

Arrogància

Franz J. Ingelfinger¹

Traducció de Joan M. V. Pons i Gaietà Permanyer Miralda de l'article: Ingelfinger FJ. Arrogance. *N Engl J Med.* 1980;303:1507-1511.

En aquesta conferència, designada específicament com “sobre l'ètica mèdica”, em focalitzaré en tres temes. El primer, com exemple de tensions entre grups, té a veure amb l'acusació comuna que els biocientífics són arrogants, és a dir, són presumptuosos, superbs en les seves actituds, decisions i objectius; mostren, en un mot de moda avui en dia, altivesa. Intentaré argumentar que els biocientífics poden ser arrogants, però no més que altres grups i, potser, fins i tot un xic menys.

El segon tema té a veure amb l'encontre personal entre el metge i el pacient: està marcat per l'autoritarisme, el paternalisme i la dominació? La meua resposta és no sols “sí”, sinó que fins i tot en alguna mesura aquesta característica és essencial per a una bona atenció mèdica. De fet, si estem d'acord que la funció primària del metge és fer que el malalt se senti millor, un cert grau d'autoritarisme, paternalisme i dominació és l'essència de l'efectivitat del metge.

Com a tercer mantindré que molts metges són de fet arrogants en les seves conductes cap els malalts, però d'una manera que ni tan sols s'identifica específicament com “arrogància” en qualsevol de les definicions d'aquesta paraula en el diccionari.

Tot i que cap vocació apresada està exempta d'aquesta acusació, el grup professional més fustigat com arrogant és aquell que utilitza tecnologia complexa i avançada en la seva forma de pensar i de fer. Són els científics, siguin físics o biòlegs moleculars, o fins i tot els decisors no científics en medicina, vistos com els qui prenen decisions polítiques motivades per l'interès propi i que actuen amb total menyspreu de les necessitats humanes. Quasi com un reflex surt aquella vella dita de Clemenceau que la guerra no es pot deixar en mans dels generals. A aquesta aprensió social es deu que els comitès decisors es creïn amb el propòsit de limitar la influència, especialment, d'aquells científics que posseeixen una expertesa rellevant en les qüestions que s'han de respondre. Els metges estan familiaritzats amb les provisions de la Llei Pública 93-641, promulgada el 1974, que estableix la xarxa d'agències dels sistemes de salut. La major part dels membres nomenats pels organismes responsables de la planificació i implementació del sistema, com les juntes de govern i els comitès d'àrees, han de ser el que s'anomena consumidors més que no pas proveïdors de l'atenció sanitària. El mateix principi s'aplica fins i tot a molts altres aspectes, com si s'haguessin

de posar límits en la cerca del coneixement per part dels humans. Aleshores, molts mantenen que la frenètica polèmica actual sobre seguir fent recerca en l'ADN recombinant hauria de ser resolta per grups d'individus en què els representants de la ciència no sols fossin restringits, sinó eliminats totalment.

Hi ha raons indisputables de per què les decisions que afecten la societat en el seu conjunt haurien de ser preses per persones àmpliament representatives d'aquella societat i no pas per aquelles que poden estar esbiaixades, potser per raons de guany personal o completament honorables, però de totes maneres amb un compromís intel·lectual entusiasta i desequilibrat cap a la seva disciplina. És un principi bàsic en la majoria de societats democràtiques. Sigui al Regne Unit o als Estats Units, és el Parlament o el Congrés qui decideix quants diners s'haurien de gastar en els diversos programes de recerca biomèdica i salut pública.

La qüestió no és si aquest control social és justificable. No es pot negar tampoc que molts especialistes en biociència tenen una visió hemianòpsica del món. Més encara, es pot entendre que el gruix dels biocientífics, com a grup, prendran decisions fortament influenciades per les seves habilitats i recursos. En moltes circumstàncies, el cirurgià tallarà quan l'internista utilitzarà antibiòtics. La meua preocupació és que les paraules “científic arrogant” impliquen que l'ignorant, sigui llec o professional, no pateix aquest mal. Però l'arrogància de la ignorància pot ser tan devastadora com l'arrogància de l'expert. Tanmateix, l'arrogància de la ignorància o l'arrogància de l'activista anticientífic o antiintel·lectual es menciona rarament, tot i que pot ser tan flagrant com la del membre més doctrinari de la classe científica dirigent.

