

Un clínico en el siglo XXI¹

Alberto Lifshitz*

Dirección General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, SSA, México D.F., México

RESUMEN

La tradición clínica enfrenta desafíos que derivan del vertiginoso avance científico y tecnológico y a la vez del cambio social que caracterizan los inicios del siglo XXI. Las condiciones de hoy en día exigen una modernización de la práctica que recupere el protagonismo del paciente, emplee inteligentemente la asombrosa tecnología disponible y se inserte armónicamente en las nuevas realidades sociales. Esta es la clínica del siglo XXI.

SUMMARY

At the beginning of the 21st century, clinical practice faces new challenges associated with very fast scientific and technological advances. Societies have also changed and current conditions demand modernization of clinical practice. Now we acknowledge the need for a patient-centered medical practice. Novel technologies will also participate in this new social fabric. This is the new clinical practice of the 21st century.

Palabras clave:

Práctica clínica, siglo XXI, desafío

Keywords:

Clinical practice, 21st century, challenges

“No hay duda de que la práctica de la medicina ha cambiado y seguirá cambiando más en el futuro, con los avances de la medicina misma. Imposible ejercerla hoy como se hizo antes. Si los conocimientos cambian, si cambian las formas de aplicarlos, si la sociedad en que vivimos y sus exigencias cambian también, es natural y aún obligado que el ejercicio de la profesión esté acorde a las nuevas formas de vida”.

“... el médico irá poniendo cada día más confianza en sus instrumentos e irá cayendo en un fetichismo lamentable, el fetichismo de los equipos técnicos. El entrenamiento técnico (que) interesa al médico más que su educación científica, el culto de la máquina más que el uso del cerebro”.

Ignacio Chávez¹

Introducción

La imagen del médico en la cabecera del enfermo, con expresión de preocupación, mientras hace acopio de datos para convertirlos en información y, finalmente, en recomendaciones y pronósticos, se refiere más a los dos siglos previos que al que apenas empieza.

“...Sustentado en una habilidad personal que incluye la capacidad de recolectar indicios agrupándolos según sus relaciones y contrastándolos con las descripciones nosográficas clásicas; apto para suscitar confianza y asumir las decisiones que le subroga el enfermo y de lograr que éste acate obedientemente las recomendaciones ya sean expresadas como órdenes afectuosas o como mandatos autoritarios; encumbrado en el pedestal de la iatrocacia, dueño de la vida y de la muerte, apenas un nivel debajo de lo santo y lo divino; capaz de obsequiarse ya sea en el interior de una oficina, de una alcoba personal, de una sala familiar o de un área de hospital; apenas falible pero sólo al verse rebasado

por circunstancias imponderables; teniendo sus sentidos acuciosamente entrenados para percibir lo que otros no pueden y sus habilidades para convencer, consolar, someter; consejero, confesor y guía, receptor de quejas y lamentos; sumiso escucha de plañidos y desahogos; recipiente de verborreas catárticas; vigilante de la salud y de la enfermedad, acechando signos, ominosos y promisorios, observando efectos terapéuticos y colaterales, corrigiendo dosis y remedios; manipulando los cuerpos; respondiendo ante la familia y sus colegas; avistando los avances y esperando la oportunidad de ponerlos al servicio de los pacientes; ejerciendo una autoridad irrestricta y complaciéndose en el comprensivo perdón automático de sus fallas; protagonista social encumbrado, testigo de tragedias, atisbador de intimidades, indulgidor de escrúpulos, espía de pudores, depositario de secretos, confidencias y misterios...”

