

# Vigencia y obsolescencia de la clínica

*Alberto Lifshitz Guinzberg<sup>a</sup>*



Fotos: Archivo

## INTRODUCCIÓN

El encuentro entre el paciente individual y el médico individual para trabajar en favor de la salud del primero constituye la esencia de la clínica. Es una actividad ancestral, que tiene sus raíces en el origen mismo de la profesión médica<sup>1</sup>, pero que alcanzó un refinamiento en las escuelas de medicina europeas de hace unos 200 años. Se deconstruye en componentes que, aunque conforman una práctica integrada, abarcan estrategias diferenciadas: acercamiento y comunicación, recolección de información, su procesamiento, inferencias diagnósticas y terapéuticas, estimaciones pronósticas, toma de decisiones, acompañamiento, vigilancia y ajustes. Con el desa-

**Tabla 1.** Algunas características de la clínica tradicional

|                                       |
|---------------------------------------|
| Reactiva                              |
| Asimétrica                            |
| Rígida                                |
| Anecdótica                            |
| Empírica                              |
| Estereotipada                         |
| Dependiente de la destreza individual |
| Caprichosa                            |

rollo portentoso de la tecnología y el refinamiento de los procesos cibernéticos se ha puesto en duda qué tan vigente u obsoleta es la clínica tradicional en una época como la que estamos viviendo. Este escrito pretende revisar los argumentos en uno y otro sentido para dar significado a una postura crítica sin prejuicios ni deslumbramientos.

## LA CLÍNICA TRADICIONAL

El análisis de algunas de las características de la clínica tradicional sirve como referente para contrastarlas con las necesidades y tendencias de la época contemporánea (**tabla 1**).

La clínica clásica ha sido reactiva, es decir, es el paciente quien tiene que tomar la iniciativa y

<sup>a</sup>Secretaría de Enseñanza Clínica. Facultad de Medicina. UNAM. Ciudad de México.

**Tabla 2.** La época actual, la era...

|                            |
|----------------------------|
| Tecnológica                |
| De la informática          |
| Del conocimiento           |
| Ecológica                  |
| De la bioética             |
| De la información          |
| De la participación social |
| De los estilos de vida     |
| Digital                    |
| De la comunicación         |
| De las redes sociales      |

solicitar la participación del médico. Si no hay este primer paso, difícilmente se establece la relación terapéutica. Con el tiempo también se volvió una actividad rígida, estereotipada, que exige una secuencia invariable: interrogatorio-antecedentes hereditarios y familiares-padecimiento actual, etc. Exige una habilidad que difícilmente alcanzan los novatos a pesar de su empeño, es decir, es una actividad que solo realizan eficientemente los experimentados, vale decir, los viejos o maduros. Se ha basado en una relación médico-paciente totalmente asimétrica, en la que la opinión del paciente ha carecido de valor y tiene que someterse pasivamente a las disposiciones del médico. No ha alcanzado una dimensión científica en tanto que suele ser rutinaria y no reflexiva, y ha aportado relativamente poco al avance de la disciplina. Ha sido empírica, estereotipada y muchas veces basada solo en *deja vu*. Además, con el tiempo se ha burocratizado y judicializado. A pesar de todas estas características, sigue siendo el fundamento de la práctica médica y del servicio que se ofrece a los enfermos, aunque el tiempo ha mostrado la necesidad de que evolucione.

### LA CLÍNICA EN LA FORMACIÓN MÉDICA

La clínica puede verse como la integración (horizontal y vertical) del conocimiento médico, su aplicación a la solución de los problemas del paciente, la expresión sumaria del saber médico y, en teoría, también como una actividad generadora de conocimiento. La proporción de los contenidos curriculares dedicados a la clínica en la licenciatura es, por lo menos, de la mitad, y conforma una

metodología que requieren los egresados más allá del conocimiento técnico. Se suele confrontar a la clínica con la ciencia básica, con la salud pública, con el saber teórico y, sobre todo, con la tecnología. Para algunos, la tecnología moderna ha vuelto innecesaria la clínica tradicional (al menos una parte de ella) pues la supera en precisión, exactitud, objetividad, rapidez y confiabilidad, y este enfoque supone el riesgo de abandonar u olvidar esta competencia, específicamente médica, para convertirnos en manejadores de artefactos y dispuestos a acatar sus productos sin someterlos a ninguna crítica.

El propósito de este escrito no es precisamente contrastar las aportaciones de la clínica tradicional con las de la tecnología moderna, pues en realidad ambas son complementarias. De hecho, la clínica contemporánea incorpora la tecnología (y otros desarrollos) y se constituye en una nueva clínica<sup>2</sup>. Las cualidades de un buen clínico no han cambiado en su esencia, pero ahora se incorpora la capacidad de aprovechar los avances científicos y tecnológicos en provecho del paciente y, desde luego, no en sustitución de la actividad propedéutica tradicional.