Comencem amb un exemple de baixa intensitat emocional: la dieta. Durant anys, diferents pràctiques dietètiques han estat recolzades o condemnades pels metges; la seva popularitat entre el públic o la moda dietètica és un fenomen antic però que continua. Durant anys, els metges i el públic estaven convençuts per igual que el consum de certs menjars agreujava, o fins i tot provocava, úlceres pèptiques a l'estómac i el duodè o que altres aliments tenien efectes saludables. Entre els perjudicials s'inclouïa els picants i els aliments bastos i de colors forts; els considerats com beneficiosos eren tous, suaus i sense color. La proteïna blanca com el pollastre i el peix eren permesos, però les carns vermelles com la bovina i la de xai estaven prohibides. Fins i tot una escola de pensament, mèdica i no mèdica, exercia un reduccionisme extrem: al malalt ulcerós se li deia

simplement que havia de seguir una dieta blanca: farina, patates i llet. Suposo que això es feia de manera raonada, però jo sempre preguntava si en aquella mentalitat literal no podia incloure també el rave picant.

La influència de la superstició, el misticisme i la religió en les creences dietètiques és, sens dubte, forta. El 1910, per exemple, era una moda popular el fletcherisme, la pràctica de mastegar cada mos de menjar intensament, unes 30 vegades. El creador d'aquest culte, Horace Fletcher, sempre portava vestits blancs per emfatitzar la puresa espiritual de la seva masticació obsessiva. Potser uns poders ocults semblants milloren l'atractiu de la dieta blanca en el tractament de l'úlcer a pèptica.

Avui en dia encara tenim poc coneixement sobre la causa i el tractament de l'úlcer a pèptica². De fet, molts estudis científics excel·lents que fan ús de la tecnologia moderna han millorat, per una banda, el coneixement sobre la naturalesa de l'úlcer a pèptica però, per una altra, han fet augmentar el reconeixement expert del poc que coneixem sobre les causes d'aquest trastorn. Més coneixement, paradoxalment, ha fet ressaltar el no coneixement. De manera associada, el valor dels règims dietètics imposats, amb certa ignorància arbitrària vista en retrospectiva, són qüestionats per l'escepticisme de l'expert científic.

Actualment, una altra moda dietètica és atraure els fidels: els aliments superrefinats, amb poca fibra, dels països industrialitzats es diu que causen diverticulosi i, potser, càncer de l'intestí gros, hemorroides, varices i calcificació de les venes de la pelvis. Potser aquests aliments processats són perjudicials, però aquell suport categòric de les dietes riques en fibra em fa l'efecte d'un altre exemple de pronunciaments arbitrari, autoritari, basat en un coneixement a mitges i en una ignorància no reconeguda sobre els efectes globals; en altres paraules, un xic arrogant. El 1952, molt abans que Burkitt i altres s'interessessin pels efectes de la dieta en la patogènesi dels diverticles al còlon, un patòleg a Lima, Perú, em va dir que a les autòpsies sempre podia diferenciar un còlon d'un descendent dels espanyols del d'un descendent dels indis andins. El còlon d'un descendent d'espanyols, de segur, tindria diverticles, mentre que el d'un indi no. Per un altre cantó, els indis tenien un còlon molt llarg, especialment un sigma llarg i recargolat. És per això que els indis pateixen sovint vòlvuls a aquest nivell. Albert Schweitzer³ havia recollit l'alta prevalença d'hèrnies en els pacients que atenia. Per tant, les dietes riques en fibra poden tenir els seus efectes desfavorables així com també conseqüències favorables, però això hom no ho sabrà mai de les crítiques que escolta de les dietes pobres en fibra. Sospito, fins i tot, que hi actuen forces místiques i morals, doncs sembla obvi que una dieta rica en fibres suposa un retorn a les condicions del "bon salvatge" i la resistència a les dificultats, mentre que la dieta refinada mostra un luxe decadent i autocomplaent.