Tal imagen ha perdurado dos siglos, pero está dejando de ser vigente.² Hoy se exige una nueva figura que, sin transigir de su empeño, encuentre su lugar dentro de una sociedad

¹Conferencia Ignacio Chávez 2007

* Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Alberto Lifshitz, Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud. Av. Periférico Sur 4118, Torre Zafiro 1, Primer Piso, Col. Jardines del Pedregal, Del. Álvaro Obregón, 01900 México, D.F., México. Tel.s: (52 55) 5568 3575. Correo electrónico: alifshitz@salud.gob.mx y alifshitz@yahoo.com

diferente. Este texto aspira a describir a este personaje e intenta delimitar un nuevo cuerpo de conocimientos, nuevas habilidades, destrezas y actitudes que correspondan si no a la modernidad, por lo menos a la contemporaneidad.

La medicina es un universo

Ciencia natural y ciencia social al mismo tiempo, con raíces biológicas, psicológicas y culturales, la medicina es un servicio utilitario pero también una idea filosófica; oficio esencial y ejercicio intelectual. Es un producto de la inteligencia pero que, frecuentemente, se vale de la magia, la intuición y el azar. Es tecnología pero también teoría. Es auxilio humanitario, asunto heurística, sistema, industria y negocio y es una habilidad, una pericia, una competencia, una cualidad, un don, un poder. Es disciplina y cultura; dogma y acervo, conocimiento y trabajo. Es un empleo, una capacidad, un ministerio, una ocupación, una obligación; carrera profesional y apostolado. Es una función, un destino y una ciencia.

Por esta variedad de funciones, algunos egresados de las escuelas de medicina se dedican a la investigación, otros a la docencia, a la salud pública, a las diferentes formas de la industria de la salud, a la administración o gerencia, a las medicinas alternativas, a la edición de textos médicos, etc. Hay médicos poetas, novelistas, directores de cine, productores de televisión, expertos en música y en historia, trabajadores de la industria farmacéutica, vendedores, taxistas, líderes sociales. La medicina da para casi todas las vocaciones, pero la actividad arquetípica es la del clínico, al grado que, cuando simplemente se habla de un médico, sin definir otras características, se le suele identificar con el clínico.

La clínica

El término tiene varios significados. Por un lado, designa el sitio o edificio en el que se atienden los enfermos, por otro el segmento del currículum médico que enfoca el contacto con los pacientes, una actividad educativa práctica (por ejemplo, clínica de tenis), un adjetivo -casi siempre superfluo- para calificar lo que pertenece a la parte práctica de la medicina (expediente clínico, análisis clínico, historia clínica, sábana clínica) y, también, el conjunto de manifestaciones de una enfermedad (la clínica de la neumonía) y otros.

La etimología alude a la cama en la que se postra el enfermo pero obviamente el concepto la trasciende. No se limita a lo que el médico realiza ante la cama del doliente pero sí se circunscribe a lo que tiene que ver con su atención directa. La clínica es, entonces, la parte práctica de la medicina en su visión más tradicional.

El doctor Ignacio Chávez identificaba a la clínica con la medicina misma:

"Clínica fue la medicina al nacer y clínica será siempre. De otro modo no sería medicina. Porque la medicina es eso, medicina clínica. Lo demás puede ser ciencia, pero sin clínica no es medicina. La consulta médica significa no sólo el deseo

*de acabar con la molestia orgánica, sino segar el temor escondido, la angustia inconfesable"*¹⁹

La época contemporánea

Al considerar el papel del clínico clásico en la época contemporánea, conviene delinejar algunas de las características de ésta, las que se enlistan en el cuadro I.

Nunca en la historia, el avance científico y tecnológico había sido tan vertiginoso, con un rapidísimo recambio de conocimientos. Si bien también el avance normativo y ético lleva una pendiente ascendente, ha sido insuficiente para regular plenamente la aplicación de los progresos científicos de tal manera que la brecha entre ambas pendientes, la del avance científico y técnico y la del avance normativo y ético, se va ampliando. Esto significa que el médico contemporáneo enfrenta frecuentemente situaciones inéditas, acerca de las cuales carece de referentes y se puede sentir desarmado para tomar decisiones. Por otro lado, al ser tan corta la vigencia del conocimiento, las verdades de hoy no son necesariamente las de mañana, con lo que se exige no sólo actualización sino flexibilidad.

