



Artículo original

Original article

---

---

**FUTURO DE LA UROLOGIA****UROLOGY'S FUTURE**

---

**Dr. Signori, H. A.\***

---

---

**INTRODUCCION**

---

Esta es la transcripción, corregida para su publicación, de la *Lectura Miguel Arguello* que efectuara el 10 de mayo de 1997 con motivo de la invitación con que me honrara la Sociedad de Urología y Nefrología de la Provincia de Buenos Aires.

El tema, *Futuro de la Urología*, es un verdadero desafío. Para el urólogo práctico, pasar de lo fáctico a lo conceptual puede ser verdaderamente difícil.

El concepto puede ser encarado desde el punto de vista tecnológico y científico o desde un punto de vista ético, social, político y económico.

El primer caso era tentador para mí, dada mi afición a la tecnología, pero también creo que la tecnología es sólo un medio, un instrumento y no una finalidad en sí misma. La tecnología acompaña al progreso, pero no constituye su esencia.

El futuro se encuentra en la investigación básica, en la prevención de las malformaciones y enfermedades, en el estudio y manipulación genética de los tumores.

Pero éste es un tema que está aún lejos de mi visión. Por eso me limitaré a analizar algunos aspectos más elementales y próximos de nuestra evolución hacia ese fin.

Después de leer un centenar de editoriales creo haber encontrado en muchos autores coincidencias con

mi propio criterio. Quiero resumir para ustedes el pensamiento orientador de aquéllos que han tenido la posibilidad y el valor de hacerlo público. Espero haber traducido adecuadamente las ideas sin traicionar el espíritu de quienes me han prestado sus palabras.

La Industria Farmacéutica e Instrumental contribuye con su actividad al progreso de la Urología, pero en su ambición y competencia comercial va muchas veces por delante de las necesidades reales de la especialidad, generando demandas innecesarias de la población. En este proceso, del cual en el mejor de los casos somos solamente partícipes secundarios, está agotando rápidamente los recursos para nuestro futuro, mientras condiciona con dadas nuestras acciones cotidianas. Toda opinión está viciada por este condicionamiento y toda comprensión también, porque afecta intereses o sentimientos.

---

**VOLVER A EMPEZAR**

---

¿Volvería a ser urólogo?

La primera pregunta que quisiera contestar es, si en la situación actual que afecta a la medicina y a nuestro desempeño como urólogos, volveríamos a ejercer la especialidad, en el hipotético caso de volver a empezar. En este sentido, puedo adherirme a los sentimientos de *Martín Resnik*: "A pesar de que la práctica de la medicina está más constreñida que nunca y sin lugar a dudas la vida es más complicada de lo que fuera dos o tres décadas atrás y así continuará y sobre todo si la comparamos con otras profesiones, la Urología continúa siendo un desafío intelectual, el rédito financiero continúa siendo satisfactorio y la interacción con los pacientes y con los colegas continúa siendo positiva".

---

\* *Lectura Miguel Arguello, Sociedad de Urología y Nefrología de la Provincia de Buenos Aires, 10 de mayo de 1997.*

*Aceptado para su publicación en septiembre de 1997*

---

## EVOLUCION DE LA UROLOGIA

---

Podemos considerar que en la evolución de nuestra especialidad existe un futuro, en el cual un nuevo urólogo deberá enfrentar y resolver nuevos problemas, un presente que constituye una etapa crítica de transición, en la cual todos nosotros tenemos la responsabilidad de sentar las mejores bases para ese futuro y un pasado pródigo en realizaciones y contradicciones, que evolucionó hacia la etapa actual con una pérdida progresiva de principios humanísticos fundamentales y hasta del atributo más valioso que tenemos: la dignidad.

### Datos históricos

---

Especialmente refiriéndonos a uno de los temas polémicos de hoy, la patología prostática, elaboramos una síntesis histórica, como ejemplo del largo camino recorrido y del genio de nuestros predecesores.

*Herophylo*, gran anatomista de Alejandría (año 325 antes de Cristo), inventa el término "próstata" a partir de la palabra "*parastate*", cuyo significado es "lo que se encuentra al lado de los testículos". *Morgagni* recién dieciséis siglos después describe la primera hipótesis anatomoclínica al observar los cadáveres de los ancianos que morían brutalmente después de dejar de orinar.