La meves homilies dietètiques pretenen il·lustrar les forces socials múltiples subjacents en decisions polítiques qüestionables: en aquest cas, de la política sobre el

que s'ha de menjar. El públic, el metge, el professor de fisiologia participen en decisions teixides arbitràriament amb filaments fràgils d'evidència. El seu raonament depèn d'allò que Alvin Weinberg havia anomenat transciència. "*Moltes de les qüestions* –va escriure Weinberg el 1972– *que sorgeixen de la interacció entre ciència o tecnologia i societat... es basen en respostes a preguntes que es poden fer a la ciència, però que encara no es poden respondre científicament. Proposo el terme transc científic per aquesta mena de qüestions, doncs, tot i que poden sorgir de o al voltant de la ciència, i poden ser formulades en llenguatge científic, són incontestables per la ciència i d'aquí que transcendeixin la ciència*".

La manca de diferenciació entre ciència i transciència, de reconèixer que una regulació o recomanació poden ser confeccionades en un buit de coneixement és, al meu entendre, una manifestació de l'arrogància de la ignorància.

Haig de fer una distinció en aquest punt: no estic afirmant que les conclusions assolides en absència de fets fefaents siguin per si mateixes arrogants. Aquestes conclusions inevitablement caracteritzen la política, la ciència i la medicina, especialment quan la necessitat d'actuar és urgent. L'arrogància entra en escena quan aquells que arriben a vàries decisions en absència de dades apropiades no reconeixen o admeten quant de buit està el seu rebost d'informació. Els científics i els metges de qualitat, així vull creure-ho, són sempre conscients del poc que saben. El dubte tempera l'arrogància i, possiblement per aquesta raó, d'alguns biocientífics es pot dir que més tenen la virtut grega de la *sofrosina* (moderació) que no pas el defecte contrari de l'*hybris* (supèrbia).

A sociòlegs, experts en ètica i altres semblants els agrada parlar despectivament del que anomenen autoritarisme, paternalisme o domini dels metges. Aquesta posició, proposo, és irreal i insostenible. El metge és una persona a la qual van els malalts perquè necessiten o pensen que necessiten ajuda. Assumim que el metge que escullen és competent i compassiu. Malgrat aquestes virtuts, sovint és poc el que el metge pot fer físicament, vull dir, tallant o manipulant químicament, per eradicar la causa de l'aflicció del malalt. És per això que els epidemiòlegs sostenen –un llibre recent de Thomas McKeown *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* n'és un exemple excel·lent– que la intervenció del metge ha fet poc per perllongar la vida o eliminar la morbiditat greu. La xifra generalment citada –tot i que pot ser una xifra arrogant si se sustenta en dades fragmentàries– és que el 90% de les visites dels malalts als metges són per condicions que o bé són autolimitades o bé estan fora de les capacitats mèdiques. En altres paraules, si assumim que els metges fan que els pacients se sentin millor la major part de vegades, això és degut principalment a que el metge pot tranquil·litzar el malalt o donar-li una medicació mitjanament pal·liativa. Fins i tot una operació pot, de tant en tant, fer que el malalt se senti millor, tot i que no perllongui la seva vida ni elimini la causa dels seus problemes.

Si el metge és efectiu en l'alleugeriment de les queixes dels malalts per aquests mitjans intangibles, se segueix que el malalt ha de creure en el metge, que ha de confiar en el seu consell i el seu suport i en la selecció d'aquella píndola que és d'utilitat (malgrat no curi l'alteració bàsica). Intrínseca d'aquesta creença és la convicció del malalt que en el metge no sols s'hi pot confiar, sinó que també té un coneixement especial que el malalt no té. Ell necessita, si el tractament ha de tenir èxit, un metge a qui conferir autoritat, competència i experiència. Si estic disposat a renunciar a menjar ous la resta de la vida, haig d'estar convençut, agradable-me com m'agraden, que una autoritat superior a mi mateix influirà en els meus hàbits de menjar. No vull estar en la posició del venedor d'un mercat ambulat que negocia i regateja amb el metge sobre el que és millor. Vull creure que el meu metge actua sota uns principis morals i intel·lectuals més alts que els d'un venedor de cotxes de segona mà.

