



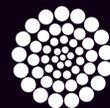
150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

LA NUEVA CLÍNICA

Alberto Lifshitz



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA NUEVA CLÍNICA



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA NUEVA CLÍNICA

Alberto Lifshitz



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

DERECHOS RESERVADOS © 2014, por:
Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.
Aguilar y Seijas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

LA NUEVA CLÍNICA, primera edición

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-422-4

Advertencia

Debido a los rápidos avances en las ciencias médicas, el diagnóstico, el tratamiento, el tipo de fármaco, la dosis, etc., deben verificarse en forma individual. El(los) autor(es) y los editores no se responsabilizan de ningún efecto adverso derivado de la aplicación de los conceptos vertidos en esta publicación, la cual queda a criterio exclusivo del lector.



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez
Dirección editorial

LDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

LDG Marcela Solís
Diseño y diagramación de interiores

DCG Marco A. M. Nava
Coordinación de proyectos

J. Felipe Cruz Pérez
Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Alberto Lifshitz

Medicina Interna

Secretario de Enseñanza Clínica de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Academia Nacional de Medicina

Academia Mexicana de Cirugía

Academia Nacional de Educación Médica

V



CONTENIDO

Presentación	XIII
Agradecimientos	XVII
1. Fundamentos de la clínica	1
La clínica clásica	3
La vocación clínica	6
Las decisiones clínicas	7
<i>Elementos de las decisiones</i>	9
Razonamiento clínico	10
<i>Razonamiento diagnóstico</i>	11
<i>Razonamiento terapéutico</i>	14
<i>Razonamiento pronóstico</i>	15
<i>Conclusión</i>	16
El currículum clínico	16
<i>El acercamiento al paciente</i>	17
<i>La recolección de información</i>	18
<i>El análisis de la información</i>	18
<i>Procedimientos clínicos</i>	19
<i>Razonamiento clínico</i>	19
Las humanidades y el humanismo	19
Filosofía de la clínica	22
<i>Méritos</i>	24
<i>Dialéctica e incertidumbre</i>	27
<i>Las vivencias de la enfermedad</i>	28
El lenguaje clínico	29

2. La época contemporánea 35

Características	37
<i>Cambios en la expresión de las enfermedades</i>	41
<i>Nuevas ideas sobre la enfermedad</i>	42
<i>Antes mortales, hoy crónicas o curables</i>	43
<i>La influencia de los factores ambientales</i>	45
<i>Consecuencias del incremento en la esperanza de vida</i>	45
<i>Los efectos iatrogénicos</i>	45
Las nuevas formas de organización de la atención médica	47
<i>Los tres participantes del sistema</i>	48
<i>Dinámicas de las organizaciones de salud</i>	49
<i>Conclusión</i>	58
El nuevo paciente	59
<i>El papel del paciente en la atención de la salud</i>	60
<i>El autocuidado de la salud</i>	62
<i>La solicitud de atención</i>	63
<i>El acceso a la información médica</i>	64
<i>La elección de la terapéutica</i>	64
El paciente en la enseñanza de la clínica	66
La enfermedad crónica	68
“Comorbilidad”. La asociación de enfermedades	70
La relación médico-paciente	72
<i>El modelo tradicional</i>	72
<i>El nuevo paciente y la regulación social de la práctica</i>	73
<i>Los nuevos modelos</i>	74
<i>La elección del médico por el paciente</i>	75
<i>El médico como persona</i>	76
<i>El paciente difícil</i>	76
<i>Limitaciones del paciente</i>	78
<i>Las malas noticias</i>	78
<i>Peculiaridades conductuales</i>	79
<i>El médico como paciente</i>	79

<i>Algunos lineamientos para relacionarse</i>	
<i>con pacientes difíciles</i>	79
<i>Interpósitos</i>	80
<i>Necesidades, demandas y expectativas</i>	81

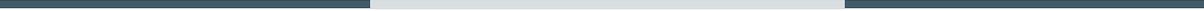
3. La nueva clínica 87

Los artífices de la nueva clínica	89
El nuevo clínico	91
<i>El médico como ser humano</i>	92
<i>El clínico del siglo XXI</i>	93
Complejidad en la clínica	94
<i>La complejidad como estrategia pedagógica</i>	99
Clinimetría y la nueva clínica	100
¿Padecimiento o enfermedad?	102
Anticipación	104
Medicina basada en evidencias	107
¿Interrogatorio o entrevista?	113
El valor de lo subjetivo	114
Medicina narrativa	115
La nueva clínica y la buena prescripción	118
Adherencia (apego)	121
Medicina defensiva	125
Iatrogenia	128
La ética y la nueva clínica	132
<i>Algunos conflictos del estudiante de medicina</i>	133
<i>La ética y el docente</i>	136
<i>El médico y la industria farmacéutica</i>	137
<i>Intereses en conflicto</i>	137
<i>Algunos dilemas</i>	138
La informática y la clínica	139
<i>El valor de la información para los médicos</i>	141

<i>Expediente electrónico (Computer-Based Patient-Record System; CPR)</i>	142
<i>Intercambio de información a través de redes</i>	143
<i>Sistemas para la administración de la atención médica (administración del consultorio o del hospital)</i>	143
<i>Diseminación y recuperación de información</i>	144
<i>Sistemas de monitoreo de los pacientes</i>	145
<i>Procesamiento electrónico de imágenes</i>	145
<i>Sistemas de apoyo a las decisiones clínicas</i>	145
<i>Computadoras en la educación médica</i>	146
<i>Bioinformática</i>	146
<i>El síndrome relacionado con la computadora (Computer-related syndrome; CRS)^a</i>	147
<i>La ética en la medicina por Internet</i>	147
<i>La regulación, la libertad y sus límites</i>	149
<i>e-Medicina</i>	151
<i>La propiedad de la información</i>	152
<i>Código de ética</i>	153
<i>Las comunidades virtuales</i>	153
<i>Inequidad</i>	154
<i>Las redes sociales</i>	154
Heurísticos	155
<i>Varietades de heurísticos</i>	157
El pronóstico	159
<i>Responsabilidades de los médicos en la predicción</i>	160
<i>Factores pronósticos</i>	161
<i>El pronóstico de la enfermedad</i>	162
<i>El pronóstico del paciente</i>	163
<i>La verdad y la mentira piadosa</i>	164
Medicina personalizada	165
Medicina translacional	168
<i>Translacional</i>	169

^a Smith RD, Garske ST. CRS. Computer Related Syndrome. The prevention and treatment of computer-related injuries. New York: Prometheus Books; 1997.

<i>Los fundamentos de la medicina clínica</i>	170
<i>Los mundos de la clínica y de la ciencia</i>	171
<i>La incomunicación</i>	172
<i>Validez externa</i>	173
Epílogo	175
Referencias	176



PRESENTACIÓN

*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 aun obligado que el ejercicio de la profesión
esté acorde con 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 interesa
al médico más que su educación científica,
el culto de la máquina más que el uso del cerebro.”*

Ignacio Chávez¹

XIII

En los cincuenta años que me ha tocado ejercer la medicina clínica ha habido cambios tan importantes que se distinguen dos formas diferentes de ejercer la profesión, la del principio y la del final de ese periodo.

Y no me refiero a cambios instrumentales —que los ha habido muchos relacionados con la aplicación de modernos métodos a la solución de los problemas de siempre—, sino a cambios conceptuales que harían difícil ejercer hoy en día a un clínico de mediados del siglo xx. A pesar de ello, muchos profesores siguen enseñando la clínica tradicional, que tiene sin duda virtudes y ventajas, pero que ciertamente no saca provecho de las circunstancias contemporáneas. Esta presentación no aspira a ser un catálogo de los cambios que ha sufrido la profesión de clínico ni hacer énfasis en los aspectos técnicos que ha implicado; tampoco se trata de una posición crítica o nostálgica (aunque necesariamente hay elementos de ambas) sino dejar una constancia de cómo es la clínica de hoy,

intentando no aplicar juicios de valor, como un testimonio para los lectores de ahora y del futuro.