Los pioneros de la cirugía transuretral comienzan con la cuchilla fría creada en 1520 por el cirujano de guerra *Ambrosio Paré*, quien practicaba el corte con una sonda con extremo filoso de lo que él llamaba "curiosidades". Igual intento realizaba en Portugal *Juan Rodrigo* y antes que él *Maese Filipo*. Al mismo tiempo en la Universidad de Salamanca *Lorenzo Alderete* practicaba igual técnica.

Pasaron 300 años para que el inglés *Guthrie* y los franceses *Civiale* y *Mercier* realizaran la sección del cuello vesical.

En el siglo XIX nace la idea del tratamiento causal de las complicaciones. En este período dos hechos claves, que son la litotricia por vía transuretral acompañada por una incisión en el adenoma, siendo su ejecutor *Civiale* en el año 1824, y el otro la cistostomía suprapúbica para la derivación de la orina, en 1888. Este último hecho deriva en Inglaterra en la primera cirugía racional practicada por *Ferguson Mac Gill* en forma transvesical.

El mayor inconveniente era realizar todo el procedimiento a ciegas, hasta que *Max Nitze* en 1877 comienza a observar la vejiga con su endoscopio, cuya fuente de luz era un alambre de platino calentado al rojo por las pilas de *Volta*.

El descubrimiento mejora con la nueva invención de *Edison* en 1879, la lámpara incandescente.

Debemos a la Segunda Guerra Mundial dos aportes a la cirugía general: los medios de reanimación y anestesia y la antibioticoterapia.

El siguiente paso de interés ocurre en 1909 cuando *Hugh Hampton Young*, en Texas, inventa una navaja tubular de 18 cm de longitud, acodada en su cara ventral, con un obturador para pasar por la uretra y un tubo interior terminado en una cuchilla cilíndrica. Realizó en su consultorio cien resecciones de tejido prostático. Este aventurado y audaz cirujano en 1913 seguía reportando cifras con su aparato que denominó "incisor" y que sus médicos internos llamaron "*Punch*", con cuyo nombre se inmortalizó sin mayores posibilidades de hemostasia.

Detengámonos un momento y pensemos que si aún en nuestros días persiste el problema de la hemostasia contando con sofisticadas unidades electrónicas que producen excelentes corrientes de coagulación, es de imaginarse en aquellos días las proporciones peligrosas que asumiría la sección de una arteria.

En esa época se pensó en usar las corrientes de alta frecuencia de *D'Arsonval* para coagular, que luego se emplearon en la práctica con las máquinas de *Reinhold Wappler*.

*Bumpus* continuó utilizando el *Punch* de *Young*, y cuando había cortado suficientes trozos de tejido, introducía el cistoscopio con un electrodo, realizando selectivamente la hemostasia.

Podemos considerar el año 1930 como el nacimiento de la RTU de próstata con la técnica del *Punch* de *Young* y a *Bumpus* el heraldo de la nueva era.

Desde las primeras RTU a la era de la informática, a los sistemas expertos, las comunicaciones, y la globalización de la información a través de Internet (sinónimo de información inmediata), con el surgimiento de fenómenos como la *Revista Electrónica* y el *Hospital Virtual*, un largo pero cada vez más vertiginoso camino ha sido recorrido.

Aprovechar las grandes ventajas de ésta, sin perder de vista nuestro legado de grandeza, es el desafío que nos toca vivir.

### Etapas de la cirugía urológica

---

En nuestra era, la patología urológica comenzó siendo tratada por los cirujanos generales. Posteriormente, con el auge de las enfermedades venéreas el urólogo se desempeñó como "venereólogo clínico", y posteriormente unió sus conocimientos a los del cirujano general, para convertirse en cirujano urológico.

El desarrollo tecnológico llevó al urólogo a capacitarse en el diagnóstico por imágenes, la endourología y en diversas subespecialidades. Llegó así a ser prácticamente autosuficiente en el diagnóstico clínico, radiológico e instrumental y en la terapéutica clínica, endourológica y quirúrgica.

Luego adquirió responsabilidades de funcionario y comenzó a interactuar con los representantes económicos y comerciales de la Industria Farmacéutica e Instrumental, ocupando muchas veces él mismo ese papel.

Finalmente, debido a la extremada complejidad y diversidad de los procedimientos y a intereses individuales, comenzó a fragmentarse la especialidad, pasando el diagnóstico por imágenes a manos del "imagenólogo", generando posibles errores de interpretación —operador dependiente en manos no idóneas— y la terapéutica a manos de subespecialistas, generando las nuevas técnicas, muchas veces utilizadas innecesariamente, posibles errores de ejecución y nuevas patologías.