Aniré més lluny. Un metge que estén simplement davant del malalt una sèrie d'alternatives com si fossin comercials i després diu: "*Endavant, esculli vostè, és la seva vida*", està eludint el seu deure, per no dir que fa mala pràctica. El metge, de segur, hauria de llistar les alternatives i descriure els pros i contres, però aleshores, en lloc de dir al malalt que faci la seva elecció, el metge hauria de recomanar un curs específic d'acció. Ha d'assumir la responsabilitat, no desviar-la sobre les espatlles del malalt. El malalt pot aleshores refusar la recomanació, la qual cosa és perfectament acceptable, però aquell metge que no utilitza el seu aprenentatge i experiència per recomanar una acció específica a un malalt —o en alguns casos admetent amb franquesa que "no ho sé"— no mereix el títol, un tant deslluït però encara distingit, de metge.

Malgrat que he recolzat durant temps el principi que el metge ha de ser, fins un cert grau, autoritari i paternalista, la meua experiència com a malalt m'ha fonamentat la creença de la manera més forta possible. Si se'm perdona que sigui anecdòtic i personal, els diré com la manca d'una decisió amb autoritat comportà patiment per a mi i la meua família. Farà un any i mig em van trobar que tenia un adenocarcinoma, un càncer glandular, assegut a cavall de la unió gastroesofàgica. Ja és irònic que aquesta àrea de l'aparell digestiu hagi estat aquella a la qual he esmerçat la meua carrera professional com a investigador clínic i consultor; per tant, costa imaginar un pacient més ben informat. La necessitat de cirurgia era indiscutible si esperava continuar essent capaç d'empassar. Però després d'una cirurgia reeixida, els dilemes reals van començar. El cirurgià no havia trobat proves visibles que el càncer s'hagués estès. Això, però, no prova res, ja que els càncers poden estendre's per formar minúsculs nuclis cancerosos a qualsevol lloc (micrometàstasis). La pràctica mèdica actual és assumir que el pacient que ha estat intervingut per qualsevol d'una varietat de càncers —inclòs el tipus que jo tinc— haurien de seguir un tractament profilàctic per tal d'eradicar les micrometàstasis abans que creixin. Per aquesta raó, s'utilitzen àmpliament tant la quimioteràpia

com la radioteràpia. Aleshores, la qüestió era: hauria de fer quimioteràpia amb tots els seus efectes secundaris? Quimioteràpia, de quina mena? Encara més debatuda era la qüestió de si havia de rebre radioteràpia.

No hi ha una evidència acceptada de manera general que els minúsculs nuclis de cèl·lules d'adenocarcinoma respondran. Més encara, la radiació suposaria per a mi tota una sèrie de complicacions com una fibrosi pulmonar i la possibilitat de tot un conjunt d'efectes secundaris menys freqüents, però no menys importants. En aquest punt vaig rebre un allau de consells, ben intencionats, però contradictoris, d'amics metges de tot el país. La qüestió de la radioteràpia profilàctica era particularment discutida. Com a conseqüència, no sols jo, sinó també la meua dona, el meu fill i la meua jove —tots dos metges— i altres membres de la família es van sentir cada cop més confusos i emocionalment angoixats. Finalment, quan els mals de la indecisió semblaven intolerables, un savi amic metge em digué: "*El que tu necessites és un metge*". M'estava dient que m'oblidés de la informació que ja tenia i d'aquella que havia rebut de molts llocs i que en lloc d'això busqués una persona amb autoritat que em digués què havia de fer i que de manera paternalista assumís la responsabilitat de la meua atenció. Quan vàrem seguir aquest excel·lent consell, tant la meua família com jo vam sentir un immens alleujament. La incapacitat d'una preocupació enervant es va dissipar i vaig poder retornar a les angoixes habituals com la de decidir el destí d'algun manuscrit o donar conferències com aquesta.