La tecnología ha impuesto su marca en la medicina contemporánea. Nunca antes se había obtenido tal precisión y exactitud, ni se había logrado tal alcance en el diagnóstico y la terapéutica o se había tenido acceso a tantas soluciones reales para los problemas de los pacientes. Pero esto tiene sus sombras, por ejemplo, la atrofia de la clínica por desuso, la tecnificación del médico en el sentido de que se está convirtiendo en un manejador de artefactos, la dependencia excesiva de la tecnología al grado de esclavizarse a los aparatos y a los proveedores de consumibles y de paralizarse cuando el equipo se descompone o se somete a mantenimiento y, el aumento de los costos de la atención médica. Aunque el diagnóstico suele surgir a partir de la anamnesis y el examen físico con el complemento de exámenes adicionales, desde la uroscopia y el examen visual del excremento que caracterizaron una época, se planteó la posibilidad de conocer los males del paciente sin examinarlo. El diagnóstico sin haber examinado al enfermo tiene su antecedente en métodos como la uroscopia en la que tan sólo se observa la orina, o en el examen visual del excremento que caracterizó a una época. La relación médico paciente hoy se ha visto interferida por la interposición de la máquina y por la confianza excesiva en los recursos tecnológicos.

El cambio demográfico significa mayor probabilidad de tener pacientes de mayor edad en los que son comunes la comorbilidad, la polifarmacia, la acumulación de daños en individuos más desvalidos y con menor capacidad para enfrentar las agresiones del ambiente y de contender con sus males. El proceso de envejecimiento interactúa con los mecanismos de enfermedad e impone modalidades peculiares.

El movimiento de la medicina basada en evidencias ha relegado la intuición, la experiencia no sistematizada y hasta ciertas inferencias derivadas del conocimiento básico y las supeditas a la comprobación empírica. Se abandona el dogma, repetido por maestros y textos durante años y reedicio-

nes; se relativizan las inducciones, deducciones y analogías, otorgando supremacía sólo a lo que ha sido probado y validado. Pero además, con esta propuesta, se tiende a reducir el tiempo que transcurre entre la generación del conocimiento y su aplicación lo que, en otras épocas, era excesivamente largo, a lo que puede atribuirse no pocas muertes y secuelas que pudieron haberse evitado en la medida en que ya existía el conocimiento para hacerlo.

Muchos de los avances que hoy en día se aplican a la atención de los pacientes provienen de disciplinas ajenas a la medicina de modo que se requiere acechar lo que esté ocurriendo en otros campos. La informática no sólo ha logrado imprimir una nueva dinámica a la atención de los enfermos sino que ha multiplicado las oportunidades de acceso a la información y ha vuelto innecesario o superfluo acumular los conocimientos médicos en la memoria.

La sociedad se ha vuelto más participativa y exigente; desconfía de la autoridad y del médico que la representa. El público no sólo ha hecho conciencia de sus derechos sino que exige ejercerlos y hasta se ha vuelto beligerante y agresivo. El doctor Bernard Lown, médico premio Nobel de la paz, lo expresa en su libro *"The lost art of healing"*,⁴ de la siguiente manera:

“...Difícilmente pasa un día sin un avance científico importante. Muchas de las enfermedades anteriormente fatales son ahora curables. La gente vive más tiempo y más saludablemente que nunca. Sin embargo, la insatisfacción de los pacientes con los médicos nunca ha sido más importante. Aún cuando los médicos cada vez son más capaces de curar las enfermedades y prolongar la vida, el público se ha vuelto sospechoso, desconfiado, receloso e, incluso, antagónico a la profesión... La profunda crisis de la medicina, según yo creo, está relacionada sólo parcialmente con los costos excesivos, ya que el problema trasciende lo económico. Desde mi punto de vista, la razón básica es que la medicina ha perdido su rumbo, si no es que su alma. Un pacto implícito entre médico y paciente, santificado por milenios, está rompiéndose...”