Para todos estos procedimientos diagnósticos y terapéuticos se hizo necesario derivar al paciente, con pérdida de la integración del equipo tratante, dependencia de diagnósticos y terapéuticas que no pueden controlarse personalmente, imposibilidad de certificar los informes y de pronosticar el resultado del tratamiento y controlar sus variables, ocasionando muchas veces la disparidad de criterios un mal seguimiento del paciente.

---

## LA TECNOLOGIA

---

Las denominadas técnicas mínimamente invasivas, presuntamente "incruentas", requieren especialización y entrenamiento asiduo, personal asistente competente, equipamiento costoso (con su necesaria amortización), material de consumo ("descartables") e infraestructura compleja.

Las indicaciones son a veces inciertas y no siempre se rechazan los casos inadecuados. No siempre se puede pronosticar el resultado y surgen nuevas complicaciones y patologías.

El beneficio para el paciente no siempre supera el de los métodos existentes.

La creencia en la "panacea" tecnológica está basada en la menor morbimortalidad, cierta a veces, pero sobre todo en el efecto de la propaganda, la presión de la opinión pública, la demanda de nuestros pacientes y la opinión de nuestros propios colegas, el riesgo legal actualmente involucrado si no se ofrecen al paciente todas las alternativas incruentas, aun en los casos menos indicados, y el factor económico siempre presente.

La historia nos demuestra que los intervalos transcurridos entre progresos y cambios disminuyen en progresión geométrica. Dice *Helio Begliomini* que muy difícilmente un urólogo con más de 10 años de formado podría siquiera imaginar que habría tamaña metamorfosis en tan corto tiempo en la especialidad. La cirugía tradicional será paulatinamente desplazada por las modernas máquinas que existen y que surgirán, contribuyendo para que la Urología sea menos quirúrgica y más clínica. Es cada vez más notorio el *marketing* desarrollado por las empresas, no solamente entre la clase médica, sino también y principalmente entre la población. Esta, influida por la propaganda y utilizan-

do su derecho legal y ético de autorizar o no cuál opción será realizada en su caso, pasa a exigir que su médico realice el tratamiento más inocuo, por lo tanto técnicamente más desaconsejado en determinadas situaciones. Tanto la investigación científica como los recursos que ella proporciona demandan en su aplicación no solamente el buen criterio, sino también que la ética preceda a la técnica. La avalancha de estudios posibles y de alternativas terapéuticas ha hecho que utilicemos protocolos diferentes, muchas veces sofisticados y hasta exóticos. Corresponde a nosotros no sólo adaptarnos a los cambios, sino liderar las investigaciones para poder discriminar lo realmente útil de lo que sólo lo es en apariencia y decidir qué es lo mejor para nuestros pacientes a través de pautas consensuadas. La gran fuerza moral del urólogo es la relación con su paciente y su gran ventaja técnica es poder tratar las interurrencias y las complicaciones durante y después de los procedimientos realizados con las modernas técnicas o prevenir con su conocimiento las posibles consecuencias de tratamientos médicos inconducentes.

Infelizmente el médico no sólo gana por sus propios valores, sino por los procedimientos que realiza o indica. Cuanto más hace, aun innecesariamente, mayor será su ganancia, directamente a través de su paciente, o indirectamente a través de subvenciones proporcionadas por terceros.

Nuestras actitudes individuales están descalificadas por el interés, la conveniencia y el temor. *Marcos Llambías* considera que viviendo en situaciones económicamente ajustadas olvidamos los principios éticos a fin de conservar un paciente, desconfiamos de nuestro colega y tememos permanentemente que los patrones (las Obras sociales o prepagas) prescindan de nuestros servicios por no complacerlos adecuadamente. Sabemos que si esto ocurre, muchos otros estarán dispuestos a ocupar nuestro puesto sin hacer preguntas. Los más diversos convenios de asistencia médica abusaron del urólogo y denigraron su imagen con la colaboración y anuencia de otros profesionales aislados o agrupados. En este intento de supervivencia vamos perdiendo el atributo más valioso que tenemos: la dignidad.

En palabras utópicas, publicadas en una editorial de la *Revista Argentina de Urología*, dije que nuestro esfuerzo mancomunado debería poder modificar esta situación. Para ello es imprescindible la participación activa de todos, en la certeza de que llegará el día en que la renuncia a un pequeño beneficio individual y momentáneo significará una mayor estabilidad y seguridad a largo plazo.