Si l'arrogància en el sentit de paternalisme i domini és un ingredient d'una atenció mèdica beneficosa, aquestes qualitats s'han d'utilitzar apropiadament. En la mesura que el paternalisme i el domini es vegin infectats pels altres significats d'arrogància, la conducta del metge amb els malalts empitjorarà de manera associada. És a dir, si el paternalisme s'accentua amb la insolència, la vanitat, l'arbitrarietat o per la manca d'empatia, s'anul·la tota l'atenció que el metge doni als seus malalts. En altres paraules, un metge pot ser arrogant de manera beneficosa o destructiva.

Els metges com a classe, sospito, no són més vanitosos o insolents que qualsevol altra gent. Alguns són presumptuosos o condescendents, d'altres humils i simpàtics. Tot i que l'arrogància amb alguns dels més vils significats —per exemple, vanitat, insolència, crueltat— no pot, crec, identificar-se com una característica general de la professió mèdica, la professió en el seu conjunt està afectada per algun tipus d'arrogància subsumida en una manca d'empatia. Els metges, per raons diverses, troben difícil posar-se a si mateixos en el lloc del malalt; no aprecien suficientment, o potser no tenen el temps d'apreciar, com se sent el malalt i com reacciona a la informació mèdica i als procediments als quals és exposat.

El problema, discutit en certa extensió al número d'abril de 1977 dels *Annals of Internal Medicine*, té dos components: un intel·lectual, i en cert grau millorable, i un altre emocional, que per la seva correcció necessita el

millor en l'art de la medicina. El primer component és una qüestió de llenguatge. L'argot del metge no sols ha estat ridiculitzat àmpliament sinó també criticat com un dels mecanismes que utilitza la professió mèdica per mantenir la seva mística. Aquesta explicació tenia la seva validesa en temps de Molière, però dubto de la seva validesa actual. L'addicció professional al seu argot vocacional és probablement una qüestió d'hàbit, difícil de dissipar pel fet de la formació del metge, la seva interacció incessant amb altres metges, la lectura del *New England Journal of Medicine* i la seva ineptitud amb el llenguatge ordinari. Sigui quina sigui la raó, els metges tendeixen a utilitzar termes que el llec o no entén o interpreta malament. Fins i tot un dels millors comunicadors amb el gran públic que conec, el Dr. Timothy Johnson, permet que els seus convidats, al popular programa “*House call*” (visita domiciliària), es deixin portar pel llenguatge més apropiat per un amfiteatre mèdic que per un fòrum públic. “Carcinoma d'endometri” és molt més simple per un llenguatge mèdic que “càncer del revestiment de la matriu”.

Molts malalts, de segur, estan familiaritzats amb els termes mèdics i els utilitzen, havent-se proposat que l'ensenyament de la medicina al malalt –enriquir el seu vocabulari més que profanar el del metge– pot millorar la comunicació entre les dues parts. Però entenen veritablement els malalts els termes mèdics? Nosaltres, els metges, tenim problemes amb els principis i argots d'altres competències com es fa evident amb les cartes de reprovació que rebo quan publiquem articles sobre qüestions abstruses d'estadística o economia mèdica. De manera semblant, fins i tot utilitzant el malalt paraules com “infart de miocardi”, aprecia el malalt realment l'espectre de patologia, diagnòstic, pronòstic i implicacions terapèutiques que aquesta expressió tan comuna té per al metge? Tots, inclosa la majoria de malalts més sofisticats pel que fa a termes mèdics, necessiten ser informats, en termes no tècnics, i el metge que oblida aquesta obligació és culpable d'una forma d'arrogància.