XIV

No se intenta hacer una apología de lo moderno y relegar como inservible todo lo que se hacía antes, ni de prejuzgar que ‘todo tiempo pasado fue mejor’, sino de argumentar por qué se puede hablar de una nueva clínica que, por supuesto sólo será nueva por un corto tiempo. Tampoco tiene intenciones prescriptivas, como la de decirle a los colegas lo que tienen que hacer si quieren modernizar su práctica, sino tratar de identificar los elementos de la clínica contemporánea para explorar si se puede, en efecto, hablar de una nueva clínica, contrastada con la clásica o tradicional. No todo lo que aquí se lista es estrictamente nuevo; hay muchos elementos de la clínica tradicional que han sido razonablemente validados; otros cambios se han ido incorporando paulatinamente desde hace varios años. El criterio para incluirlos es su vigencia, la que por supuesto no será eterna y varios componentes desaparecerán pronto. Claro está que faltarán muchas cosas, que otras estarán muy deficientemente descritas, otras apenas esbozadas, pero en conjunto pueden dar una idea de que esta nueva clínica necesita ser delineada, y aunque seguramente habrá muchas personas que lo harían mejor, hasta ahora no lo han hecho, y por eso he asumido esta iniciativa.

Esta nueva clínica supone preservar lo valioso, desechar lo obsoleto, validar lo impreciso e incorporar armónicamente los avances científicos y tecnológicos, oportunamente, para ofrecer a cada paciente la mejor alternativa existente. Los contenidos no están aún totalmente definidos; aquí tan sólo se esbozarán algunos. La temática se inscribe en lo que se suele llamar “Teoría clínica” y abarca aspectos humanísticos relacionados con el profesionalismo y la ética, con la aplicación del conocimiento científico a la atención de los pacientes y con la propuesta de métodos más eficientes para ello.

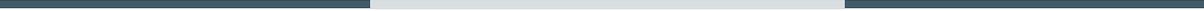
Esta clínica del siglo **xxi** se empezó a construir a principios del siglo **xx** con William Osler, y han contribuido a su edificación diversos pensadores, entre ellos, Jerome Kassirer, Archibald Cochrane, David Sackett y, sobre todo, Alvan Feinstein. Hoy se tiende a una medicina más individualizada, personal, preventiva, predictiva y anticipatoria. La nueva clínica supone 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 opción para cada caso; abandonar todo lo que no ha demostrado ser efectivo; modernizar el catálogo de signos y maniobras, desechando ya los obsoletos y reafirmando el uso de los validados; incorporar ciertos avances conceptuales como las ciencias de la complejidad para explicar fenómenos como la comor-

bilidad, la polifarmacia, la multicausalidad, 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. No se trata de marginar los procedimientos tradicionales de la clínica. Más aún, recientemente ha surgido una nueva publicación periódica, el *Journal of Clinical Examination*² que testimonia la vigencia de los procedimientos clínicos.

Tal vez pueda concretarse la propuesta en dos vertientes: una de recuperación del humanismo, que aspira a superar al inspirado en la caridad y la benevolencia para centrarse en el respeto al paciente; la otra en su nueva relación con la ciencia y con el proceder de las innovaciones metodológicas y técnicas.

En resumen, hay una nueva clínica porque hay avances científicos y tecnológicos notables, porque la sociedad ha cambiado, porque el paciente es diferente, porque la organización de los servicios es distinta, porque hay métodos y procedimientos renovados, porque los objetivos se han definido mejor, porque hemos aprendido a prescindir de lo superfluo y porque se ha redimensionado la condición humana de la práctica clínica.

XV



AGRADECIMIENTOS

Ningún texto es un producto personal. En todos existen las influencias de lo que se ha leído, muchas veces referido en la bibliografía y otras no, ya sea porque no se recuerda en donde se leyó o ni siquiera si se leyó. A los autores de las referencias bibliográficas el agradecimiento está implícito; a los otros, anónimos o no identificados, que quede aquí la constancia de gratitud. Pero también aprovecho este espacio para reconocer la influencia de muchas personas a través de sus conversaciones, ejemplos, sugerencias y críticas. Siempre es riesgoso identificarlos con sus nombres porque necesariamente es una lista incompleta, pero no sería justo soslayarlos. Sin que el orden signifique una jerarquía, agradezco a Fernando Laredo, siempre innovador y crítico; a Manuel Ramiro con quien he conversado mucho sobre esto; a mi esposa Herlinda Dabbah, Doctora en Letras, compañera de toda la vida, inspiración personal y crítica generosa de quienes somos profesionales de la medicina; a Alfredo Quiñones con quien compartí algunos años las reflexiones en torno a la profesión de clínico; a Horacio Jinich, modelo y ejemplo de clínico de todos los tiempos; a Luis Cervantes (qepd), otro modelo y ejemplo; Franklin Libenson, Raúl Ariza, Niels Wachter, Ma. Eugenia Galván, Haiko Nellen, Lydia Zerón; a José Halabe, cuya generosidad permitió mi desarrollo; en recuerdo de Maru Trejo quien por mucho tiempo ordenó mi vida y de Francisco Suárez Núñez, malogrado prematuramente cuando sólo nos había dado unas muestras de su enorme potencialidad. Juan Talavera, alumno de Feinstein y decidido impulsor de la nueva clínica. Alejandro Santana, siempre creativo y preocupado por el aprendizaje clínico; Melchor Sánchez Mendiola, decidido impulsor de la modernización de la práctica clínica, innovador, laborioso,

emprendedor y siempre a la vanguardia. Carlos Varela, mi maestro y guía, siempre discreto pero agudo observador; Octavio Rivero, incansable promotor del pensamiento reflexivo. En recuerdo del maestro José Laguna, personaje fundamental en la historia de la medicina del siglo xx.

Una constancia de agradecimiento también al Instituto Mexicano del Seguro Social y la Universidad Nacional Autónoma de México, instituciones que me formaron y me dieron la oportunidad no sólo de poner en práctica el aprendizaje sino de aprovechar los espacios para la reflexión y análisis.

A la Academia Nacional de Medicina que acogió este texto como parte de los festejos del CL aniversario.

FUNDAMENTOS DE LA CLÍNICA

*“He aquí, fuera de toda medida,
la extensión del dominio clínico.
“Desentrañar el principio y la causa
de una enfermedad a través de la confusión
y de la oscuridad de los síntomas;
conocer su naturaleza, sus formas, sus complicaciones;
distinguir al primer vistazo todos sus caracteres
y todas estas diferencias;
separar de ella por medio de un análisis rápido
y delicado todo lo que le es extraño;
prever los acontecimientos ventajosos y nocivos
que deben sobrevenir durante el curso de su duración;
gobernar los momentos favorables
que la naturaleza suscita para operar en ella la solución;
estimar las fuerzas de la vida
y la agilidad de los órganos;
aumentar, o disminuir, de acuerdo con la necesidad,
su energía; determinar con precisión cuándo
es preciso actuar y cuándo conviene esperar;
decidirse con seguridad entre varios métodos
de tratamiento los cuales ofrecen
todos ventajas e inconvenientes;
escoger aquel cuya aplicación parece permitir
mayor celeridad, más concordancia,
más certeza en el éxito;
aprovechar la experiencia;
percibir las ocasiones; combinar todas las posibilidades;
calcular todos los azares;
adueñarse de los enfermos y de sus afecciones;
aliviar sus penas; calmar sus inquietudes;
adivinar sus necesidades; soportar sus caprichos;
manejar su carácter y regir su voluntad,
no como un tirano cruel que reina sobre esclavos,
sino como un padre tierno que vela por el destino
de sus hijos.”*

C.L. Dumas³

FUNDAMENTOS DE LA CLÍNICA

La clínica clásica

La clínica clásica se identifica con la tradición europea, principalmente con la francesa y la alemana, aunque coloquialmente se le llama “la clínica francesa”.⁴ Según Foucault⁵ data del siglo XVIII aunque tuvo su auge en los dos siglos siguientes. Se sustenta en la información que procede del relato que hacen los enfermos de sus quejas y sufrimientos, pero también de la que recogen los clínicos con sus sentidos desnudos o con auxiliares elementales. Es una práctica que responde a lo que los pacientes demandan o solicitan; son ellos quienes buscan al médico para que les resuelva sus molestias; mientras el paciente no tenga incomodidades o malestares difícilmente acude al médico, de tal modo que las acciones preventivas o de escrutinio no son terreno de la clínica sino de la salud pública, una actividad diferente. Tampoco suelen atenderse enfermedades asintomáticas ni darse tratamiento a factores de riesgo. La opinión del paciente no cuenta; su participación es, acaso, como informador, pero no se le concede el derecho de declarar sus preferencias o temores; simplemente tiene que disciplinarse a lo que ordene el médico. La entrevista obedece a un formato rígido en el que el paciente tiene que limitarse a lo que le interesa al médico, por supuesto que para poderlo ayudar efectivamente. Se habla de un libre discurso (tribuna libre) pero acaso como una de las maneras de iniciar la relación con el enfermo y para que el médico extraiga de este relato los datos pivote y los desmenuce. Si el enfermo comienza a hablar de otra cosa hay que encauzarlo al redil, aunque en esa otra cosa estén sus verdaderos

intereses y sus expectativas. Incluso se mantiene estrictamente el orden de los apartados de la historia clínica aunque más recientemente se empezó a conceder la posibilidad de obtenerlos en otro orden, aunque al escribirlos hay que hacerlo según lo convenido.