Por otra parte, la misma Organización Mundial de la Salud ha señalado que el recurso más importante para la atención a la salud es el autocuidado, con lo cual se reconoce la crucial importancia de la educación para la salud y del empoderamiento del paciente para preservar su salud y atender sus enfermedades, lo que supone un tipo de paciente diferente del obediente procesador de las órdenes del médico que ha sido tradicionalmente.

También se va perfilando como propio de nuestra época que la publicidad de productos o servicios para la salud se puede dirigir específicamente a los pacientes, a modo que presionen a los médicos para su prescripción. Aquel viejo anuncio que clasificaba cierta literatura como “exclusiva para médicos” ha pasado a la historia. El público de hoy tiene acceso a toda la información médica y la única barrera parece ser el léxico técnico que muchos legos ya dominan.

No se puede ejercer la medicina sin una conciencia de los costos, los cuales en otras épocas se valoraban como relativamente poco importantes. El acceso de muchos enfermos a la atención médica y la probabilidad de que se completen

ciertas terapéuticas están vinculados a los costos. Ante alternativas igualmente efectivas, hoy se tiene que optar por la de menor costo.

La organización de los servicios de salud también ha cambiado de una manera substancial. A los médicos nos ha costado trabajo insertarnos armónicamente en los nuevos esquemas y más bien tendemos a añorar los antiguos. Se percibe una muy clara tendencia hacia la medicina ambulatoria que para algunos presagia el ocaso del hospital; el clínico contemporáneo ha de ser más ambulatorio que hospitalario. A pesar de ello, su formación se sigue realizando primordialmente con pacientes hospitalizados. Hemos sido formados bajo el modelo de la enfermedad aguda y hoy tienden a dominar los pacientes con enfermedades crónicas. Cada vez está más claro que no es sólo la duración lo que distingue a los dos tipos de enfermedades, que la enfermedad crónica no puede verse como una aguda que se prolonga sino que tiene sus peculiaridades y que la educación del paciente es más importante que la prescripción por el médico.

Aunque siempre han existido medicinas alternativas (o alternativas de la medicina) la sociedad contemporánea ha manifestado cierta predilección por algunas de ellas, no necesariamente en relación con su efectividad sino con aspectos más intangibles como que atienden determinadas necesidades que han sido menospreciadas por muchos clínicos científicos.

Nuestra época empieza a imponer la certificación de productos, infraestructura o servicios como una garantía de calidad para el público, situación que es también inédita en la historia de la clínica.

El médico como ser humano

Por mucho tiempo se negaron al médico las prerrogativas de un ser humano. Todo era sacrificio, apostolado, entrega y renuncia de sí mismo. Hablar de los derechos de los médicos era un tema tabú. Sólo recientemente se ha reconocido la condición humana del médico,⁵ lo que implica que tiene intereses, sentimientos, actitudes, apreciaciones, valores y emociones, que puede experimentar temores y deseos, compasión, lástima, amor y odio, que es también un ser sensible, reactivo, afectivo, con ambiciones y pasiones, condiciones todas que, ciertamente, pueden interferir con su desempeño profesional.

Lo que la época contemporánea ya no permite

Muchas cosas que caracterizaban a la práctica clínica del pasado resultan hoy por hoy obsoletas o inconvenientes. Por ejemplo, ya los médicos no se pueden mantener actualizados simplemente leyendo el principal *Journal* de la especialidad, ni es necesario mantener toda la información médica en la memoria puesto que no sólo sería imposible sino innecesario ante las facilidades de acceso a la información. Tampoco se pueden imponer conductas a los pacientes, en la medida en que éstos han hecho conciencia de sus derechos y que sean

