que un médico clínico tendría que efectuarlas al especialista, según la necesidad, teniendo en cuenta las propias decisiones del paciente, en base a su propia impresión, aunque ésta no resulte siempre adecuada.

La racionalidad en las interconsultas y derivaciones de pacientes depende de la organización de niveles de complejidad del sistema de salud. El primer y más importante nivel, es el de atención primaria de la salud (medicina de alta eficiencia y baja complejidad, con el protagonismo de la comunidad y

claros principios de prevención, protección y educación para la salud), del que se puede derivar a un segundo nivel o especializado, de mayor complejidad. Cuando es necesario, puede derivarse al paciente a un tercer nivel, de altísima complejidad o superespecialización.

Es difícil cuestionar la decisión personal del enfermo de efectuar una consulta especializada, aunque deben admitirse las posibilidades de error que esto puede implicar. Menos justificable, en cambio, es la pérdida de la costumbre de consultar inicialmente al clínico general, punto de partida de la interconsulta en la dirección correcta. La desaparición de la difusión de las especialidades puede ser una explicación que justifique la popularidad de determinadas especialidades entre las cuales, llamativamente, no figura la clínica médica.

Llegados a este punto, resulta válida la pregunta acerca de qué significa ser un clínico general o internista. La identificación de médico y clínico, usual años atrás, se ha ido desdibujando. Es así que actualmente no resulta fácil definir, ni desde el conocimiento vulgar, ni desde el punto de vista técnico, lo que es un clínico o internista general. Entre las características que permiten trazar el perfil de estos especialistas pueden mencionarse: 1) el carácter forzosamente integrador del trabajo médico; 2) la necesaria concurrencia en el profesional de conocimiento científico, adiestramiento técnico y comprensión humana (la calificación positiva de su labor se cifra en la presencia en alto grado y en el equilibrio entre estos tres aspectos —dentro de los cuales el humanitarismo presenta un importancia insoslayable—); 3) condiciones o cualidades humanitarias respecto a pacientes y colegas: a) integridad -honestidad y confiabilidad; b) respeto —capacidad para aceptar preferencias de los demás respecto a las de sí mismo— y c) comprensión —reconocimiento de que el dolor y la enfermedad engendran necesidades especiales—.

La clínica médica contempla, como aspecto general, todo lo no quirúrgico. Dentro de esta especialidad se encuentra la clínica general y la medicina interna especializada; esta última supone un gran terreno de superposición entre el internista especializado que debe abarcar un espacio no diferenciado respecto al de las especialidades no quirúrgicas. Por todo esto es excepcional, desde hace años, la atención médica con un solo profesional. La norma es la consulta simultánea a tres o cuatro especialistas, además de ocasionales consultas específicas con otros especialistas sobre aspectos preventivos.

Este análisis no contempla los aspectos vinculados con la relación cuantitativa médico especialista/cantidad de habitantes, ni con la distribución por regiones según reales necesidades sociales. Preguntas sobre la posible superpoblación médica y/o especializada o sobre la inadecuada distribución de médicos, exigen otro ámbito y otros elementos para ser considerados.

RAZONES DE LOS REQUERIMIENTOS CRECIENTES DE "HIPERESPECIALISTAS"

Tal vez para coincidir con la terminología de mercado, habría que denominar "hiperespecialistas" a aquellos profesionales que manejan una subespecialidad o aspectos parciales de una especialidad médica.

Las necesidades creciente de consultar especialistas por parte del enfermo y la distorsión del mecanismo de interconsultas en medicina según los niveles de complejidad, podrían responder a múltiples factores vinculados con el progreso científico, el avance tecnológico y los medios de comunicación masiva (este último factor reviste, de suyo, una enorme importancia).

Evidentemente, la cultura mediática actual, particularmente en relación a la compleja tecnología referida a imágenes computarizadas, influye en el ejercicio de la medicina-acto médico y en la relación médico-paciente. La crítica de esta realidad no apunta en dirección a la utilización de los medios proporcionados por la tecnología, sino que propone una reflexión tendiente a reubicarlos en el marco de un empleo racional y humanizado, con la figura del profesional médico en un lugar central. Resulta intolerable la falsa opción de anteponer la tecnología al intelecto humano que la debiera usar. Es preocupante cierta confusión popular y profesional que lleva a considerar prescindible la actuación del médico. La distorsión de las relaciones que debieran existir entre el trabajo intelectual médico y la tecnología disponible, lleva a impedir el objetivo de lograr la utilidad con el menor costo (humano y monetario). Esto es inaceptable. La preocupación aumenta cuando la disminución del nivel de excelencia clínica de los médicos, recién egresados, pretende ser suplantada con la compleja información aportada por la tecnología. La menor experiencia clínica tiende a requerir mayor cantidad de estudios tecnológicos, más complejos y de mayor costo.