El examen físico también tiene que ser ordenado y completo: empezar por la cabeza y proseguir en sentido descendente hasta la punta de los pies. En principio, no importa cuáles sean los síntomas; en todos los enfermos se debe hacer una exploración completa con todos los medios al alcance. Esta rigidez, este orden, esta secuencia se deben mantener siempre pues ayudan para que no se olvide nada y para que los novatos aprendan.

El éxito del encuentro entre enfermo y médico tiene que ver ciertamente con la satisfacción del paciente pero no siempre vinculada con logros en su salud. La metodología diagnóstica se centra en la semiología, en el análisis cuidadoso de cada signo después de su precisa identificación, en la capacidad para relacionar estos signos entre sí, integrarlos en síndromes o complejos sintomáticos, y de algún modo confirmar con el laboratorio o el gabinete la plausibilidad de lo que se está considerando. Las pruebas complementarias tienen, en efecto, esa función, pero también adquieren la de signos independientes, pues una anormalidad inexplicable se convierte en elemento primordial, en tanto que no resulta inusitado que se deseche toda la información recolectada previamente y se atienda tan sólo a lo que ofrece el laboratorio. Tan importante se vuelve éste que muchos abordajes diagnósticos se limitan a una buena batería de pruebas como ocurre en el célebre *check-up* o chequeo. Con una idea similar nacen los “perfiles” que aprovechan la oportunidad para hacer varias pruebas a la vez, sacando ventaja de que se procesan juntas y puede resultar menos costosas aunque no sirvan.

Pero una característica muy marcada de esta clínica clásica tiene que ver con ciertos indicios que ofrecen el interrogatorio y la exploración y que, sin siquiera una validación elemental, se consagran como elementos clave del diagnóstico. Muchos de éstos se identifican con epónimos en honor al clínico que los describió, pero casi todos ellos no resistieron la prueba de métodos más modernos de validación estadística. Algunos ejemplos son el signo de Murphy, de McBurney, de Giordano, de Osler, de Pitres, Argyl-Robertson, etc. No vale la pena hacer una traducción de cada uno dado que han dejado de tener el valor diagnóstico que se les concedía y cualquier lector interesado puede localizarlos fácilmente en Internet.

Por otro lado, siempre es mejor describir lo que se encontró en el examen, como parálisis pupilar a la luz, dolor a la puñopercusión lumbar, dolor y limitación a la inspiración profunda durante la presión en el hipocondrio derecho, aumento del dolor a la descompresión brusca del abdomen, además de que hay, por ejemplo, varios signos de Osler y seguramente de otros autores.

La clínica francesa mantiene la virtud de conceder al médico la primacía en la obtención de la información y en su interpretación. Lamentablemente en muchos ámbitos de la clínica actual estas capacidades se han sustituido por la utilización de recursos tecnológicos complejos, con lo que han aumentado los costos y se está propiciando que se olvide esta competencia específicamente médica.

En cuanto a la terapéutica, el modelo era igualmente rígido y estereotipado. Las medidas no farmacológicas se expresan en una serie de recomendaciones denominadas genéricamente como “higiénico-dietéticas”, adaptables casi para cualquier enfermedad pues implican reposo, buena alimentación, buen clima y tranquilidad. El ejercicio físico acaso tenía una indicación en ciertos casos concretos, pero se creía más en la inactividad que a veces era la única prescripción, en tanto que muchos casos se sometían a sobrealimentación. La terapéutica farmacológica obedecía al modelo de las enfermedades infecciosas que data de fines del siglo XIX y principios del XX mediante un esquema de tres columnas: en una está el nombre de la enfermedad (diagnóstico nosológico), en la otra el agente causal y en la tercera el medicamento que es capaz de destruir al agente causal. De esta manera, el tratamiento es etiológico, único, dirigido y correspondiente a cada entidad diagnóstica. La responsabilidad del médico, no obstante, se restringe a la prescripción; el resto es responsabilidad del paciente o de la familia. La intervención del médico termina al recetar y acaso al explicar bien lo que se tiene que hacer, pues se parte de que el paciente tiene confianza absoluta en su médico y casi nadie duda que va a seguir las indicaciones puesto que es por su propio bien.

La clínica tradicional es, entonces, reactiva, estereotipada, dependiente de la destreza del médico, rígida, unilateral, anecdótica, empírica y subjetiva. Muchas de estas características se han identificado como inconvenientes y empiezan a ser sustituidas por sus contrarias.

La vocación clínica

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

6

Por esta variedad de funciones, algunos egresados de las escuelas de medicina se dedican a la investigación, otros a la docencia, la salud pública, las diferentes formas de la industria de la salud, la administración o gerencia, las medicinas alternativas, 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 del médico es la de clínico, al grado que cuando simplemente se habla de un médico, sin definir otras características, se le suele identificar con el clínico.

La dedicación a una cierta tarea muchas veces depende de oportunidades más que de vocaciones. Más aún, hay dos teorías de la vocación: una que señala que uno se desempeñará mejor en aquello que le atrae o que le gusta, y la otra dice que a uno le empieza a gustar o atraer aquello en lo que ha aprendido a desempeñarse mejor.

La vocación clínica, sin embargo, exige cualidades y disposiciones que no todos tienen o están dispuestos a adquirir. Algunas de ellas se pueden explorar con las siguientes preguntas:

¿Tienes como prioridad el contribuir al bienestar de otros?

¿Te ves a ti mismo asumiendo la responsabilidad de decisiones que afectan la vida de otra persona?

¿Te sientes capaz de trabajar con horarios irregulares o cambiantes y posiblemente sacrificando tus tardes y tus fines de semana por tu trabajo?

¿Eres capaz de tolerar la incertidumbre?

¿Puedes encontrar alegría en los aspectos ordinarios de la vida de las personas?

¿Puedes trabajar en un ambiente que frecuentemente es atareado y estresante?

¿Eres capaz de mantenerte humilde en una posición que a menudo se caracteriza por prestigio y reconocimiento?

¿Estás motivado para aprender independientemente y mantenerte al día de los avances médicos?

¿Te sientes capaz de reconocer tus limitaciones y solicitar ayuda pertinente y oportuna?

¿Te sientes capaz de ganarte la confianza de los otros, con base en tu honestidad, compasión, autenticidad y disposición?

¿Puedes aceptar las limitaciones de los demás, ya sean económicas, culturales o educativas y adaptar a ellas tus acciones?

La falta de vocación clínica se expresa no sólo en la elección de actividades diferentes, aunque sean relacionadas con la medicina sino en las frustraciones y desadaptaciones que muchos clínicos sufren al ver modificado su proyecto de vida por atender a sus pacientes. El clínico no tendría que enfrentar los conflictos de intereses de otras profesiones, pues su responsabilidad primaria son los pacientes, mientras que todos los otros intereses (dinero, familia, ocio, descanso, diversiones) se supeditan al interés primario.

7

Las decisiones clínicas

Si se pretendiera expresar de manera sumaria las cualidades de un buen médico, probablemente no sería suficiente aludir a su erudición, su retórica, su *curriculum vitae* y ni siquiera a su humanitarismo, sino a su capacidad de tomar las decisiones apropiadas en el momento oportuno. El médico es, fundamentalmente, un tomador de decisiones. A pesar de ello, la enseñanza formal de la medicina ha puesto poca atención en una metodología para tomar decisiones, de manera que esta habilidad se va alcanzando a través de procesos informales en los que el médico, conforme adquiere experiencia va ganando pericia, independientemente de que tenga advertencia del mecanismo por el cual alcanzó este aprendizaje y de la forma en que su mente discurre para tomar decisiones, muchas veces a través de ensayos y errores. Por supuesto que no todos los médicos con experiencia toman decisiones apropiadas en todos los casos, pues pueden caer en sesgos y vicios, sobre todo si carecen de una postura reflexiva y autocrítica. Esta deficiencia

educativa ocurre a pesar de que existen por los menos dos cuerpos teóricos relacionados con las decisiones: la teoría de las decisiones, que señala los caminos para tomar buenas decisiones, y la teoría cognitiva, que describe cómo es que tomamos en realidad las decisiones, con todos los sesgos que implica la práctica cotidiana.