competentes para ejercer su autonomía. Las decisiones ya no se pueden basar en intuiciones sino que tienen que ser resultado de un proceso que pondera las alternativas y los desenlaces previstos. En otros tiempos, las discusiones concluían cuando alguno de los expertos invocaba su experiencia como argumento, contra la cual no podían oponerse otro tipo de consideraciones. Los diagnósticos surgen ahora de un análisis ponderado de las expresiones clínicas vistas en conjunto y nunca más de un solo signo o de indicios no validados. No se puede ya más considerar a la comorbilidad como la suma aritmética de las enfermedades que la conforman ni la polifarmacia como la suma de los efectos de los medicamentos; en ambos casos, existen influencias recíprocas que modifican el resultado. Ya no es válido excluir a los pacientes de las decisiones, no sólo por respetar su derecho a la autodeterminación sino porque al considerar su punto de vista se obtienen mejores resultados prácticos. Tampoco se puede mantener un lenguaje secreto ni limitar el acceso del público a la información técnica. Hoy estamos obligados a tomar en cuenta los aspectos subjetivos del paciente, como sus prejuicios y creencias, sus expectativas, valores y principios. Dado que los médicos actuales fuimos formados en el modelo de la enfermedad aguda, tendemos a considerar a las enfermedades crónicas bajo esta idea, asumiendo que son simplemente enfermedades agudas que se prolongaron; hay muchos argumentos para sustentar que la enfermedad aguda y la crónica no sólo difieren en el tiempo de evolución. Los costos habían venido soslayados por los médicos; hoy no se puede ejercer la profesión eficientemente sin tomarlos en cuenta. A pesar del auge de las guías y algoritmos, una característica de hoy es la necesidad de flexibilizar los esquemas para adaptarlos a los individuos. Los derechos de los médicos fueron considerados un tema tabú; hoy se habla con libertad de ellos y se admite que el médico es también un ser humano, con todas sus virtudes y todos sus defectos.

Además del modelo tradicional de relación médico-paciente, inspirado en Hipócrates y sustentado en el paternalismo, han surgido otros como el contractual (usuario-prestador), el legalista (cliente-profesionista), el económico (consumidor-proveedor), el consensual (basado en acuerdos convencionales), el ingenieril (lego-científico) y el colegial que es más bien una aspiración en tanto que considera que médico y paciente son colegas, el primero experto en enfermedades y tratamientos, y el segundo experto en su padecimiento.

Han surgido para el clínico contemporáneo nuevas responsabilidades. Ya no es sólo ofrecer un diagnóstico, un pronóstico y una terapéutica. Hoy hay que explorar las expectativas de los pacientes, de modo que si son razonables, ¿por qué no complacerlas? Y, si son excesivas, acotarlas desde el principio. Hay que satisfacer no sólo las demandas sino las necesidades de los pacientes; esto significa que hay que incluir en las responsabilidades del médico el diagnóstico de tales necesidades, lo cual no es nada sencillo. El clínico contemporáneo no puede limitarse a resolver los problemas del paciente pues éstos inciden sobre la familia y la sociedad; la atención de un diabético, por ejemplo, no puede soslayar las recomendaciones para evitar los malos hábitos en sus hijos. El profesional tiene que identificar qué

tan competente es el paciente, no sólo para permitirle ejercer su autonomía sino para estimar su capacidad para contender con su enfermedad. Seleccionar el modelo de relación médico-paciente más apropiado para el caso, entender el más amplio contexto de la práctica profesional, conocer el modelo de salud-enfermedad del paciente y trabajar con él en la consecución de logros en salud, utilizar las nuevas tecnologías en favor del paciente y perfeccionar las habilidades de comunicación.