Quienes más alejados se hallan de la semiotecnia del diagnóstico clínico, más esperan de los estudios. Lo que no presupone el razonamiento difícilmente lo otorgue una máquina. Los estudios, en sentido correcto, brindan datos que permiten comprobar o descartar presunciones clínicamente fundadas.

EL "ANTIGUO" METODO CLINICO Y LAS RAZONES DE SU GRADUAL DESUSO

El método clínico es la aplicación del método científico al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Antes del avasallamiento tecnológico, cuando el trabajo intelectual representaba un valor en sí mismo, los profesionales en el arte de curar manejaban el método clínico con eficiencia, debido a un paciente y profundo entrenamiento. Esta difícil tarea del razonamiento médico estaba basada en la experiencia vivencial y en el doloroso camino del error corregido.

El razonamiento clínico significaba un proceso intelectual que partía de la recolección de datos mediante órganos de los sentidos permanentemente estimulados. A partir de estos datos se elaboraban juicios y conclusiones con una coherencia tal como para explicar todos los eventos presentes.

El proceso comenzaba con una entrevista para recoger datos -signos, códigos, mensajes-, mediante la comunicación verbal, gestual y corporal. Para ello, el profesional contaba con detectores sensibles: vista, olfato, oído y tacto necesariamente entrenados para mirar y ver, escuchar y oír, oler y reconocer. Todo esto es importante porque los síntomas son el lenguaje por el que se expresan los órganos, lenguaje que debe ser decodificado por el médico, receptor competente del mensaje.

Actualmente, diversos elementos dificultan este proceso de diagnóstico. Por una parte la falta de disponibilidad horaria por el sobreempleo de los profesionales médicos, con lo que el examen físico del paciente sufre una fragmentación tal que constituye, muchas veces, un simulacro inútil; por la otra, pérdida de capacidad de observación sensible significativa en el marco de una cultura fuertemente signada por una sobresaturación de estímulos sensoriales (visuales, auditivos), y por la desvalorización del lenguaje corporal-gestual.

En la siguiente etapa es preciso configurar una síntesis a partir de los datos recogidos y debe concluirse en una o varias presunciones de diagnóstico clínico. Esta orientación, que representa un proceso semejante a la suma algebraica (donde hay factores que acercan y otros que alejan), confiere sentido al siguiente paso, etapa consistente en la verificación del diagnóstico presuntivo, en el que se incluye el uso racional de la tecnología, uso que supone ciertas normas elementales, como aquéllas que contemplan la necesidad de establecer una gradación lógica en la utilización de los medios tecnológicos (de lo más sencillo, barato y menos invasivo, a lo más complejo, costoso y molesto para el enfermo), en el marco de una adecuada justificación en función de una clara toma de decisiones.

Posteriormente, debe efectuarse la toma de decisiones, es decir, elegir, desechar y medir la urgencia con que se debe hacer cada cosa y lograr la suficiente claridad en el proceso como para poder ayudar a equilibrar las verdaderas decisiones que son las del enfermo, referidas al cumplimiento de lo indicado por el profesional (estudios y/o tratamientos), o a su rechazo, con lo que ello puede implicar. La estandarización del planteo (en lugar de su personalización en el contexto individual de enfermo tomado como universo), como así también la excesiva duda del médico, pueden generar un conflicto. La sobreestimación del uso tecnológico equivoca el punto de partida del proceso, al obviar los importantes pasos previos.

Como un cazador que actúa con los ojos vendados y tira perdigones al aire sin poder reconocer la presa encontrada, los estudios permiten la identificación

incidental de elementos patológicos, pero no el reconocimiento del valor que representan como problemas para el enfermo y su historia actual.

De acuerdo al criterio inicial, cada hallazgo debe explicar por sí mismo todos los síntomas y situaciones que vive un enfermo; de lo contrario, se debe seguir indagando.

La realización de este trabajo requiere una firme convicción a la vez que ejercicio práctico, educación continuada y autocrítica. Las historias clínicas con contradicciones llevan a falsas tranquilidades que conducen a demoras y equivocaciones terapéuticas.