---

### El abuso tecnológico

---

El abuso tecnológico lleva muchas veces a la realización de procedimientos de bajo rendimiento que ignoran el costo-beneficio, debido a la escasa preocupación de

los médicos por los costos, frente al beneficio inmediato. Controlar el uso adecuado de la tecnología requiere la intervención de las Sociedades, a través de pautas y protocolos, de auditorías y del Comité de Ética.

Son tan costosos los exámenes de rutina mal indicados como el mal empleo de la alta tecnología en unos pocos privilegiados. Existen estudios que demuestran que el 60% de los estudios preoperatorios no están justificados y que el 17% de los procedimientos endoscópicos carece de una indicación precisa.

La escalada instrumental no se acompaña siempre de un progreso similar en el rendimiento.

*David A. Grimes*, en una editorial titulada "Cuidado con el cebo de la tecnología" expresa que debemos demandar pruebas rigurosas de seguridad y eficacia de las nuevas tecnologías en lugar de aceptar las pretensiones o el dogma de los laboratorios. Todas las semanas se describe un nuevo aparato. Algunos de ellos han sido exhaustivamente testeados y su eficacia probada, pero otros suenan trompetas cuando aún están en la etapa de desarrollo, sin ensayos clínicos aprobados. Tenemos la responsabilidad de usar las nuevas tecnologías solamente después de haber sido probada su eficacia, y solamente si proporcionan mayores beneficios que modalidades ya existentes. Cuando usamos las nuevas tecnologías antes de que hayan sido probadas, hacemos un mal servicio a nuestros pacientes y somos deshonrados con nosotros mismos acerca de nuestras verdaderas motivaciones.

*Martín Resnik* agrega que debemos aceptar las nuevas tecnologías basadas en datos clínicos y científicos y no por su potencial para expandir nuestras oportunidades. Debemos utilizar las nuevas tecnologías que claramente mejoren la calidad de atención al paciente.

*Ray J. Correa*, presidente de la AUA, dice que las restricciones gubernamentales en EE.UU. en el desarrollo de nuevas drogas y aparatos, ha forzado a los fabricantes a mirar fuera del país para realizar las investigaciones que confirmen la validez de sus productos.

Como ejemplo de abuso tecnológico podemos mencionar, por frecuente, el manejo de las enfermedades prostáticas. ¿Son una prioridad médica? ¿Cuáles son los motivos del auge actual?

Médicos, urólogos, sociedades médicas, Congresos, Jornadas, Simposios nacionales e internacionales, empresas médicas, industrias farmacéuticas y de instrumental, electrónicas, la opinión pública, han tomado aparentemente la conciencia de la existencia de las enfermedades prostáticas, y han encarado, en un operativo sin parangón, nuevas formas de estudio, diagnóstico, tratamiento, difusión y promoción. Se debe a un hecho tan elemental y al mismo tiempo un descubrimiento tan extraordinario, que parece difícil que hubiera pasado desapercibido anteriormente: las patologías prostáticas constituyen las enfermedades más frecuentes del hombre, tanto benignas como malignas, y

con la HPB a la cabeza de ellas, lo que las ha convertido en uno de los mayores negocios de nuestra época.

Al mismo tiempo compiten los grupos médicos por mantener el control de la patología, los "imagenólogos" por la ecografía o la radiología intervencionista, la industria por imponer sus máquinas y los laboratorios sus productos, en un trasfondo comercial. Ello, por suerte, también ha llevado a un rápido progreso de los medios diagnósticos, con la ecografía transrectal, el dosaje del antígeno prostático específico (PSA), el perfeccionamiento de la urodinamia, y terapéuticos, con los métodos instrumentales. El balón, los tutores, la hipertermia, el láser, la radiofrecuencia, intentaron por medios mínimamente invasivos encontrar un lugar para su desarrollo en ese entorno comercial.

Los tratamientos farmacológicos, hormonales y no hormonales, destinados a corregir los eventos responsables del trastorno urodinámico creado por la HPB, se agregaron a los tradicionales productos naturales usados con escaso basamento fisiopatológico.

Este impulso revisionista se encuentra hoy con datos contradictorios sobre su utilidad, pues ninguna técnica alcanzó la efectividad ni el reconocimiento de la RTU. El urólogo no desconoce estas realidades y debe asumir que debe ser él quien busque la respuesta a estos interrogantes con independencia de criterio.