Las decisiones se pueden plantear en condiciones de *certeza*, cuando se sabe que cada acción conduce invariablemente a un desenlace específico; en condiciones de riesgo, cuando cada curso de acción conduce a uno de un conjunto de desenlaces posibles que ocurrirían con una probabilidad conocida; o en condiciones de *incertidumbre* si cada opción tiene un conjunto de desenlaces posibles, pero las probabilidades de estos desenlaces son desconocidas.⁶ Las decisiones clínicas frecuentemente se tienen que realizar en condiciones de incertidumbre, aunque la investigación clínica pretende convertirlas en decisiones en condiciones de *riesgo*.

8

Las decisiones clínicas tienen un componente técnico que abarca la obtención y el manejo de la información médica pertinente, un componente ético que se apoya en los principios de beneficencia y no maleficencia y en el respeto a la autodeterminación del paciente, y un componente económico relacionado con los costos de cada decisión y que no puede ser marginado.⁷

Muchas de las decisiones médicas se han podido estudiar con la metodología del *análisis de decisiones*, en que se representan esquemáticamente en forma de árboles de decisión y se estiman probabilidades y utilidades. Si bien esta metodología ha favorecido la comunicación entre los médicos ofreciendo un vocabulario y una estructura para las controversias, se ha dicho que los médicos no conciben y solucionan los problemas clínicos “cultivando un árbol de decisiones en sus cabezas”.⁸

Las decisiones médicas son ciertamente complejas, no sólo por las condiciones de incertidumbre sino por la gran cantidad de variables que se tienen que considerar. Con la llamada “medicina basada en evidencias” se pretende haber resuelto el elemento técnico de las decisiones, pues se ofrece a cada paciente la mejor alternativa que haya surgido de la investigación. Sin embargo, en muchos campos, la evidencia no ha sido aún creada, en otros es relativamente inaccesible y, desde luego, no es la evidencia el único elemento de una decisión. Por ejemplo, se ha generado la evidencia de que el tratamiento intensivo con insulina en los pacientes con diabetes evita la neuropatía diabética.⁹

Esto obligaría a que todos los médicos prescribiéramos tratamiento intensivo a todos nuestros pacientes con diabetes. Sin embargo, no pueden dejar de tomarse en cuenta muchas otras variables, como las circunstancias clínicas del caso –por ejemplo, la severidad y la comorbilidad– y las condiciones del paciente –p. ej., sus deseos, aversiones y recursos–, además de los riesgos del tratamiento intensivo. El estudio en cuestión (DCCCT)¹⁰ se refiere a la diabetes tipo 1, lo que equivale a una minoría de los diabéticos, mientras que el UKPDS considera más o menos lo mismo para los diabéticos tipo 2.

Elementos de las decisiones

En cada decisión se examina un conjunto de *alternativas*, las que plantean un conjunto de consecuencias o *desenlaces*. La elección de una de estas alternativas depende, por supuesto, de la estimación de sus consecuencias, tanto en términos probabilísticos como en los del valor que se le otorga. Por ejemplo, si se elige entre operar o esperar en un paciente con dolor en la fosa iliaca derecha, las consecuencias pueden incidir en un rango que va desde que la enfermedad se autolimita a que se complique irreversible o gravemente. Para elegir entre las dos opciones se tienen que estimar las probabilidades de que ocurra cada una de las consecuencias previstas (qué tan probable es que se autolimita, qué tanto que siga igual y qué tanto que se complique), pero además, darle un valor afectivo, estimativo, a cada uno de estos desenlaces, que en este caso es muy sencillo pues cualquiera acepta que tiene mucho más valor el que la enfermedad se limite por sí sola en tanto que el menor valor lo tiene la complicación grave o irreversible. Hay, entonces, en cada decisión, elementos objetivos y otros subjetivos, ninguno de ellos más valioso que el otro. Sin embargo, también hay una gran cantidad de elementos incontrolados que, en teoría de decisiones, se denominan *estados de la naturaleza*. Éstos se definen como “factores que afectan el logro de los objetivos identificados y que se encuentran fuera del control del individuo que decide” (conocido éste como *decisor*).

Las situaciones de decisión se han clasificado, por una parte, en *programables* cuando ya hay suficiente experiencia a partir de que existe información adecuada y se han tenido que dar con una cierta repetición; en el otro extremo están las situaciones *no programables*, mal definidas, que sólo ocurren pocas veces, y para las cuales no existe una información suficientemente estructurada para decidir.

Con el reconocimiento a la autonomía de los pacientes, su participación en las decisiones médicas es cada día mayor; los médicos estamos obligados a proporcionarles suficiente información, plantearles las alternativas de decisión y, en la medida de lo posible, respetar lo que elija el paciente.

Hay indicios de que las mentes expertas transitan por vías rápidas, menos parsimoniosas y más prácticas que el manejo lógico de la información, vías que se identifican con la heurística, que tienen que ver con la pericia, el ojo clínico y la intuición, y que aseguran una cierta funcionalidad a pesar de que la información sea incompleta. McDonald¹¹ propone que, igual que los astrónomos asumen la presencia de materia negra porque la materia visible no es suficiente para explicar la conducta de las galaxias, la heurística explica cómo los médicos tomamos decisiones a pesar de que la evidencia disponible es insuficiente. Más adelante en este libro se incluye un capítulo sobre los heurísticos.

Razonamiento clínico

La esencia del desempeño clínico es la capacidad de utilizar la razón para acceder a las decisiones que el médico debe asumir en relación con el paciente. A partir de la obtención de datos mediante la prope-
dética procede a su análisis semiótico y a una serie de inferencias (deductivas, inductivas, analógicas, abductivas), con lo que obtiene conclusiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que trascienden hacia el enfermo. Lamentablemente, el tema no está lo suficiente explorado en términos pedagógicos dado que las estrategias educativas están apenas esbozadas. En efecto, el pronóstico suele ser soslayado o, acaso, encasillado en eufemismos de modo que pareciera que lo único que hay que hacer es inclinarse por uno de un catálogo de ellos; los acercamientos al diagnóstico suelen limitarse a lo analógico o lo exhaustivo como se verá en seguida, mientras que el razonamiento terapéutico suele considerarse –desde luego que erróneamente–, como automático a partir del diagnóstico. Aunque es una idea antigua, la individualización del paciente se ha visto reforzada con las propuestas de la medicina personalizada a partir de la genómica. Esto quiere decir que difícilmente pueden enunciarse fórmulas de aplicación universal y que a cada caso hay que hacerle un traje a la medida.

Razonamiento diagnóstico

Esta fase del proceso de atención ha sido desproporcionadamente valorada, en particular el diagnóstico nosológico. Pareciera que lo más importante que debe hacer el clínico es ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente, y se ha llegado al extremo de no concederle credibilidad a éste si sus quejas no corresponden con el cuadro clínico de una enfermedad conocida. Pero el diagnóstico no es más que una estación, una escala, que es útil desde el punto de vista didáctico y operativo.

El diagnóstico tiene varias funciones.¹² Una de ellas es, con certeza, la ejecutiva, porque a partir del diagnóstico se pueden tomar decisiones, la más notable es la terapéutica. Pero tiene también una función taxonómica que permite clasificar al paciente y ubicarlo en el casillero correspondiente; una función denotativa o referencial permite la comunicación entre quienes están en la convención de manera que no tenga que hacerse una amplia descripción sino con el sumario que significa el enunciado diagnóstico los expertos se logran entender; y una función explicativa, porque a partir del diagnóstico se puede entender la secuencia de eventos que condujeron al estado actual y se puede esto explicar al paciente, a su familia, a los colegas y a los alumnos. Ni qué decir que esta última tendría que ser enfatizada para el aprendizaje de los alumnos; en otras palabras “no sólo me digas el diagnóstico (el nombre de la enfermedad) sino también qué le ocurrió con eso a este paciente”.

Se mencionó en líneas anteriores que prácticamente la única estrategia diagnóstica que suele enseñarse a los alumnos es la que representa el razonamiento analógico.¹³ Consiste en comparar tan sólo los síntomas y signos del paciente con los del constructo denominado enfermedad. En cuanto lo que en realidad tiene el paciente (padecimiento) se parezca a lo que dicen los libros sobre el cuadro clínico de una cierta enfermedad, se establece un diagnóstico por analogía; ya sólo se trata de identificar, dentro del catálogo de enfermedades, a la que más se asemeja con lo que el paciente tiene. Esta estrategia funciona en muchos casos pero falla en muchos otros en la medida en que las diferentes enfermedades se expresan de modo diferente en distintos pacientes y en que los padecimientos pueden estar constituidos por varias enfermedades simultáneas (comorbilidad). Se dice que “los enfermos no han leído los libros”, y por otro lado, los cuadros clínicos de las enfermedades se han conformado a partir de lo que tienen en común los enfermos pero soslayando o menospreciando las diferencias.