La práctica del trabajo intelectual médico alcanza escasa trascendencia en la opinión pública, frente a una también escasa difusión en los medios, como no sea la referida a avances tecnológico-científicos (aparatosología). Por otra parte, es necesario preguntarse qué tipo de trascendencia en cuanto a la labor profesional marca la retribución económica del acto médico (\$ 2.30, pagados a los noventa días), como así también qué siente el enfermo al tener que pagar honorarios particulares, en relación con los montos destinados a otro tipo de gastos.

Dignidad y trascendencia se vinculan de manera estrecha, en el marco de una cultura fuertemente mercantilizada, al carácter de los pagos. Por otra parte es menester situar la problemática médica en el marco general del ejercicio profesional (en lo que se refiere a percepción de honorarios y ética que la regula). El conflicto se agudiza en el ámbito de la medicina si se compara el valor del trabajo intelectual con el de la práctica tecnológica entre las que, aparentemente, no se observan diferencias cuando las consideraciones se basan en valores históricos (galeno o unidades sanitarias), o en patrones reales (aranceles éticos o "plus").

El operador que realiza la práctica agrega un elemento conflictivo, a través de su ubicación en el cuadro de esa práctica. El sobredimensionamiento de su labor lleva muchas veces a injerencias en la tarea específicamente profesional en forma de recomendaciones o sugerencias escritas en los informes. Esto debe leerse como "manipulación" vinculada al consumo, lo que introduce un elemento de distorsión en la relación médico-paciente, por cuanto hace que éste muchas veces dé curso a las sugerencias sin consultar nuevamente al profesional. Además, hay que tener en cuenta el reconocimiento que supone la competencia profesional referida al manejo de aparatosología de alta complejidad. A mayor complejidad, mayor autoridad.

La ubicación del profesional médico dentro de este cuadro reviste una marcada ambigüedad: ¿Cómo conciliar el lugar de "apóstol" que suele otorgársele con la realidad en la que ejerce su profesión?

La actualización científica supone determinados requerimientos, entre los que pueden mencionarse: viajes a eventos de alto nivel científico (congresos y jornadas nacionales y/o extranjeras); adquisición de material

bibliográfico; conexión a una red informática; disponibilidad horaria para el estudio; etcétera. ¿Cómo solventar estas necesidades con las condiciones vigentes en su práctica efectiva que lo lleva a veces a 5 ó 6 lugares de trabajo en un mismo día?

LA ATENCION MEDICA Y SU CODIGOS

La realidad cotidiana de la consulta médica contempla la consideración del punto de vista del paciente, que configura situaciones diversas, con un protagonismo creciente, a partir de la popularización y vulgarización de la metodología de confirmación diagnóstica. Es así como el paciente reclama frecuentemente al médico la realización de estudios más o menos complejos sobredimensionando su efectividad o bien inversamente cuestiona el exceso en la realización de estudios. En este sentido, es posible observar una demanda de retorno a la medicina clínica como forma de encauzamiento y normalización del proceso diagnóstico dentro de un ordenamiento racional que ubique la clínica en su correcta dimensión.

Es frecuente, en la consulta, la queja de los pacientes porque no se les solicitan los estudios que ellos consideran se deben hacer: "—Doctor, yo cambié de médico porque no me hacía estudios. ¿Usted puede creer que nunca me hice una 'computada'?" (por *tomografía axial computada*). A veces la demanda se dirige a formas más sofisticadas de las que se ha tenido noticias. Ante la solicitud de una radiografía el paciente suele preguntar: "¿no me podría hacer en lugar de eso una ecografía o una tomografía? Vi en la tele un doctor que decía que resolvían casi todo, que eran muy útiles".

Contra esta tendencia aparecen los enfermos que plantean la situación inversa: "¡Mire doctor todo lo que me han hecho! —mientras señala una cantidad de sobres con información ordenada cronológicamente— Y lo peor es que no sé lo que tengo" (el médico suele callar prudentemente, en estas ocasiones, un comentario: Quién no sabe lo que busca, difícilmente conozca el significado de lo que encuentra). Luego de la queja, el paciente manifiesta el motivo de la consulta: "Ando buscando un buen clínico. ¡No quiero más especialistas!" El enfermo, en estas ocasiones, cree haber descendido en sus demandas, después de haber probado "lo mejor". En realidad ignora que es por este camino por donde debiera haber empezado.

