

Un Especialista Resistente a la Disuasión , pero que Puede Más

La Reumatología es como aquellas cervezas de marcada personalidad, pero de gusto exclusivo. El grupo que la cultiva no es, por eso, mayoritario; pero ha sido resistente a todo intento de disuasión.⁽¹⁾ Algunos ejemplos: en la década de los 90, en ciertos países, ante la emergencia de la Salud Administrada, se proponía el reemplazo del reumatólogo por el médico de atención primaria, al punto de fusionar ambos programas de especialización en uno solo.⁽²⁾ Esto no parece haber ocurrido.

En esa misma época, los líderes de opinión clamaban, entusiastas, ante la conquista sucesiva de las enfermedades mayores por parte de especialidades como la Oncología o la Cardiología; pero esto no parecía ser el caso –decían– de la Reumatología...⁽³⁾ De hecho, se propuso entonces reclasificar las terapias antirreumáticas como sólo “sintomáticas”.⁽⁴⁾ El lenguaje arcano de los congresos de la especialidad parecía todavía girar en torno a hallazgos, más bien oscuros, que se hallaban a mucha distancia de los exitosos tratamientos que acaparan titulares de prensa. Pero bastaron menos de cinco años para que esa crítica fuera desmentida por la revolución terapéutica de los medicamentos biológicos, basada precisamente en esos hallazgos “oscuros” relativos a moléculas y receptores, que todavía son tan típicos de los congresos de Reumatología.

Pero existen otras fuerzas de más alto poder disuasivo. Son las que apuntan al bolsillo de este grupo pertinaz. La Reumatología ha sido descrita –¿en forma peyorativa?– como una especialidad orientada al conocimiento y no a procedimientos. Así –al menos en EE.UU.–, el cálculo del retorno económico de invertir en esta especialización (en contraste, por ejemplo, con la Gastroenterología) arrojaba un resultado negativo.⁽⁵⁾ El auge biotecnológico y farmacéutico de estos años no ha modificado esta realidad, por cuanto un estudio reciente⁽⁶⁾ sugiere que la compensación económica de los reumatólogos estaría entre las cuatro más bajas de la profesión médica. (Estimado lector..., piense bien qué espera usted de su actividad profesional, pero tome nota de que esta carencia no parece erosionar el entusiasmo de este grupo “resistente a la disuasión”).

¿Otra sorpresa? El mismo estudio aludido demuestra que son también los reumatólogos uno de los grupos médicos que con mayor frecuencia volverían a elegir la Medicina y volverían a elegir la Reumatología, si tuvieran que hacerlo todo de nuevo. ¿Qué es lo que puede justificar todo esto?

“IT’S THE PATIENT, STUPID!” Así pensaba el Presidente del Colegio Americano de Reumatología (ACR) en 1993.

Esta exclamación todavía tiene sentido, y puede orientarnos hacia otros aspectos que seguirán haciendo de la Reumatología un quehacer atractivo.

Por una parte, las presiones económicas han llevado a las compañías farmacéuticas a trasladar parte de sus estudios clínicos a Europa oriental y Sudamérica. Esta tendencia continuará, pero sólo si aportamos investigadores y grupos clínicos preparados. Sin embargo, hay razones más fundamentales, por las que será siempre necesario contar con especialistas clínicos entrenados, específicamente en lo que hoy tiende a llamarse la “medicina traslacional”. El apogeo biotecnológico que se despliega en nuestra era no se plantea como un reemplazo de la observación clínica, sino como su consecuencia. Piénsese en Philip Hench, reumatólogo de la Clínica Mayo, que aportó la observación de que las pacientes con Artritis Reumatoide mejoraban con el embarazo, lo que atribuyó a una “sustancia anti-reumática X” que condujo al premio Nobel de Medicina en 1950 por el descubrimiento de la cortisona; en Steere y Malawista, cuyas observaciones sobre el diagnóstico “excesivo” de la Artritis Reumatoide Juvenil en un barrio de Connecticut condujeron a la definición de la enfermedad de Lyme; en Graham Hughes, el clínico que desencadenó el reconocimiento del síndrome antifosfolípido, con su secuela de estudios clínicos y moleculares todavía en plena evolución. A menudo es la sagacidad de una nueva observación o asociación clínica lo que indica el rumbo a la genética o a la biología molecular. ¿Acaso todo esto no resulta “anti-disuasivo”... al menos para un grupo orientado al conocimiento?

En un editorial clásico –y también autobiográfico– sobre la investigación biomédica (J Clin Invest 1997; 99:2803-2812), Goldstein y Brown (Nobel de Medicina 1985) describen las dificultades que enfrenta el investigador clínico; pronosticando además con acierto que su labor llevaría al rescate de la industria biotecnológica. Los individuos dedicados a lo que denominan el *Patient Oriented Research* o “POR” serían fáciles de reconocer porque todavía le dan la mano al paciente. Lo que he expuesto sobre la Reumatología sugiere que existen amplios puntos de contacto de nuestra especialidad con los médicos dedicados al “POR”. Así, por ejemplo, Goldstein y Brown indican que sus cultores comparten cuatro P: **Pasión, Pacientes, Paciencia y Pobreza.**

Pero hay espacio para mejorar. Aunque los datos recientes demuestran que Chile tiene el más alto nivel de publicaciones científicas por habitante en Iberoamérica, nuestros investigadores clínicos parecen estrellarse con las cuatro P que afectan a sus pares. En el concurso Fondecyt 2011 se aprobaron 48 proyectos en el área de Medicina.⁽⁷⁾ En sólo 30% de ellos el Investigador Responsable es un médico clínico que realiza un proyecto clínico o clínico básico; y de éstos, sólo uno es de la disciplina de Reumatología.⁽⁸⁾ Ciertamente esta realidad admite distintos análisis, pero estimo que es necesario enfatizar un hecho determinante, que se encuentra en la raíz de lo que he descrito previamente: una elección personal, resistente a la disuasión. En la medida que se expande en

Chile el conjunto de instituciones de educación superior y de carreras de Medicina, hará falta mucho “POR” para darles vida. Existen, cada vez más ahora, oportunidades de entrenamiento en esta línea. En mi propia institución, al igual que en otras, se ha puesto en marcha un ambicioso plan de medicina traslacional. Mi pronóstico es que estos esfuerzos contribuirán a redireccionar a la Biotecnología, a cohesionar a un grupo creciente de investigadores clínicos y a abrir muchas oportunidades para reumatólogos resistentes a la disuasión.

Fernando Figueroa E.
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes

1. Véase publicidad “Tecate”. No doy fe de la calidad de la cerveza.
2. Sergent JS. ACR presidential address. It’s the patient, stupid! Arthritis Rheum 1994; 37:449.
3. Roth SH. Role of the Rheumatologist in 1995: Leadership. J Rheumatol 1995; 22:1
4. Edmonds JP, Scott DL, Furst DE, Paulus HE. New classification of antirheumatic drugs. The evolution of a concept. J Rheumatol 1993; 20:585.
5. Prashker MJ, Meenan RF. Subspecialty training: is it financially worthwhile? Ann Intern Med 1991; 115:715.
6. 2011 Rheumatologist compensation report: www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2011/rheumatology
7. Sólo un 9,55% del total de proyectos concursados.
8. CONICYT, Panorama Científico, vol. 25, 2011.