Hay otras variantes del diagnóstico por analogía. Una de ellas es la identificación de patrones en la que mediante un proceso más reflexivo, la mente se impacta a partir de la visión del caso; la otra es la comparación ya no entre padecimiento y enfermedad sino entre un paciente y otro: en la medida en que el paciente de hoy se parece a uno del pasado se puede suponer que tiene la misma enfermedad que aquél. En este sentido hay que reconocer que el alumno no se puede exponer durante su formación a todos los casos que enfrentará en su vida profesional; esto implica que necesariamente tendrá que hacer transferencias o adaptaciones que equivalen a la validez externa de la investigación cuando se juzga si lo que se observó en el proceso es aplicable a casos que no son idénticos a los que llenaron los criterios de inclusión del protocolo.

Como se señaló, el diagnóstico por analogía falla y se tiene que recurrir a otras estrategias. La otra que se suele enseñar a los estudiantes durante su formación es la que se puede llamar exhaustiva. Consiste en preparar a los alumnos para recolectar información a partir del paciente, sin juzgar si estos datos son importantes o no. La instrucción suele ser relativa a la historia clínica que, se dice, debe ser descriptiva y no interpretativa. Mientras más datos se coleccionen es mejor, sin olvidar, desde luego, el tacto rectal y el vaginal, independientemente de cuál sea el motivo de la consulta. La interpretación y la ponderación de todos esos datos se deja para un segundo momento, en el que, con calma y con ayuda del libro, la computadora y el maestro, se juega con los datos para integrar síndromes y diagnósticos nosológicos. Esta estrategia está orientada a los principiantes, que sólo tienen que saber registrar los síntomas y signos, lo cual quiere decir que no necesitan saber medicina o, al menos, nosología. Como esta es la estrategia que se suele enseñar en las escuelas de medicina (por las razones que se acaban de señalar), muchos egresados llegan a considerar que esta es la estrategia correcta, que a todos los pacientes hay que hacerles todas las maniobras y la mayor cantidad de pruebas complementarias posible, y cualquier concesión se hace con sentimientos de culpa. Lo cierto es que los médicos, después de algún tiempo de práctica suelen abandonar este modelo exhaustivo porque resulta dispendioso.

Otro abordaje del diagnóstico tiene que ver con el teorema de Bayes, pero más que ser una alternativa para los anteriores resulta complementaria. Esta es la estrategia probabilística que se aplica en el diagnóstico por computadora. En este caso el diagnóstico se ex-

presa con una probabilidad calculada, con base en probabilidades condicionadas determinadas por la frecuencia de ciertos signos de determinadas enfermedades y por consideraciones epidemiológicas referidas como probabilidades *a priori*. Aunque bien se dice que los clínicos no utilizan literalmente el teorema de Bayes, lo cierto es que sus componentes sí son empleados inadvertidamente para estimar la probabilidad diagnóstica. Para propósitos de la enseñanza del razonamiento clínico, la estructuración del pensamiento de acuerdo con el teorema de Bayes resulta muy útil para que los alumnos entiendan los caminos hacia el diagnóstico.

Otro enfoque lo constituye la estrategia hipotético-deductiva, similar al pensamiento científico. El método científico, al menos bajo la visión de Popper, plantea hipótesis que anticipan el probable resultado del experimento, y el diseño de éste se centra en la posibilidad de confirmar o refutar tales hipótesis. Bajo la estrategia diagnóstica hipotético-deductiva, el clínico también se plantea hipótesis y el resto de su proceder se orienta también a confirmarla o refutarla. Parece ser que todos los clínicos, sin importar que sean novatos o expertos, tienen esta tendencia natural a formular hipótesis tempranas, aun con los primeros datos que ofrece la historia clínica, como la edad, el sexo y los antecedentes familiares. Lo que ocurre es que estas hipótesis tempranas se van refinando y modificando conforme se acumula información.

A partir de esto último surge lo que se llama estrategia secuencial, también muy útil para favorecer el adiestramiento de los alumnos en el razonamiento clínico. Consiste en intentar obtener conclusiones sólo a partir de la información con que se cuenta, y no esperar a tenerla toda para emitir un único diagnóstico nosológico. Conforme se tiene progresivamente más información, se van afinando los diagnósticos. El ejercicio didáctico consiste en ofrecer a los alumnos sólo los primeros datos del caso y pedirles que con ellos planteen las probabilidades diagnósticas que se susciten en su mente; después ofrecerles información adicional y realizar el mismo ejercicio y así sucesivamente.

También los algoritmos se han utilizado para esquematizar el pensamiento diagnóstico. Los algoritmos son instrucciones que se dan a un procesador que teóricamente las debe seguir al pie de la letra. Cuando el procesador es una computadora, esta obediencia ocurre siempre, pero cuando el procesador es un ser humano el grado de cumplimiento es variable, ya sea por la imperfección de ese ser

humano o porque hace uso de su propio criterio y soslaya la instrucción que proviene del algoritmo. Los algoritmos se representan como diagramas de flujo, aunque hay otras formas de hacerlo como una partitura musical o una lista de instrucciones sucesivas. En ellos se plantean preguntas que se pueden contestar con sí o no, y de acuerdo con la respuesta surgen instrucciones a seguir. Los algoritmos permiten que los alumnos vean también cómo se estructura el pensamiento clínico y pueden obtener un modelo, más que convertirse en obedientes procesadores.

Otras estrategias intelectualmente menores son el diagnóstico por exclusión en el que el alumno plantea una serie de posibles diagnósticos, argumenta en favor y en contra de cada uno (diagnóstico diferencial); en la medida en que se puedan realizar estudios que excluyan a ciertos integrantes de la lista, el que sobreviva se constituye en el diagnóstico nosológico final, aunque no se haya llegado a él de manera directa. Igualmente indirecto es el camino al diagnóstico que se conoce como “con ayuda externa” (*ex adjuvativus*), al que se llega por caminos heterodoxos como la respuesta al tratamiento (“prueba terapéutica”) o la evolución inesperada del caso.

Hoy se habla de otra estrategia que se llama “decisional”, en la que lo importante ya no es el nombre de la enfermedad, sino saber qué hacer para ayudar al paciente; se suele proceder más por diagnósticos sindromáticos o a través de la identificación de problemas. Si lo que tiene un paciente es una hemorragia gastrointestinal, por el momento es menos importante el diagnóstico etiológico que lograr detener la hemorragia.

Las estrategias descritas en los renglones precedentes son sólo formas para estructurar el pensamiento diagnóstico; ninguna de ellas es mejor que las otras sino que se eligen según el paciente y la experiencia del médico. Muchos casos ni siquiera necesitan de una aplicación mayor de las formas de razonamiento, en la medida en que el diagnóstico surge casi espontáneamente a partir de un resultado de laboratorio o una lesión característica.

Razonamiento terapéutico

Alguna vez nos hicieron creer a los médicos que la decisión terapéutica era muy simple pues estaba totalmente vinculada al diagnóstico: a cada entidad diagnóstica corresponde una entidad terapéutica. Esto ocurrió sobre todo con la teoría microbiana de la enfermedad, cuando

se llegó a pensar que la medicina era una disciplina de tres columnas: 1) ¿Cuál es el nombre de la enfermedad? (Diagnóstico), ¿Qué microorganismo la produce? (Etiología), ¿Cuál es el fármaco que mata al microorganismo? (Terapéutica). Hoy está perfectamente claro que no es así. En este esquema ni siquiera se considera al paciente, el que puede experimentar la enfermedad de muy diferentes maneras y la terapéutica tiene que ser individualizada. No todos los pacientes con una misma enfermedad se tratan igual, y actualmente la terapéutica se extiende a modificar la historia natural de las enfermedades.

Las alternativas terapéuticas con las que hoy se cuenta incluyen las de la medicina científica y las de las medicinas alternativas; la medicina científica ofrece, por su parte, tratamientos quirúrgicos, medicamentosos, dietéticos, fisioterápicos, psicoterápicos; los propósitos de tal terapéutica pueden ser la prevención, la curación, la paliación, el control, la desaceleración; en cada caso hay un componente espacial (¿en el hospital? ¿En su domicilio? ¿Ambulatorio? ¿En una unidad de cuidados intensivos?), uno temporal (¿ahora o después? ¿Durante cuánto tiempo?), de persona (¿quién lo aplica? ¿Con quién más?), de calidad (¿cuál de todos?); además tendrían que preverse decisiones como cuándo aumentar o disminuir dosis, cuándo combinarlo, cuándo suspenderlo.