### CARACTERÍSTICAS DE LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA

Las condiciones en que se ejerce la clínica hoy en día difieren por supuesto de aquellas en las que se originó y desarrolló esta actividad. Algunas de estas condiciones contemporáneas se muestran en la **tabla 2**.

Ciertamente hoy vivimos la era tecnológica en la que muchos asuntos se atienden mediante herramientas tecnológicas. Sus aportaciones a la práctica clínica han sido inconmensurables: hoy se puede atender a un enfermo a muchos kilómetros de distancia, se pueden visualizar sus órganos y sus lesiones con suficiente precisión, se puede acceder a sus tejidos mediante una simple punción, el número de variables que mide el laboratorio es casi infinito, podemos identificar razonablemente los riesgos y actuar directamente contra ellos, es posible hacer un monitoreo continuo de variables mediante sensores corporales, administrar automáticamente medicamentos ante señales de cambios críticos en las variables, fabricar prótesis a la medida



mediante impresoras 3D y como estas hay muchas otras ventajas. Ciertamente ello ha tenido sus inconvenientes: la atención médica se ha vuelto más costosa, más deshumanizada, el médico clínico ha descansado excesivamente en la tecnología, tiene el riesgo de perder algunas habilidades específicamente médicas relacionadas con la propedéutica, se ha vuelto dependiente de los artefactos y suele paralizarse cuando no cuenta con ellos. La aspiración es, ahora, a sacar el debido provecho de esta tecnología en favor de los pacientes, tener una actitud crítica, sin deslumbramientos, e incorporarla en la clínica cotidiana, armónicamente, sin esclavizarse a ella.

La nuestra es también la era de la participación social. Si bien en la historia ha habido revoluciones diversas, las participaciones relacionadas con la salud son relativamente recientes. Se ha ido creando una cultura de las demandas y reclamaciones, muchas veces alentadas por quienes viven del conflicto; los pacientes y la sociedad civil se han organizado para exigir que se respeten sus derechos mediante diversas formas de presión. Esto se corresponde con

la llamada medicina defensiva que en algunos países forma ya parte de la práctica clínica cotidiana, y en la que se solicitan estudios o se hacen procedimientos no tanto para beneficiar a los pacientes como para proteger a los médicos de eventuales demandas y reclamaciones<sup>3</sup>.

El movimiento de la bioética ha generado consideraciones que impactan directamente en la práctica clínica, a través de la ética clínica, la que había permanecido estancada por décadas simplemente atendiendo a una normativa basada en documentos, juramentos, declaraciones, códigos, pero que ahora tiene que responder a situaciones inéditas que no están en los documentos en cuestión. Ya no basta imitar las conductas ancestrales o las de los demás; hoy se precisa de reflexiones profundas que permitan estar bien con uno mismo.

Las personas hoy en día no enferman tanto como consecuencia de agresiones del medio ambiente como de la conducta que han llevado durante su vida, en los llamados estilos de vida. Esto significa que los caminos no son solo los de la prescripción y la



inmunización, sino modificar la forma de vivir, sacrificando gustos, deseos y libertades, y asumiendo ciertas conductas, a veces forzadamente.

La acumulación de pacientes con enfermedades crónicas también supone un cambio en la práctica de la clínica. Hasta ahora hemos sido formados en el modelo de la enfermedad aguda, en el que el paciente solicita ayuda, el médico le prescribe o lo interviene, y la enfermedad tiende a desaparecer. El abordaje de los pacientes crónicos suele hacerse como si fuesen agudos que se prolongaron, sin considerar un cambio de modelo en el que la educación del paciente es más importante que la prescripción.

La informática y las redes sociales también han imprimido su huella en la clínica cotidiana. El acceso a la información enfrenta al exceso de información<sup>4</sup>. La consulta electrónica es ya una realidad, aunque fuera de regulación. La comunicación horizontal ha revolucionado la posibilidad de enviar mensajes masivos, aunque también ha dado credibilidad a rumores mal intencionados y a noticias falsas, y

ha sido un camino adicional para la promoción y publicidad.

La organización de los servicios también es diferente. Ya no son solo los servicios proporcionados por el estado o por organizaciones caritativas o filantrópicas, ni aquellos de pago por evento, sino que han surgido una variedad de modelos de aseguramiento y de prestación, que los clínicos contemporáneos tienen que incorporar en su desempeño.