Fins i tot quan el metge s'esforça per utilitzar un llenguatge apropiat, pot encara manca d'empatia si no és prou sensible a l'estat emocional del malalt que ve a consultar-lo. Desfet per l'ansietat, temorós, fins i tot amb sospita, el malalt escolta el so però no el significat de les paraules; tranquil·litzar dient que el càncer és un diagnòstic improbable i demanar un allau de proves per demostrar-ho, pot convèncer el malalt que justament és veritat el contrari. “No necessitem una altra operació” queda registrat en la ment del malalt com “una altra operació”. El consell que són necessaris medicaments antihipertensius o la insulina pot donar al malalt la idea d'incurable. Fins i tot aconsellar sobre el tabaquisme i la sobrealimentació pot donar resultats negatius en lloc de positius en les persones susceptibles.

Potser un dels exemples avui en dia més flagrants d'arrogància sense empatia –un exemple no exclusiu de la professió mèdica– és la idea dominant que el fracàs de les recomanacions mèdiques és culpa del malalt. Si no se-

gueix les instruccions i sembla ignorar les paraules de la saviesa mèdica, el malalt és etiquetat com a no complidor –una altra paraula en voga. Culpà la víctima és una excusa comuna per un fracàs terapèutic, però per a mi fa tuf d'arrogància. És una obligació del metge, mitjançant l'explicació i la persuasió, aconseguir que el malalt segueixi el tractament com s'ha prescrit. Si el malalt no ho fa, la culpa és sovint tant del metge com del pacient.

És força fàcil per a un conferenciant moralitzar i demanar més empatia per part dels metges. Però quins recursos pràctics estan a l'abast del metge que és conscient que l'estat emocional del pacient pot acolorir i distorsionar una conversació ordinària? Conèixer els malalts, les seves conviccions i problemes, les actituds de la seva família, de segur que ajuda, però avui en dia amb els equips assistencials, serveis auxiliars, especialitzacions i mobilitat de la població, “conèixer el pacient” pot ser tan difícil com frenar els costos mèdics. Les mesures actuals per millorar l'eficiència mèdica tampoc no ajuden. Si el pacient –una dona embarassada, un alcohòlic amb cirrosi incipient o un gran fumador amb càncer de pulmó– és sotmès primer a un conjunt de qüestionaris i terminals d'ordinador, després interrogat i examinat per personal auxiliar i, finalment, vist pel metge –sigui per a donar a llum, realitzar una biòpsia hepàtica o una resecció pulmonar–, el malalt no coneixerà el metge i viceversa. Com pot el metge, en aquestes circumstàncies, ser conscient dels pensaments i emocions del malalt? La pràctica mèdica eficient, temo, pot no ser una pràctica empàtica i fomentar sinó l'arrogància, almenys la seva aparença.

En les facultats de medicina als alumnes se'ls parla sobre les perplexitats, ansietats i malentesos que poden afectar el malalt quan aquest entra en el sistema sanitari. En els anys de pràctica clínica, l'estudiant afortunat i sensible pot aprendre molt dels que han estat assignats per a la seva supervisió. Però els efectes de conferències i converses són efímers i no substitueixen l'experiència real. Hom podria suggerir, és clar, que sols aquells que hagin estat hospitalitzats durant la seva adolescència o edat adulta fossin admesos a les facultats de medicina. Aquesta pràctica no sols augmentaria el nombre de doctors empàtics, també permetria rebutjar tot el sistema d'admissió a les facultats de medicina.

NOTES DELS TRADUCTORS

1. Franz J. Ingelfinger (1920-1980), editor del *New England Journal of Medicine*, conegut també per la norma editorial que porta el seu nom i que priva els investigadors de difondre els seus treballs als mitjans de comunicació general fins que aquests no han estat avaluats i publicats en una revista amb revisió per consemblants. Aquest article es va publicar pòstumament.
2. No és fins a principis dels anys 80 que Barry Marshall i Robin Warren inicien els seus estudis que demostren el paper de l'*Helicobacter pylori* en l'úlcerà pèptica i pels quals van ser guardonats amb el Premi Nobel el 2005.
3. Albert Schweitzer (1875-1965), metge alemany que, un cop acabada la carrera, es va traslladar a Lambaréné, a l'actual Gabon (Àfrica) on va passar la major part de la seva vida. Premi Nobel de la Pau el 1952.