*Vicente Gutiérrez* (Editorial, *Revista de la Sociedad Argentina de Urología*, 1995, "Arte, ciencia, tecnología, show") dice que la Urología contemporánea es un verdadero arte-ciencia integral. El arte lo heredamos, la ciencia es la que nos hace progresar cuando aplicamos correctamente las investigaciones científicas y las nuevas tecnologías. De las tecnologías algunas fueron utilizadas más para atraer pacientes a la práctica privada que para beneficios terapéuticos. Por otra parte, cuando estas nuevas operaciones aún estaban en su desarrollo inicial, la ansiedad o las ambiciones hicieron que se crearan "Sociedades Científicas" alrededor de una técnica y de sus equipamientos. Esta fragmentación, palabra que significa rotura, no beneficia a las especialidades y en algunas ha causado un verdadero daño. En esta era de vertiginosos progresos se suma también la responsabilidad de velar por la ética y por la seriedad.

Hablando de hechos insustanciales, dice *Martín Resnik* que los médicos no deben ofrecer tratamientos que sean fisiológicamente fútiles o que ciertamente no prolonguen la vida. Más allá de esto, se corre el riesgo de ofrecer opiniones disfrazadas de hechos. La futilidad puede ser definida como la situación en que una determinada intervención es juzgada como inefectiva si sus chances de éxito son muy pequeñas, y por lo tanto no debería ser llevada a cabo. Se puede argüir qué porcentaje de éxito puede considerarse fútil, y ello es probablemente un problema de filosofía. Definir la futilidad puede ser dificultoso, pero es algo que debemos estar en condiciones de reconocer, cuando nues-

tro objetivo primario es mejorar el *status* de nuestro paciente.

### **El diagnóstico y la terapéutica**

Se puede definir el diagnóstico como el arte de reconocer las enfermedades por sus signos y síntomas o como la categoría en que debe incluirse al paciente para conseguir la desaparición de la enfermedad. Al valorar las múltiples posibilidades diagnósticas actuales, debemos ajustar la oferta diagnóstica a las posibilidades terapéuticas disponibles.

*Francisco Vilardell* analiza los elementos a tener en cuenta en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes:

- Ética, seleccionando el plan de acciones a realizar en favor del paciente.
- Beneficencia No-maleficencia, en la práctica del estudio costo-beneficio.
- Autonomía, ofreciendo y obteniendo el consentimiento informado del paciente.
- Justicia, referida a la justa distribución de los recursos, procurando beneficiar a todos por igual y a la necesidad de seleccionar tanto los pacientes como las técnicas.

### **La autonomía (Doctrina del Consentimiento Informado)**

La Asociación Médica Mundial, en su declaración de Helsinki, manifiesta que el consentimiento informado es un elemento básico de la legislación, pero ningún código ayuda a decidir en qué consiste el consentimiento, ni si es necesario revelar al paciente todos los posibles riesgos y complicaciones de la técnica y sus resultados. La autonomía depende por completo del grado de educación del paciente y en muchas culturas es imposible (CIOMS —Consejo Internacional de Organizaciones Médicas—).

*Demos* define el consentimiento informado como la comunicación entre el paciente y el médico, en la cual el paciente es informado sobre los métodos alternativos de tratamiento y de los riesgos y beneficios asociados, antes de hacer su elección. Los tres elementos básicos del consentimiento informado son: *La información general*, referida a la Historia Clínica y todos sus elementos. *Las alternativas*, debiendo informarse sobre las alternativas aceptables. Deben ser alternativas viables por ser útiles para el paciente y porque el médico está en condiciones de ofrecerlas. El médico debe preguntar al paciente qué alternativa prefiere y esperar la respuesta. A partir de ese momento ambos son partícipes de la toma de riesgo. *Los riesgos*, debiendo informarse sobre los riesgos sustanciales y posibles y no de todos los riesgos.

### **Los riesgos**

Al evaluar los riesgos, cualquier técnica puede considerarse válida y segura si el riesgo que conlleva es

aceptable. Aquí surge la relatividad del concepto de seguridad, pues las técnicas evolucionan y los riesgos cambian, como asimismo son relativas nuestras reglas de aceptación. Siendo el riesgo una medida probabilística, *Lowrance* propone para definir las situaciones de riesgo identificar los posibles efectos colaterales, relacionar el acto con los efectos adversos sobre la base de especificidad, coherencia y tiempo y evaluar finalmente el riesgo global.