La distorsión del mencionado ordenamiento racional aparece vinculada directamente a la imposición de pautas culturales a través, por ejemplo, de la difusión masiva en los medios de comunicación de temáticas médico-sanitarias que, con intenciones didácticas, son ubicadas en el marco general de informaciones calificadas como de "servicios a la comunidad". El tratamiento de estas temáticas se mezcla a menudo con la manipulación del

receptor tendiente al consumo de determinadas técnicas o productos farmacéuticos; por otra parte se produce una desjerarquización, al homogeneizar contenidos y conceptos científicos específicos en el cuadro indiferenciado de informaciones de la más variada índole.

Cuando se intenta indagar sobre el "conocimiento" previo con que vienen predisuestos los pacientes a la consulta, las respuestas más frecuentes son: "lo escuché en la radio", "lo leí en una revista", "lo vi por la tele". Vale la pena pensar en qué contexto fueron informados esos pacientes. Abundan los programas radiales que se muestran como canales de comunicación a través de los cuales la ciudadanía expresa sus quejas (el calor reinante, la proliferación de mosquitos, la basura en la calle, el aumento de los precios, las conductas privadas de los vecinos). Entre quejas, chismes del mundo artístico y polfítico y publicidad general, se introducen espacios de educación sanitaria que muchas veces alientan a consumir determinada técnica o productos farmacéuticos. Hay revistas de tiraje masivo en las que, mezclado con la biografía de la secretaria de Medio Ambiente —en viaje por Suiza o descansando en Las Leñas—, aparecen los secretos de la "resonancia nuclear magnética", a todo color y con un lenguaje no demasiado distinto al usado para hablar de la ex-interventora de ENTEL. En el comedor de utilería de Mirtha Legrand, adecuado para su popular programa televisivo, es común la presencia de personajes que hablan sobre técnicas, aparatologías y patologías médicas. En ese ambiente de "sana camaradería" y horizontalismo, los juicios valorativos de la "anfitriona" son equiparables a los del profesional cuando dialogan sobre alguna enfermedad (el profesional, en compensación, tiene "derecho" a hablar de igual a igual sobre cualquier otro tema). El resultado es la banalización de todo y una creciente confusión.

La confluencia de los factores antes mencionados, contribuye a la formación de un nuevo perfil médico-profesional, fundamentalmente desde el punto de vista del enfermo. Es posible que en el imaginario colectivo el clásico estetoscopio sea reemplazado por un aparato de alta complejidad —ecógrafo o tomógrafo— y que el espacio tradicional del consultorio se desdibuje a favor de un ámbito con una impronta tecnológica mucho más marcada.

Los diálogos paciente-médico reflejan esta situación: en un corto lapso, quien esto escribe recibió de dos pacientes la sugerencia de reemplazar su antiguo fichero por una computadora, con el consiguiente alivio —según la óptica del paciente— en la tarea profesional. Apretando un botón, y según el motivo de consulta, un algoritmo me indicaría los estudios a realizar y las posibilidades diagnósticas diferenciales. No me lo insinaron, pero me imagino que también pensaban que otro botón haría inútil mi propia voz para dar explicaciones: un impreso con una receta y un tratamiento con indicaciones estandarizadas podría reemplazarla.

La visión transmitida sobredimensiona el papel de los instrumentos tecnológicos atribuyéndoles posibilidades diagnósticas irreales y simplificando la complejidad de cada uno de esos diagnósticos, en relación a las circunstancias personales de cada paciente.

La perspectiva médica, desde un punto de vista radicalmente opositor, permite contemplar un confuso y a veces desesperante panorama, algunos de cuyos elementos más destacables son: superpoblación médica o inadecuada distribución regional; escaso nivel de excelencia profesional al egreso de las universidades; limitadas posibilidades económicas de formación continuada (asistencia a congresos y jornadas de actualización; acceso a publicaciones especializadas; conexión a redes informáticas, etcétera). Todos estos factores influyen obviamente en la valoración personal del trabajo médico. (También hay que tener en cuenta, como ya se dijo, la imagen del profesional que es construida en y por los medios).

LA CLINICA MEDICA Y SU FUTURO: LA EXTINCION...

A las consideraciones precedentes que explican, al menos parcialmente, la realidad de la clínica médica y sus consecuencias actuales y futuras, debe sumarse la problemática particular del egresado reciente. En efecto, el médico recién recibido debe "equilibrar" el ideal de formación profesional con los dictados de la realidad cotidiana. El análisis de la opción respecto a la especialización futura suele hacerse en términos de mercado, de acuerdo a la rentabilidad que supondría el optar por una especialidad vinculada al uso de aparatología compleja, en desmedro de las especialidades más "tradicionales" como la clínica médica. El médico recién egresado se enfrenta, por lo general, ante una situación contradictoria: su ideal de formación profesional, por un lado, y la realidad cotidiana, por otro.