Limitaciones de la clínica

La clínica tradicional supone ciertas ventajas sobre las nuevas tecnologías, particularmente para satisfacer las necesidades afectivas de los pacientes, el respeto a la individualidad, flexibilidad, economía, calidez, trato personalizado y otras; sin embargo, hay que reconocer que tiene limitaciones obvias. Hay una participación excesiva de elementos subjetivos que suponen sesgos, su precisión y exactitud suelen ser restringidas, requiere de inversión excesiva de tiempo, es de difícil dominio y la mayor parte de los signos y maniobras que maneja han sido insuficientemente validados.

La clínica del siglo XXI

En estas circunstancias se impone la necesidad de pensar en una nueva clínica, que preserve lo valioso, deseche lo obsoleto, valide lo impreciso e incorpore armónicamente y oportunamente los avances científicos y tecnológicos para ofrecer a cada paciente la mejor alternativa existente.⁶ Los contenidos no están aún definidos; aquí tan sólo se esbozan algunos.

Esta clínica del siglo XXI se empezó a construir a principios del siglo XX con William Osler y han contribuido a su edificación diversos pensadores, entre ellos, Jerome Kassirer, Archibald Cochrane, David Sackett y, sobre todo, Alvan Feinstein. Hoy se tiende a una medicina más individualizada, personal, preventiva, predictiva y anticipatoria. La nueva clínica supone:

- tener un enfoque crítico ante la tecnología emergente, sin deslumbramientos ni subordinaciones,
- recuperar el papel central del paciente, pues apenas estamos emergiendo de una época en la que el protagonista ha sido el médico, buscar exhaustivamente la mejor alternativa existente para cada caso,
- abandonar todo lo que no ha demostrado ser efectivo; modernizar el catálogo de signos y maniobras, desechar ya los obsoletos y reafirmando el uso de los validados,
- incorporar ciertos avances conceptuales tales como las ciencias de la complejidad⁷ para explicar fenómenos como la comorbilidad, la polifarmacia, la multicausalidad,⁸ y la interacción entre los procesos de envejecimiento y de enfermedad,
- aprender a confrontar la incertidumbre,
- armonizar con las nuevas realidades sociales, elegir las estrategias más parsimoniosas que produzcan los mejores resultados y aplicar oportunamente los avances, tanto disciplinarios como transdisciplinarios.

En el cuadro II se enlistan algunas diferencias entre el clínico clásico y el del siglo XXI.

Epílogo

La evolución de la medicina, en tanto ciencia y actividad práctica, ha conducido a circunstancias que han sido difíciles de aceptar por los clínicos. Por un lado, los avances científicos son demasiado rápidos para acecharlos y utilizarlos de inmediato; los desarrollos tecnológicos nos han deslumbrado y tendemos a rendirles culto y volvemos sus obedientes esclavos; por el otro, los cambios sociales han resultado demasiado drásticos, demasiado opuestos a una visión que data de al menos 2500 años. En estas condiciones el clínico contemporáneo se debate entre la tradición y la modernidad, entre lo que aprendió en la escuela y lo que le enseña la vida, entre su propia necesidad y las de los pacientes, entre su

enfoque y el de los enfermos y su familia, entre las recomendaciones frías y las necesidades afectivas de los pacientes. El cuerpo de conocimientos de la nueva clínica está aún por escribirse. Ésta es sólo una modesta llamada de atención.

Referencias

1. Chávez I. Humanismo médico, educación y cultura. UNAM. México. 1980.
2. Johannesson K. Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo. Ed. Melusina. España 2006.
3. Chávez I. Op cit.
4. Lown B. The lost art of healing. Ballantine Books. Nueva York 1987.
5. Gómez-Estebar R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Editorial Fundamentos. Madrid 2002.
6. Schattner A. Clinical paradigms revisited. MJA 2006;185:273-275.
7. Ruelas-Barajas E, Mansilla R. Las ciencias de la complejidad y la innovación médica. Plaza y Valdés. México 2005.
8. Ruelas-Barajas E, Mansilla R, Rosado J. Las ciencias de la complejidad y la innovación médica. Ensayos y modelos. UNAM. México. 2006.