Los criterios para la aceptabilidad del riesgo deben considerar: si éste es asumido voluntariamente o no, si hay alternativas compatibles a la técnica indicada, si la exposición al riesgo es inevitable o no, si el "instrumento" va a ser utilizado adecuadamente o no, si las consecuencias son reversibles o irreversibles. La ecuación riesgo/beneficio es la consideración más importante. Los elementos que integran el riesgo pueden ser evitables (estadísticos), como la mortalidad y la morbilidad, e inevitables (propios del individuo), como la incomodidad, el dolor, la ansiedad o el tiempo prolongado de ejecución de determinadas técnicas.

Los riesgos pueden clasificarse en:

*Riesgo de los instrumentos*: Inherentes al instrumento, mantenimiento deficiente.

*Riesgo de la técnica*: Preparación del material, accidentes de la instrumentación, efectos tardíos y secuelas de los procedimientos.

*Riesgo de los defectos de interpretación*: Inexperiencia, muestreo incompleto, técnica deficiente.

*Riesgo provocado por el médico*: Médico funcionario, carente de tiempo y dedicación, médico inexperto, desidia u olvido (evitable por el uso de protocolos consensuados), problemas de personalidad del médico (*diagnosticadores* compulsivos, curiosidad científica, protección de problemas legales, "iconolatría", ser "ellos también" o aumentar su rédito).

*El paciente como riesgo*: Paciente grave, falta de cooperación, deficiente relación médico-paciente.

Como puede observarse en esta clasificación, la mayoría de los factores de riesgo son responsabilidad del médico.

El impacto de los procedimientos que realizamos en el riesgo se analiza mediante una ecuación, en la cual Riesgo es igual al Número de Accidentes sobre el Número de Pacientes en Riesgo. Este denominador es un número desconocido, pues los resultados suelen publicarse si son beneficiosos, no habiendo por lo tanto estadísticas fiables.

*Etzioni* dice que los procedimientos están en el mercado hasta que se prueba su falta de validez. No se demuestra primero que son seguros, por lo cual propone poner al mismo nivel que en la investigación clínica las reglas para el uso de nuevas técnicas.

### **La relación médico-paciente**

En la relación médico-paciente existen expectativas

y limitaciones. ¿Qué motiva al paciente a solicitar el "contrato"? Deseo de diagnóstico, recuperar la salud, saberse libre de enfermedad, ser reconocido como enfermo, búsqueda de invalidez o de compensación económica. ¿Cuáles son las limitaciones del médico? La prisa, la indiferencia, el interés lucrativo y el hecho ya mencionado de la fragmentación del acto médico.

Existe consenso en que la relación médico-paciente ha evolucionado del paternalismo a la autonomía. El paternalismo es el acto de ignorar los deseos y opciones de otro individuo, creyendo actuar en su beneficio, pero controlando la información que se le da, evitando, además, decir la verdad y dándole inclusive información falsa (*Beauchamp*). La influencia cada vez más acusada del pensamiento defensor de los derechos de la persona hace que el médico se vaya convirtiendo en un consejero que informa, respeta los derechos del paciente y le ayuda a tomar decisiones.

En esta aparentemente sencilla definición existen escollos de orden práctico. ¿Debemos informar? Cuando la información haya sido confirmada, porque el paciente tiene derecho a saber la verdad y porque así lo dice la jurisprudencia, especialmente entre los anglosajones. ¿Es lícito ocultar? Si la información pudiera ser incorrecta o falsa, si el paciente no desea saber la verdad, si podemos provocar daño por la información, y para guardar el secreto médico. Los enfermos tienen derecho a saber la verdad, pero también el derecho a no querer saber. La complejidad del razonamiento clínico es tal que se hace muy difícil separar los hechos concretos de los juicios de valor y el médico deberá hacer su propia elección.

#### ***La justicia en la distribución de los recursos***

Es grave el problema del creciente aumento del gasto sanitario frente a recursos económicos cada vez más restringidos. A través de los medios de comunicación, sensacionalistas y pocas veces objetivos, amplios sectores de la población van viviendo los avances tecnológicos, generando una demanda generalizada para una asistencia de alto nivel, carente de toda planificación.

Las autoridades de la Salud Pública no pueden permitirse el lujo de ignorar los logros de la tecnología e invierten en ella esfuerzos económicos que proporcionan una beneficiosa publicidad para el político. El médico, respondiendo a la demanda, se alía con el paciente en contra de la administración sanitaria. Mientras tanto, para el paciente, las ventajas, comparadas con los métodos "tradicionales", están lejos de ser demostradas.