Un elemento inicial tiene que ver con el umbral terapéutico que se refiere a la probabilidad de la enfermedad que ya justifica un tratamiento y que depende tanto de la naturaleza y gravedad de la enfermedad que se sospecha como del cociente beneficio/riesgo del tratamiento que se propone. Las consideraciones acerca de la edad del enfermo, su estado funcional, sus expectativas, deseos, temores y prejuicios, su competencia para hacerse cargo de su propio tratamiento y su compromiso con el cumplimiento terapéutico, la existencia de comorbilidades y el uso de otros fármacos potencialmente interactuantes son todos elementos que alimentan el razonamiento terapéutico.

Razonamiento pronóstico

Éste suele ser el más menospreciado de los tres, a pesar de que a los pacientes y sus familias les importa más saber cómo les puede ir que como se llama su enfermedad o con qué se cura. Si se revisan los expedientes clínicos casi invariablemente está ausente el pronóstico o está expresado con eufemismos o fórmulas que dicen poco (incierto,

condicionado a la certeza diagnóstica, diferido y otros). Y es que a los alumnos no se les suele enseñar cómo estimar un pronóstico en términos probabilísticos. Esto se basa en dos componentes: el pronóstico de la enfermedad según lo han calculado los estudios clínicos y epidemiológicos, y las características concretas del paciente en cuestión: su edad, su estado funcional, la magnitud de la enfermedad, la etapa de la historia natural en la que se encuentra, su capacidad para contener con la enfermedad y otros.

Conclusión

El razonamiento clínico es parte de una competencia que es característica en la práctica de la profesión médica. Habitualmente se aprende durante la práctica por mecanismos más o menos ocultos e inadvertidos; hoy es necesario plantearlo como un reto educativo e ir progresivamente generando los espacios y las estrategias para su aprendizaje temprano.

16

El currículum clínico

Aunque el concepto de currículum es con certeza integral,¹⁴ en esta sección me tomo la libertad de desintegrar el componente clínico, con toda la conciencia de lo artificioso que puede resultar.

Al margen de lo que se ha diversificado la práctica de la medicina, sigue siendo cierto que la esencia de la formación del médico es la clínica, independientemente de que muchos egresados la abandonen para abordar otras modalidades, igual de valiosas y necesarias. La enseñanza clínica comprende cuantitativamente una proporción importante del currículum médico y cualitativamente la parte que tiene que ver de manera predominante con la profesión como servicio humanitario. En todos los planes curriculares la clínica tiene un lugar preponderante.

Los límites de la clínica no son lo suficiente precisos como se quisiera y esto dificulta su enseñanza, pero podríamos decir que la clínica comprende cuanto se relaciona con la atención de pacientes individuales. Los ámbitos son también variados pues abarcan el hospital, el domicilio y la atención ambulatoria. En todo caso, su aprendizaje implica peculiaridades que no permiten transpolar

simplemente las estrategias que se emplean para otras asignaturas o materias. Por ejemplo, la clínica no puede aprenderse (al menos en su verdadera dimensión) mediante memorización o lecturas ni a través de estrategias de educación a distancia. Las actividades de aula son relativamente intrascendentes. Además, tiene un componente afectivo muy fuerte porque implica la confrontación con la enfermedad y el sufrimiento.

Aunque la discusión sobre los límites de la enseñanza clínica no se ha resuelto,¹⁵ se suelen incluir las habilidades para la comunicación, para el examen físico, para el tratamiento y para el razonamiento clínico. Abarca conocimiento declarativo, procedimental y condicional, el primero relacionado con los hechos, con el *saber qué* (fáctico); el segundo con los procedimientos, con el *saber ejecutar ciertas tareas* y el tercero con el *saber cuándo y por qué* aplicar los conocimientos declarativos y procedimentales.

17

Una forma de deconstruir el saber clínico permite distinguir los siguientes elementos:

- a) *El acercamiento al paciente*
- b) *La recolección de información*
- c) *El análisis de la información recolectada*
- d) *Procedimientos clínicos*
- e) *La decisión diagnóstica*
- f) *La decisión terapéutica*
- g) *La decisión pronóstica*

En esta visión no se incluyen ciertos conocimientos fácticos (factuales) como la nosología, la patología o la fisiopatología.

El acercamiento al paciente

Esta es una condición que es indispensable para establecer una relación interpersonal, se generen las condiciones de confianza, se sienten las bases para obtener información, se inicie una relación terapéutica, se planteen expectativas, se identifiquen necesidades, se percate uno de la competencia del enfermo, de su potencialidad para enfrentar su enfermedad, sus condiciones de personalidad. Tener todos estos logros no es siempre un trabajo técnico sino que depende también de atributos del propio médico, de su capacidad de seducción, de su retórica y hasta de su atractivo físico. Pero tal vez la clave para obtener dicho acercamiento sea que el paciente perciba que el médico lo respeta, se preocupa por él, lo considera en

sus limitaciones. Una habilidad del médico es la de elegir la modalidad de relación médico-paciente más conveniente para cada caso y proceder en consecuencia.

La recolección de información

Esta habilidad representa lo que hoy se conoce como *propedéutica de la clínica* que constituye una competencia fundamental para poder actuar como clínico. Lograr obtener información verídica, relevante y suficiente conforma una proporción considerable de la capacidad clínica de un médico; esto significa que, después de ganarse la confianza del paciente, se puede establecer una conversación en la que surge la información necesaria. Esta parte, que tradicionalmente se denomina “interrogatorio”, ahora tiende a llamarse entrevista y permite conocer lo que denomina *anamnesis*, lo que literalmente significa “recuerdo” que es una representación o traída a la memoria de algo pasado. Se distingue de la *catamnesis* que se refiere a la vigilancia de la evolución del caso. La entrevista es la herramienta diagnóstica y terapéutica más versátil para el médico, pero es también la habilidad más difícil de dominar pues demanda tanto capacidades intelectuales como emocionales.¹⁶

18

El otro elemento de la recolección de información tiene que ver con la exploración física, identificada como una habilidad fundamental de los médicos que se ha visto amenazada por la emergencia abrumadora de la tecnología diagnóstica. Pero en esta formación clínica la información obtenida del paciente mediante la entrevista y la exploración es la que guía el empleo de la tecnología complementaria. Aunque se puede partir del principio de que toda la información que se pueda obtener del paciente es útil para formarse una idea más completa, lo cierto es que a veces el exceso de información estorba y desorienta; por ello, elegir apropiadamente los estudios complementarios es una habilidad deseable en el clínico.

El análisis de la información

La interpretación de síntomas y signos exige no sólo su agrupación en conglomerados o complejos sintomáticos, sino el análisis semiológico de cada uno de ellos. Identificar con precisión qué quiere decir el paciente cuando se queja de mareo, debilidad, angustia, etc. y

cómo este síntoma se relaciona con los demás y con las alteraciones fisiopatológicas que le subyacen. De igual forma, no basta considerar la interpretación que el experto hace de los estudios de imagen o electrofisiológicos, pues hay que ubicarlos en el contexto del caso.

Procedimientos clínicos

El catálogo de procedimientos que un médico debe dominar para adquirir la competencia clínica es muy amplio. Hoy en día, con la simulación, ha sido posible aproximarse a su dominio sin poner en riesgo al paciente, pero hay que reconocer sus límites.¹⁷

Razonamiento clínico

Abarca la capacidad de utilizar la información para establecer un diagnóstico, aventurar un pronóstico y elegir la terapéutica. Las reglas que lo facilitan tendrían que ser explicadas como parte de la formación básica del clínico, y desarrollar el mayor número de ejercicios posible. En otra parte de este libro se hacen las consideraciones pertinentes sobre el tema.

19

Las humanidades y el humanismo

La medicina, y en particular la medicina clínica, tiene un pie en la ciencia y el otro en las humanidades y no puede decirse que uno es más importante que el otro. Por supuesto que la clínica es una actividad que cultivan seres humanos, que se sustentan en el humanismo como doctrina filosófica y que su labor es muy claramente humanitaria, pero aquí se hará referencia a las humanidades como cuerpo de conocimientos, sobre todo en su relación con la práctica clínica.