En fin, vivimos una época que exige una visión diferente de la clínica en la que los modelos tradicionales tienen aún su lugar, pero también resulta muy claro que en muchos casos es preciso que evolucionen para que se adapten a las nuevas necesidades de los pacientes, al nuevo tipo de paciente, a las diversas formas de organización de los servicios, a las nuevas maneras de entender las enfermedades, a los recursos diagnósticos y terapéuticos modernos, a las recomendaciones bioéticas, al incremento en los costos de los servicios y a otras circunstancias que caracterizan a nuestra época.

## VIGENCIA Y OBSOLESCENCIA

Con lo planteado anteriormente, parece claro que ninguno de los dos términos (vigencia y obsolescencia) tiene un carácter absoluto con respecto a la clínica. Es verdad que varios de los preceptos de la clínica tradicional hoy resultan obsoletos como son la designación de los signos y enfermedades mediante epónimos, la imposición de conductas a los pacientes, las decisiones basadas en intuiciones, el soslayo de los costos, la tendencia a asociar signos y enfermedades con base en impresiones, la elección de terapéuticas en relación con promociones, la rutinización de los procedimientos, etc. Sigue siendo vigente la necesidad de establecer una relación afectiva (y efectiva) con los pacientes, la de lograr una comunicación confiable, la de llevar a cabo una conversación (interrogatorio) apropiada, la de realizar una exploración física sistemática.

Lo que parece más pertinente es considerar que la clínica tiene que modernizarse, preservando lo valioso, eliminando lo superfluo o inútil, y utilizando los recursos tanto tecnológicos como intelectuales que ofrece esta época. Hoy muchos signos y síntomas pueden medirse para manejarse como datos científicos (clinimetría)<sup>5</sup>; los médicos hemos adquirido un compromiso con la adherencia o apego de los pacientes a las recomendaciones que les hacemos y no solo basta con prescribir y dejar a la elección del paciente el seguir o no las recomendaciones<sup>6</sup>; considerar que las enfermedades son multicausales y que los enfoques estrictamente etiológicos en el diagnóstico y tratamiento ya no son siempre posibles; asumir el papel en la moderación del sufrimiento y no solo en la curación de las enfermedades; incorporar las ideas de la complejidad en la atención de los enfermos a propósito, por ejemplo, de la polifarmacia, la comorbilidad; reconocer el limitado valor de las medidas terapéuticas aisladas; reconocer la contemporaneidad de las enfermedades y los procesos de envejecimiento y desarrollo; elegir procedimientos validados científicamente; respetar la autonomía de los pacientes y tomar en cuenta sus deseos, temores, prejuicios y aprensiones<sup>7</sup>; tener conciencia de los costos y en igualdad de circunstancias elegir la opción menos costosa; comprometerse con la racionalidad y la lógica y no solo con la intuición o la experiencia no

Ninguno de los dos términos (vigencia y obsolescencia) tiene un carácter absoluto con respecto a la clínica. Es verdad que varios de los preceptos de la clínica tradicional hoy resultan obsoletos como son la designación de los signos y enfermedades mediante epónimos, la imposición de conductas a los pacientes, el soslayo de los costos, la rutinización de los procedimientos, etc. Sigue siendo vigente la necesidad de establecer una relación afectiva (y efectiva) con los pacientes, la de lograr una comunicación confiable, la de llevar a cabo una conversación (interrogatorio) apropiada, la de realizar una exploración física sistemática.

sistematizada; trabajar en equipo y organizaciones; adaptarse al contexto; asumir plenamente la responsabilidad en la atención de los pacientes; elegir el modelo de relación médico-paciente más apropiado para cada caso; atender no solo las demandas de los pacientes sino también sus necesidades y expectativas; reconocer las propias limitaciones y solicitar ayuda o referir a los pacientes en caso necesario; incidir en los aspectos familiares y laborales; procurar actuar anticipadamente y reconocer la prioridad de los pacientes en las decisiones. ●

## REFERENCIAS

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una mirada a la arqueología médica. México: Siglo XXI Editores; 2007 (publicación original 1963).
2. Lifshitz A. La nueva clínica. Academia Nacional de Medicina México. CONACYT; 2013.
3. Sánchez-González JM, Tena-Tamayo C, Campos-Castolo EM, Hernández-Gamboa LE, Rivera-Cisneros AE. Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Ciruj*. 2005;3:199-206.
4. Lifshitz A. La paradoja del acceso a la información. *Gac Méd Méx*. 2014;150:277-78.
5. Ponce de León S. Alvan Feinstein o el renacimiento de la clínica. *Salud Pública de México*. 2002;44:1.
6. World Health Organization. Adherence to long term therapies. Evidence for action. WHO. 2003.
7. Durand G. What is patient autonomy? *Soins Gerontol*. 2016;21:14-9.