El amplio núcleo de los que constituyen la familia del nuevo médico suele ser parte activa en la puja por decidirlo hacia alguna especialidad de las que, según estudios caseros o profesionales del mercado, tienen mayor demanda. No es fácil para el novel galeno despreciar la ayuda familiar que se compromete a un préstamo para adquirir el "arma de trabajo" (el aparato) con la que va a recibir adecuada rentabilidad (honorarios de prácticas médicas).

Aunque resulte doloroso y muchas veces se tenga la tendencia a disimularlo, la sinceridad del planteo existencial de los médicos que recién se inician es insoslayable, a lo que debe sumarse la disponibilidad decreciente de profesionales-docentes experimentados en la práctica clínica y la decepción que a veces invade a quienes poseen sólida formación en la materia. No resulta simple enseñar y aprender algo difícil en un entorno adverso con

tendencia a descalificar esa tarea asistencial debido a la sobreestimación del uso de la tecnología médica.

Las modificaciones conceptuales sobre el médico y la medicina, entre otros factores, han contribuido a la reducción marcada (y posible futura desaparición, con las graves consecuencias que esto conllevaría), en el número de especialistas en clínica médica.

Mientras tanto la sociedad asiste, inmutable y a veces contribuyendo involuntariamente, a esta disminución de clínicos generales o internistas; un proceso semejante a la sustracción de docentes y, en general, de trabajadores intelectuales. Es casi imposible prever las consecuencias de este verdadero "desequilibrio ecológico". Sin embargo, algunos datos pueden registrarse: muchos enfermos circulan por los consultorios acompañados de gruesos informes en busca de alguien que les explique qué tienen y cuál es su pronóstico; la medida de su ansiedad es similar al agradecimiento hacia el médico que los ayuda con alguna respuesta.

Es necesario llevar esta problemática a un plano de discusión profunda y transparente, con el fin de intentar atenuar los efectos del actual doble discurso (por un lado el sostener la importancia de la salud/enfermedad y por otro los problemas de presupuesto y distribución; la exaltación de la "nobleza" del trabajo médico y la indiferencia al "cómo" se realiza) y recolocar el ejercicio de la práctica médica en el lugar que le corresponde.

Quizás se piense que las discusiones son estériles y que dilatan la solución del problema. Es probable, inclusive, que los propios argumentos aquí expresados sean rápida y profundamente cuestionados y se intente descubrir intereses particulares en mi alegato que, en realidad, sólo es empujado por un creciente hartazgo ante discursos formales que esconden la verdadera realidad. Un doloroso y prolijo sinceramiento tal vez permita mirar las cosas sin anteojeras y aclarar la situación. Habría que comenzar por dar cuenta de esa irritabilidad que despierta en la opinión pública —producto de una cultura arrastrada desde lejos— el tema de la práctica médica despojada de sentimientos etéreos e irreales. Lo "humanitario" de la medicina —por ejemplo— debería dejar de significar solamente "no cobrar" honorarios o cobrar honorarios ridículamente bajos.

Pero, ¿cómo se podría llegar a una discusión de esta índole en el seno de la sociedad? Los comunicadores sociales o los llamados "formadores de opinión" podrían contribuir a condición de que el debate no se descalifique partiendo de anécdotas subalternas. El "amarillismo" habitual en los medios masivos de comunicación sólo contribuye a que todo siga igual en la medida que se soslayan los problemas fundamentales.

Tratemos de evitar la delegación de responsabilidades. Habrá quienes recomienden elegir un grupo de "responsables" para que propongan, desde arriba, alguna solución. No sería descabellado imaginar que alguien sugiera

llamar a "concurso de antecedentes" para encontrar una propuesta terapéutica que corte la "muerte de la clínica médica". Una comisión de notables terminaría bendiciendo las exequias.

EPICRISIS PARA CLINICOS AGONICOS

A manera de cierre, es posible plantear una serie de interrogantes con el fin de generar una necesaria y saludable autocrítica: ¿Por qué nos convencieron de la minusvalía del trabajo clínico? ¿No resulta imprescindible la apertura a la discusión interdisciplinaria? ¿No sería provechoso confraternizar con la semiótica y los semiólogos contemporáneos?

El autor de estas reflexiones está convencido de que, más allá de los resultados, es preferible la pasión por una digna utopía a los inexorables dictados del marketing.