Un humanista es tanto quien cultiva el humanismo como tendencia filosófica como aquel experto en humanidades. Este término probablemente procede de la división que se hizo a fines del siglo XIX del saber humano en dos grandes campos: las ciencias naturales, tanto las que tratan de fenómenos no humanos como las que se ocupan de procesos biológicos y mentales del hombre y de su comportamiento, y las humanidades que comprendían la historia y la biografía, la economía, la política, el derecho, la ética, la religión, la poesía,

la arquitectura y la música. La organización de muchas universidades hoy en día se sustenta en esta división del conocimiento. La UNAM, por ejemplo, distingue una Coordinación de la Investigación Científica de una Coordinación de Humanidades. En una concepción moderna no podía definirse a las humanidades por exclusión, es decir, como todo aquello no estudiado por las ciencias naturales y sociales. Hoy en día se acepta que cualquier área de la ciencia pertenece a las humanidades cuando se aborda filosóficamente con el fin de poseer una cultura general. En otras palabras, hoy se califica de humanista (en el sentido de cultivador de las humanidades) a quien posee una vasta cultura, tanto en el terreno de la ciencia como de las disciplinas no científicas.

Refiriéndose a los médicos, se suele hacer una distinción entre la actitud humanística, el conocimiento de temas humanísticos y la conducta humanística. La actitud humanística se define como el compromiso con la dignidad y el valor de los seres humanos; el conocimiento de los valores humanísticos con el entendimiento de las disciplinas relacionadas con valores e interacciones; y la conducta humanística como el comportarse con respeto, compasión e integridad. La distinción no resulta totalmente congruente con algunos de los conceptos aquí expresados, pero tiene la ventaja de que propone definiciones diferenciales, métodos de enseñanza y mecanismos de evaluación de cada uno.

La tradición ubica al clínico efectivamente como un humanista, como un individuo culto que utiliza el conocimiento no técnico en beneficio de su arte.

De los médicos se ha dicho que “aquel que sólo sabe medicina, ni medicina sabe”. La medicina está inscrita en la cultura, es parte de la vida. La enfermedad es protagonista de las vidas individuales y de la historia social. La influencia de su enfermedad en Edgar Allan Poe, de la tuberculosis de Anton Chéjov, de Franz Kafka y de Walt Whitman, del cáncer de Sigmund Freud y de Susan Sontag, de la depresión de la mayoría de los poetas, de la epilepsia de Van Gogh, de los problemas ortopédicos de Toulouse-Lautrec, de la artritis reumatoide de Renoir, de las secuelas del accidente de Frida Kahlo seguramente fue fundamental en sus obras. Si, como se dice, la vida no hace más que retratar el arte, en alguna escuela de medicina se enseña en la actualidad la clínica a través de la literatura: la fiebre puerperal de Ana Karenina, la enfermedad terminal de Ivan Illich en Tolstoi, la tuberculosis en La Montaña Mágica, por citar sólo unos cuantos ejemplos, han resultado

extraordinariamente didácticos. No es por nada que muchos escritores reconocidos han sido médicos: Rabelais, Chéjov, Oliver Wendell Holmes, Conan Doyle, Somerset Maugham, James Joyce, William Carlos Williams, Gertrude Stein, Elías Nandino y no tengo duda que su profesión, que les permitió un contacto más estrecho con la vida, influyó en su obra literaria.

Una profesión que tan profundamente penetra en las vidas ajenas, tan cercana a las interioridades de las personas, con tantas oportunidades de visualizar las penurias sociales, testigo de las tragedias cotidianas, observadora de la vida misma en todo su dramatismo, no puede considerarse tan sólo como una actividad técnica, aséptica, descontextualizada. La práctica de la medicina tiene que ver con la cultura tanto en su sentido del conocimiento universal como en el de las costumbres y tradiciones de un pueblo. La medicina se aprende en los textos especializados pero también en las novelas, las biografías, la historia, la filosofía, la pintura y la música. La enfermedad es una entidad personal, familiar y social; es un acontecimiento culminante, crítico, trascendente, en la vida de los individuos, las familias y las comunidades, y no puede ser enfrentado como un hecho aislado, circunstancial y trivial. Aunque los planes de estudio de la carrera de medicina no suelen incluir asignaturas humanísticas más que, acaso, como optativas, la orientación y el ejemplo de muchos docentes puede salvar este vacío programático. En todo caso, el médico tiene la responsabilidad ética de complementar su cultura mediante la formación extracurricular, a modo de cumplir mejor su función social.

Las disciplinas humanísticas ayudan en el aprendizaje de la medicina clínica porque muestran un enfoque ético que enseña a los estudiantes a comportarse, un enfoque estético que los enseña a leer, un enfoque clínico porque muestra cómo se expresan las enfermedades y un enfoque contextual porque los estudiantes aprecian el marco en el que se da el proceso salud-enfermedad.¹⁸

En conclusión, el sentido humano, humanitario, humanístico y humanista de la medicina resultan sus características más distintivas. No puede visualizarse un médico carente de subjetividad creativa, vocación altruista, respeto profundo a lo específicamente humano, sentido de solidaridad, capacidad de comunicación interpersonal, inclinación benevolente y disposición al progreso propio para mejorar su ofrenda a la humanidad.

Filosofía de la clínica

Muchos de los cuestionamientos que los clínicos nos hacemos en la atención de los pacientes corresponden, en efecto, al campo de la filosofía, en la medida en que éste comprende el análisis racional de casi todas las dudas de los seres humanos. Delimitar el campo de la filosofía no resulta sencillo. Gadamer¹⁹ dice que “la pregunta acerca de qué es lo filosófico constituye, de por sí, una pregunta filosófica sin respuesta”. Para propósitos de este capítulo se incluyen dentro del terreno de la filosofía clínica lo que los clínicos se cuestionan al atender a los pacientes, siempre que no tengan sólo un carácter técnico. Muchas de estas preguntas se relacionan con la condición de paciente.

22

El concepto de filosofía tiene, desde luego, varias acepciones aplicables a la clínica. No es sólo ese estudio profundo de la esencia, propiedades, causas y efectos de lo que enfrentamos, sino también el estudio de las teorías aplicables en el campo, el espíritu, los principios y los conceptos generales en este caso de la clínica; la serenidad para soportar los contratiempos y el sistema particular de entender la vida, en este caso la práctica profesional. Se ha propuesto incluso que la filosofía misma puede tener un efecto terapéutico o al menos que puede ayudar a los pacientes enfrentar la enfermedad de una manera diferente.²⁰

Este escrito tiene que limitarse tan sólo a unas cuantas reflexiones, pero el campo abarca varios libros completos. La visión de la práctica reflexiva que se ve en otro capítulo cabe perfectamente como una filosofía de la clínica. Otros temas de este texto también caben dentro de la filosofía como los que tienen que ver con la salud y la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, la causalidad, la interdependencia de cuerpo y espíritu, lo objetivo y lo subjetivo, la ética, la responsabilidad y el compromiso.

Los clínicos pueden enfrentar conflictos de interés; no obstante, en términos de valores, la responsabilidad primaria de los médicos se identifica claramente con el bienestar del paciente. Los conflictos de intereses surgen cuando el juicio profesional concerniente a un interés primario tiende a ser indebidamente influido por un interés secundario; el interés primario se vincula con el deber profesional, la responsabilidad social y el compromiso laboral. Los intereses secundarios no son necesariamente ilegítimos e incluso pueden ser necesarios o deseables mientras su peso relativo en las decisiones no sobrepase el del interés primario. Estos intereses secundarios pueden

ser financieros, políticos, académicos, religiosos u otros. Por muchos años, los derechos de los médicos y del resto del personal de salud constituían un tema tabú, porque del médico no se exigía menos que el apostolado. Hoy se reconoce la condición humana de los médicos y se acepta que, como todos los seres humanos, tienen intereses, sentimientos, actitudes, apreciaciones, valores y emociones, que son capaces de experimentar temores y deseos, compasión, lástima, amor y odio, y que son seres reactivos, afectivos, con ambiciones y pasiones. El asunto es que los conflictos se evitan en cuanto que todo esto no influya en las decisiones a favor de los pacientes.

La época contemporánea ha planteado nuevos retos filosóficos, en la medida en que el avance científico y tecnológico lleva una pendiente con la que no puede competir el avance normativo y ético, y que la sociedad ha cambiado de tal manera que participa como nunca antes en las decisiones que le conciernen. El movimiento de la bioética ha generado una reconsideración de la ética médica que había permanecido estancada por decenios.

La medicina tiene sus límites no sólo en términos de lo imperfecto del arte y las fronteras del conocimiento, sino también de la finitud de la vida, como lo planteó Hipócrates en su célebre aforismo.^b En efecto, reconocer estos límites exige una visión amplia de la profesión y la capacidad de identificar tales confines. Identificar la proximidad de la muerte y su inevitabilidad genera mayor bienestar que empeñarse en preservar la vida por un tiempo adicional, limitado, a expensas de producir mayor sufrimiento. El otro límite de la medicina debería ser el sufrimiento. Los médicos nos ubicamos entre dos extremos: por un lado, los tendientes a la práctica heroica en la que lo importante es salvar la vida aun a expensas de producir más sufrimiento, y en el otro extremo los partidarios de la curación natural que lo que hacen es permitir actuar a las fuerzas de la naturaleza suponiendo que son benéficas. Por fortuna, la mayoría de los médicos nos encontramos entre los dos extremos pero no cabe duda que la postura individual influye en la atención que reciben los pacientes.

