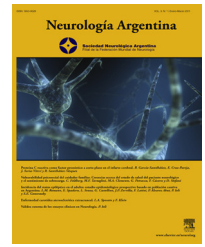




Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Editorial

Evolución de la Neurología y de los neurólogos en Argentina Evolution of neurology and neurologists in Argentina

Las enfermedades neurológicas, que preexisten a la Neurología como ciencia y asignatura, alcanzaron gradualmente esas categorías por los avances en el conocimiento y por la evolución epidemiológica que fue aumentando su importancia sanitaria.

Para adaptarse a ese escenario mudable, los neurólogos argentinos fueron incorporando aptitudes en un proceso lineal, con acontecimientos destacados que permiten fragmentarlo en etapas.

Cada etapa, que requirió su propio modelo de neurólogo, llegó para resolver carencias, perdió vigor al satisfacerlas y fue reemplazada por otra con nuevas prioridades, que habría de cumplir el mismo ciclo. A pesar de ello, los logros de la etapa precedente no solo no fueron ignorados, sino que pasaron a formar parte del sostén de la sucesora. Como la lanza de Aquiles, que cierra las heridas que provoca.

Algunos mojoneros de quiebre son contundentes y están corporizados en figuras paradigmáticas, mientras que otros son más difusos y los encarna una generación.

Seguir el curso de la flecha de la Neurología y de los neurólogos, y desentrañar la matriz de los cambios, nos proveerá de información para predecir el rumbo que seguirá. Se trata de una tarea insoslayable para prevenir la respuesta a escenarios inéditos, que fundamentalmente compete a quienes distribuyen el presupuesto y capacitan recursos humanos para la salud.

En 1827, 6 años después de la fundación de la Universidad de Buenos Aires, Martín García presentó la primera tesis sobre un tema neurológico: Epilepsia: su naturaleza y curación, y pronto sería seguido por otros clínicos que se ocuparon de «apoplejía», «fiebre atáxica», «meningitis», «lepra anestésica», «esclerosis de los cordones medulares», etc.

Durante 60 años, esta protoneurología fue ejercida por médicos clínicos con capacidad de observación sesgada hacia los indicadores del funcionamiento del sistema nervioso, ignorando que estaban creando el ambiente adecuado para la separación curricular de las enfermedades psiquiátricas.

Para la nueva tarea eran necesarios otros actores, ahora con idoneidad para organizar la enseñanza y la asistencia diferenciada de los pacientes con enfermedades neurológicas.

Eran las condiciones que reunía José María Ramos Mejía, que pertenecía a una generación de fundadores institucionales con sólida formación humanista. Ejerció como alienista, fue director de la Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires, docente en la Cátedra de Higiene y prolífico autor de obras con observaciones sociales (*Las multitudes argentinas*), psicológicas (*Los simuladores de talento*; *La neurosis de los hombres célebres en Argentina*) o históricas (*Rosas y su tiempo*), pero no sobre temas neurológicos.

Sin embargo, entrevió el futuro y habría de ser el fundador de la Neurología en Argentina al promover la creación de la Cátedra de Enfermedades Nerviosas en la Universidad de Buenos Aires (1887) y la de la Sala para Enfermedades Neurológicas en el antiguo Hospital San Roque (hoy Ramos Mejía), para las que fue designado profesor y jefe. Constituyó el primer prototipo de neurólogo cuyo escenario se ampliaba a todo el país.

Sus acciones evidenciaron su pertenencia cultural y habrían de indicar el rumbo de las etapas siguientes: designó a José Ingenieros como jefe de Trabajos Prácticos, a José A. Estévez, que habría de sucederlo, como jefe de Clínica y logró el nombramiento de Christofredo Jakob para la práctica y docencia de la Neuropatología.

Ingenieros perdura en la memoria de varias generaciones ulteriores por sus obras como sociólogo y moralista (*La evolución de las ideas argentinas*, *Hacia una moral sin dogmas*, *Sociología argentina*), pero con su libro *Amusias* también fue precursor en Neuropsicología.