Los precios de la tecnología no guardan ninguna proporción con el costo de vida, existe escaso personal suficientemente adiestrado, y numerosos desperfectos se producen por mantenimiento deficiente. ¿Hasta dónde tiene que llegar la medicina en su función de curar? El rápido desarrollo de las tecnologías parece incontenible y la justicia en la distribución equitativa de recur-

sos obligará a racionarlos. ¿Selección de pacientes? ¿Racionar el diagnóstico? ¿Límites de edad? ¿Pacientes portadores de enfermedades de las que ellos mismos son la causa?

La respuesta deberá ser ofrecida por las Sociedades y Academias Médicas de prestigio.

---

## **EL NUEVO UROLOGO**

---

El nuevo urólogo fue definido en un Editorial de la *Revista Argentina de Urología* de 1992, como enfrentando a un nuevo sistema médico social que quita individualidad y mide nuestro accionar en términos legales y económicos, a un nuevo hospital donde las subespecialidades nos atomizan y las disciplinas vecinas nos invaden, a un nuevo enfermo sobreinformado por los medios masivos de comunicación, cuestionador e indócil. Este nuevo médico, no siempre bien actualizado, tiene una enorme tarea por delante sin claudicaciones éticas en una profesión que ya no está adecuadamente distinguida ni remunerada.

En esta tarea, *Alberto Agrest*, cuyos conceptos resumo, considera que el médico debe satisfacer las expectativas de los pacientes y sus familiares, de los expertos en las ramas del saber médico, de las corporaciones médicas, de la sociedad, de las autoridades sanitarias, de los empleadores y de la justicia, mientras que es sólo un eslabón de la cadena. La calidad del médico era lo único valedero mientras la medicina fue artesanal, pero en los últimos años se ha ido convirtiendo más y más en una industria con numerosos "medicinapartistas". Los médicos seguimos creyendo que somos lo más importante, pero más y más aparecemos como simples concesionarios de la industria médica.

#### ***Las expectativas de los pacientes y sus familiares***

El énfasis puesto en estas perspectivas con exclusión de todas las otras permite el ejercicio y el éxito de medicinas que sólo atienden a satisfacer estas expectativas. Si la racionalidad exige estudios que sustenten los asertos, las distintas formas de psicoterapia, homeopatía y otras medicinas alternativas deben todavía ser consideradas como irracionales.

#### ***Las expectativas de los expertos del saber médico***

Se establecen normas que deben satisfacer las exigencias de los principios de la investigación como recurso para alcanzar la verdad. Cada verdad se demostrará a su debido tiempo como un error relativo, lo que obliga a que las normas sean prudentes y moderadas. Por otra parte, las reglas son generales y pueden no ser aplicables a casos particulares. Los conflictos de intereses no deben hacer olvidar a los expertos que no deben conformarse con exigir efectividad (costo), sino también utilidad (beneficio para el paciente).

### ***Las expectativas de las corporaciones médicas***

Esperan lealtad. La lealtad corporativa es simplemente la disposición a ayudar a los colegas posibilitando su mejor información, no la incondicionalidad de ocultar errores maliciosamente.

### ***Las expectativas de la sociedad***

Que la medicina le brinde certidumbre. Como esta certidumbre es en general imposible, quedan las alternativas de educar a la población o engañarla con falsas seguridades.

### ***Las expectativas de las autoridades de la Salud Pública***

Equidad en la distribución de los recursos. Todos los recursos utilizados innecesariamente restan recursos para otras necesidades. El médico es así, en cierto modo, responsable de la distribución de los recursos.

### ***Las expectativas de los empleadores médicos***

Satisfacer las demandas de rentabilidad. El médico pasa a ser empleado de las instituciones. Como tal, le corresponde satisfacer las demandas de su empleador, satisfacer las exigencias de los pacientes y del saber médico, pero también defender los recursos económicos e inclusive aumentar la rentabilidad. El médico se encuentra ante la posición de defender a las instituciones contra la demanda de los pacientes, exacerbada por estas mismas instituciones con técnicas de *marketing* que atienden a la competitividad con otras instituciones.

### ***Las expectativas de la justicia***

Los principios éticos son previos a las leyes. Una mezcla de principios morales, creencias religiosas y conocimientos científicos, pasiones irracionales y racionalidad en distintas proporciones fundamentan las leyes. La justicia espera que nos atengamos a las leyes, aunque sus fundamentos sean muchas veces irracionales y administra castigos a la desobediencia a la ley.