Mientras todos ellos estaban enseñando sobre la conformación de un sistema que solo conocían a través de láminas importadas, Golgi y Ramón y Cajal recibían el Premio Nobel de Medicina 1906 por sus aportes al conocimiento de la estructura íntima del sistema nervioso. De tal manera, aquella pionera creación de la Cátedra de Enfermedades Nerviosas, pocos años

después de la de Viena y de la de París, y 20 años antes que la de Berlín, exhibió precozmente sus carencias.

Vino a satisfacerlas Christofredo Jakob trasladando el escenario a la morgue. Era un neuropatólogo formado en Alemania con Strumpell, que promovió la observación directa del cerebro mediante cortes sistemáticos y determinó un cambio en la formación y el ejercicio de los neurólogos. El nuevo modelo, que se destacaba por el conocimiento anatómico e histológico del sistema nervioso, constituyó un notable aporte a la objetividad científica.

Ya en la década de 1940, fueron los mismos neurólogos quienes advirtieron la necesidad de examinar detenidamente al enfermo, para rescatarle los signos y síntomas del funcionamiento normal y patológico del sistema nervioso.

En 1941 Vicente Dimitri, jefe de la Sala de Neurología del Hospital Alvear de Buenos Aires, accedió a la Cátedra de Neurología de la Universidad de Buenos Aires. Su sólida formación neuropatológica, adquirida junto a Christofredo Jakob, le permitió presentar los hallazgos clínicos y patológicos en el primer caso nacional de la encefalopatía espongiiforme de Creutzfeldt-Jakob, que habría de tomar notoriedad décadas más adelante. Desde el borde de la cama del enfermo, y luego de una minuciosa semiología, promovió el método anatomo-clínico entre los neurólogos y lo inculcó a los estudiantes.

Por entonces, el país era un almacén; en cada provincia o ciudad (Avellaneda, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, La Plata, Mendoza, Resistencia, Rosario, Santa Fe, Tucumán, etc.) emergían neurólogos con aptitudes similares, algunos de los cuales son recordados como verdaderos maestros. Este prototipo de neurólogo, que tenía al enfermo como objeto de observación y a su entorno como escenario, fue el que replicó el sistema de Residencia instaurado durante esa etapa.

Pero los avances en el conocimiento de las enfermedades pusieron un límite a la capacidad individual y llevaron a la extinción del maestro con amplios conocimientos: ahora era necesario tener idoneidad en el diagnóstico, el manejo y el tratamiento de cada enfermedad.

Fue así como en la década de 1970 emergió el neurólogo de una enfermedad, que llegó para optimizar el cuidado de una parte de la población acotada por la frecuencia de ese trastorno, con la bibliografía como herramienta y el gabinete como ámbito. El nuevo prototipo de neurólogo pasó a ser un experto con conocimiento profundo de una enfermedad. La parte pasó a ocupar el lugar del todo.

A partir de este sesgo, beneficioso para los afectados, surgió la demanda de quienes no presentan enfermedades privilegiadas por prevalencia o estímulos económicos, de lo que resulta tener pocos enfermos muy bien atendidos, en una comunidad con modestos indicadores de salud.

Cada etapa de la Neurología y el prototipo de neurólogo duró poco más de una generación: la del sobreespecialista lleva no menos de 40 años y la historia nos enseña que nada es más permanente que el cambio. La hoja debe caer para que el árbol siga viviendo.

Durante la vigencia de la última etapa ocurrieron acontecimientos que afectaron a la Neurología y a los neurólogos, que no pueden ser resueltos por el prototipo cuya capacitación está orientada hacia una enfermedad.

Un registro incompleto de ellos incluye la aparición de aparatos para el sostén biológico que generaron dilemas vinculados con el fin de la vida; la transición epidemiológica, que aumentó la importancia sanitaria de las enfermedades neurológicas; el cambio de vínculo con el paciente, que pasó de paternalista al de autonomía; la humanización del médico, de sacralizado a técnico falible; la deshumanización de la Medicina, por transferencia a la tecnología de la confiabilidad diagnóstica; la aparición de terceros entre el paciente y el médico, que limitó a ambos; el encarecimiento del mantenimiento y recuperación de la salud; el deterioro del salario médico, y la Declaración de Alma Ata recomendando la atención primaria.

Son acontecimientos portadores de sentido evolutivo que evidencian que la atención se ha ido desplazando desde la enfermedad en el enfermo, hacia sus consecuencias en la sociedad. El nuevo escenario requiere privilegiar la formación de neurólogos generales con herramientas idóneas para enfrentar conflictos bioéticos, prevenir los médico-legales, adecuar los tratamientos individuales a pautas de salud pública y fortalecer la atención primaria.

La bioética adquirió relevancia cuando el avance de la tecnología permitió asistir al fin de la vida en situaciones inéditas, lo que obligó a los neurólogos a tomar decisiones compatibles con la dignidad humana. Pero el ejercicio médico permanente también los expuso a situaciones más frecuentes y menos dramáticas, como el conflicto de intereses, cuya presencia cotidiana atenuó la sensibilidad para percibirlos. Deben ser sospechados cuando la toma de decisiones es influenciada por intereses ajenos al compromiso primario con el paciente. Los viajes, obsequios, subsidios y honorarios aportados por la industria farmacéutica pueden resultar admisibles a nivel modesto, pero muchas veces son un inaceptable desvío ético porque están incluidos en el precio del medicamento que paga el enfermo que habíamos jurado defender. El nuevo neurólogo necesitará un refuerzo de las herramientas morales para enfrentar sutiles estrategias de captación.

La metamorfosis del médico, de profesional con algunas características de sacerdote a técnico falible, también lo convirtió en objeto de juicio de valor por su actividad y lo tornó en pasible de demandas de compensación económica, inhabilitación o prisión. El riesgo se acentúa porque en el juicio por mala praxis se invierte la carga de la prueba: no es el demandante quien debe probar los hechos, sino es el médico el que debe demostrar que no ha causado daño. Para evitarlos se ejerce la medicina defensiva solicitando estudios y prácticas innecesarias, recurso que ocasiona gastos excesivos al paciente o contribuye a desfinanciar al sistema de salud, cuya consecuencia es el deterioro de la relación médico-paciente y de la eficiencia profesional. La capacitación en Medicina Legal, más allá de los rudimentos adquiridos en el pregrado, proveerá al nuevo neurólogo de mejores herramientas para prevenirlos.

Por otra parte, el estudio del presupuesto para la salud pública será esclarecedor para comprender que el desempeño médico está condicionado por variables que lo limitan y que no puede administrar. Al actor más capacitado para conocerlas lo proveerá de herramientas para reclamar su ampliación y lo comprometerá para lograr el mejor aprovechamiento del gasto en beneficio de todos. Estar al tanto del costo de los

estudios y tratamientos dentro de un presupuesto siempre limitado, lo habilitará para atenuar su impacto, tratando de evitar que una parte de la población abuse de tecnologías sofisticadas, mientras otra, más numerosa, padece por falta de recursos.

En Alma Ata (1978) las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Unesco propusieron la atención primaria como la mejor estrategia para mejorar el estado de salud de la población. Treinta años después reconocieron que no se habían logrado los objetivos, pero reiteraban que continuaba siendo la mejor estrategia para alcanzarlos. No pensaron en

una medicina para pobres, sino en nuevas herramientas para beneficiarlos.

Manuel J. Somoza

Profesor retirado de la Universidad de Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: msomoza@arnet.com.ar

1853-0028/\$ – see front matter

© 2013 Publicado por Elsevier España, S.L. en nombre de
Sociedad Neurológica Argentina.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2013.06.003>