### ***Las expectativas...***

El médico se siente abrumado por tantas exigencias racionales e irracionales. La conciencia de su pequeñez en toda la cadena de la atención médica no le permite satisfacer su autoexigencia de hacer por los pacientes lo mejor que pueda. Responder a las expectativas de los pacientes y de los familiares, a las exigencias del saber médico y de las empresas médicas genera una carga difícil de soportar. Como un eslabón en la cadena de la atención médica, el médico siente que su propia calidad debe servir para poner en evidencia la debilidad de los otros eslabones, para que éstos adquieran los principios éticos de la autoexigencia. Sólo así el médico sentirá que el esfuerzo que se le pide podrá ser satisfecho.

A fin de afrontar el problema, debe ser finalidad de

los urólogos y de las instituciones que los agrupan y representan mantener los estándares éticos más altos, seguir protocolos reconocidos, prestar servicios adecuados a los pacientes y actualizarse a través de la actividad societaria. Infortunadamente estamos bajo la presión de diversas fuerzas externas que tratan de comprometer nuestros estándares éticos. Los prestadores de salud, tanto estatales como privados, nos solicitan realizar menos procedimientos y de menor costo para mantener la viabilidad del sistema, lo cual compromete nuestra posibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento óptimos. Motivados a hacer menos, actualmente hacemos más, muchas veces innecesariamente, a fin de protegernos a nosotros mismos de la posibilidad de incurrir en una mala praxis. Nuestros costos en tecnología y atención aumentan permanentemente sin que se incrementen nuestros ingresos. Y finalmente debemos enfrentar las expectativas irreales del público. La prensa está plagada de información que sobredimensiona los desarrollos de la medicina. Es esencial que coloquemos esa información en la adecuada perspectiva para nuestros pacientes, sobre la base de sus méritos científicos y clínicos reales.

---

## **EL FUTURO**

---

Es importante que todo este proceso sea manejado por los médicos y no por los administradores de salud, estatales o privados. La comprensión y la aceptación de este principio en una base de consenso mayoritaria son imprescindibles para nuestro desarrollo y hasta para nuestra seguridad futura. Debemos disentir menos. La dispersión de esfuerzos y tiempo en la crítica de aspectos formales dará campo fértil a personas o entidades ajenas a nuestros intereses comunes a hacerse cargo de los espacios abandonados en estériles y superficiales disensos. Si actuamos pensando en el beneficio de nuestros pacientes y en el progreso de la Urología, sentaremos las bases para nuestro progreso individual a largo plazo dentro de una especialidad cuya unidad y prestigio habremos contribuido a mantener.

El tratamiento integral de nuestros pacientes requiere la complementación de los métodos diagnósticos, la cirugía, la endourología, y de las nuevas técnicas bajo un mismo equipo terapéutico. La disparidad de criterios y las limitaciones administrativas, legales y económicas hacen que las interderivaciones no cumplan esa finalidad por falta de un poder de decisión y control adecuado. Debería ser nuestro objetivo conservar unida la especialidad evitando su fragmentación en porciones tecnológicas, como un reaseguro para nuestro futuro, preservar los recursos económicos reservando la experimentación para Centros académicos que cuenten con Comités de Ética, Docencia e Inves-

tigación, y reconocer el valor de las nuevas tecnologías recién cuando hayan demostrado su utilidad y su superioridad, utilizando medios probados y útiles.

Así, mientras esperamos el ideal de acceder integralmente a las nuevas tecnologías, trataremos de mantener la unidad del paciente-equipo tratante, derivando sólo aquellos pacientes con indicaciones absolutas, que obtengan un real beneficio en su salud, utilizando los medios ya probados, a nuestro alcance, del paciente y del sistema de salud, ateniéndonos a pautas consensuadas y brindando formación técnica y ética a los nuevos urólogos.

Tal vez así evitaremos que las palabras de *René Gutman*, dichas en 1954, se conviertan en realidad;

“El enfermo desamparado tiene la sensación de que nadie le va a explicar nada. Entonces los enfermos en

filas anónimas, movidas por una escala rodante delante de instrumentos sucesivos, serán electrónicamente auscultados, radiografiados, analizados, isotopados y al final de la cadena recibirán un tratamiento impreso, mientras que el diagnóstico será dirigido hacia un aparato donde inmensas estadísticas se harán solas. Hasta los muertos serán tratados científicamente y nada subsistirá. Solamente el alma no podrá ser captada y quedará como objeto de escándalo en esta edad cruel de *Moloch...*”.

---

**Dr. Hugo A. Signori**

*Asesor del Servicio de Urología del Hospital Churrucá  
Uspallata 3400, Buenos Aires, Argentina  
Tel. 943-5045*