Hoy se ha hecho evidente otro límite más prosaico y terrenal: los costos. Los recursos son siempre finitos y las necesidades infinitas lo que obliga a racionarlos. El acceso a los recursos costosos o escasos puede ser la diferencia entre la vida y la muerte, entre la

^b "La vida es breve, el arte largo, la ocasión fugaz, el experimento riesgoso y la decisión difícil"

salud y la enfermedad, entre la curación y la complicación. Las bases del racionamiento tienen que ver con la teoría ética que se cultive, de tal modo que el racionamiento más utilizado es uno teleológico que parte de la idea de que no todos los pacientes tienen el mismo valor pues éste depende de su utilidad social. De esta manera es más valioso un individuo joven que uno viejo, un trabajador que un desempleado, un padre de familia que un soltero, un individuo honesto que un delincuente; en el momento de tener que asignar los recursos se prioriza de acuerdo con estos criterios, aunque esta forma de pensar ciertamente atenta contra la dignidad del ser humano en el sentido de que tiene un valor por el solo hecho de ser humano. En una sociedad liberal pareciera que el criterio predominante es económico, lo que significa que el que pueda pagar tendrá acceso al recurso. Y en efecto, los enfermos con alto poder adquisitivo pagan su tratamiento, incluido, por ejemplo, un trasplante, ya sea en los hospitales privados de México o en el extranjero, eludiendo a veces cualquier otro criterio de selección.

En los hospitales públicos suele emplearse más bien un criterio utilitario, que presupone una clasificación de las personas según su valor social, de tal manera que el recurso se otorga primero a quien es más útil para la comunidad. Quienes quisieran eludir decisiones tan complicadas éticamente tienden a emplear un criterio de prioridad en la demanda o uno aleatorio; en el primero el bien se otorga a quien lo solicita primero —de allí las listas de espera—, y en el segundo se deja al azar, a veces sin pensar que ni con ello se liberan de la responsabilidad ética. No dejan de utilizarse en nuestra sociedad criterios discrecionales en los que quien tiene el poder de decisión lo hace según sus propios valores y sin rendirle cuentas a nadie, y los criterios burocráticos en los que la serie de trámites para tener acceso a un cierto recurso diagnóstico o terapéutico desanima a los que menos paciencia tienen y optan por conseguir el financiamiento para atenderse fuera del país o de la institución, de modo que libran el espacio para otras personas con mayor tolerancia.

Méritos

El trasplante es, en efecto, un buen ejemplo de un recurso escaso y costoso en el que se tiene que aplicar estos criterios de racionamiento. Ahora bien ¿se puede hablar de méritos o merecimientos para recibir un trasplante? ¿Quién merece ser trasplantado?

El trasplante de un órgano o tejido constituye la única esperanza de mantenerse con vida para muchos pacientes con enfermedad terminal; sin embargo, no sólo la relativa escasez de donadores sino la complejidad técnica y los altos costos del procedimiento lo han convertido en uno en el que la selección del receptor es más crítica. En todos los trasplantes, como en todos los tratamientos que utilizan recursos escasos o costosos, la selección sobre a quién incluir y a quién excluir tiene tales complejidades éticas que difícilmente puede darse la razón a una determinada corriente. Cuando de la terapéutica depende la vida del paciente, el asunto es tan grave que quien toma la decisión tácitamente selecciona al que debe vivir y al que está condenado a morir, en un fallo que, en rigor, corresponde sólo a la divinidad.

La visión del público no sólo considera los aspectos técnicos en relación con las probabilidades de éxito sino las cualidades personales de los receptores en términos de si merecen o no la oportunidad. En muchas personas existe, pues, un pensamiento justiciero, si no es que punitivo, y de ello no está libre el propio personal de salud. Por ejemplo, se tiende a cuestionar el derecho de los alcohólicos para recibir un trasplante de hígado, al igual que ha ocurrido en los fumadores para trasplantes cardíacos y pulmonares, y hasta para procedimientos quirúrgicos del corazón.

Bajo esta perspectiva se ha planteado la pregunta de si un individuo merece ser trasplantado. El asunto no es si se debe o no plantear una pregunta así; el hecho es que se plantea y la idea de los merecimientos tiende a influir en las decisiones, aunque no siempre de manera explícita, y a veces hasta sin advertencia plena del que decide. Obsérvese que este planteamiento no se refiere a quién tiene mayor probabilidad de éxito o a las indicaciones técnicas del trasplante, sino que el trasplante o su exclusión se visualizan como premio o castigo en función de un comportamiento del enfermo juzgado a la luz de la ideología predominante. Y es que no ha sido fácil abstraerse de considerar la responsabilidad que los pacientes tienen en el desarrollo de sus enfermedades. Este juicio hizo crisis a propósito de la epidemia de infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en que, sin confesarlo abiertamente, y aplicando un juicio moral basado en la doctrina dominante, se llegaron a considerar pacientes con SIDA 'inocentes' (hemofílicos y otros que sufrieron transfusiones múltiples) y 'culpables' (homosexuales, promiscuos y descuidados). Más aún, el conocimiento de los factores de riesgo ha sido utilizado con frecuencia para culpar a las víctimas, de modo que la gota y la

pancreatitis son el castigo por la falta de moderación al comer y al beber; el cáncer pulmonar, el castigo al tabaquismo; la obesidad es resultado de la intemperancia y el sedentarismo, y hasta el resfrío es culpa de los pacientes por no haberse abrigado bien al pasar del calor al frío. La enfermedad hepática es el castigo a la vida licenciosa.

El público de algunos países se ha manifestado en el sentido de que debieran seleccionarse como receptores de un trasplante a los niños pequeños, a los que han esperado más y a los que han mostrado una mejor evolución o una mayor disciplina, en tanto que se pronuncian en contra de que se trasplante a prisioneros o a quienes contribuyeron al desarrollo de su enfermedad, en una clara visión maniquea que clasifica a los pacientes en buenos y malos, y que no está lejos de la denostada idea de la discriminación.

En ambientes más técnicos se ha manejado el concepto de “utilidad”. Ésta se define como una medida de la relativa “bondad” o “maldad” de un cierto desenlace de la enfermedad o del tratamiento, comparado con otros desenlaces que pueden ocurrir en el mismo escenario, pero más en términos de lo valioso que de lo éticamente bueno. Representa la dimensión subjetiva de un desenlace, en tanto que la objetiva es la probabilidad que ocurra. En otras palabras, cuando se toma una decisión se tiene que visualizar el resultado de tal decisión, es decir, el desenlace, tanto en términos de qué tan probable como de qué tan deseable es que ocurra, con sus contrapartidas para los escenarios pesimistas. Bajo la perspectiva utilitaria, una acción o práctica tiende a ser correcta si da como resultado tanto o más bien que cualquier otra alternativa de acción o práctica. Con esta base, se seleccionarían como receptores de trasplante los pacientes en los que se prevea el mejor desenlace posible, en términos de sobrevida tanto del órgano o tejido como del paciente, excluyendo aquellos con comorbilidades múltiples, y en el que se beneficien más personas. Este criterio utilitario considera al trasplante una inversión y hace abstracción del concepto de equidad en la medida en que selecciona al que más se pueda beneficiar independientemente de edad, sexo, raza, influencia social o política.

El utilitarismo considera que una acción es buena en tanto que produce el mayor bien al mayor número de personas, de modo que hace cálculos, por ejemplo de cuánta gente va a ser afectada, con qué intensidad, e igualmente hace los mismos cálculos para los caminos alternativos.

Los médicos consideramos fundamental la estimación de las probabilidades de éxito, puesto que tratándose de un recurso escaso y costoso, no se puede dispendiar. En esta estimación se toman en cuenta no sólo los aspectos biológicos sino los psicológicos y los sociales. Las asociaciones médicas internacionales excluyen como criterios para recibir un trasplante la capacidad de pago, la contribución del paciente a la sociedad, los obstáculos que se prevén para el tratamiento, la contribución conductual del paciente a su condición y el uso previo de recursos de salud. Se consideran razones para no trasplantar la existencia de una infección por virus de la inmunodeficiencia humana, de cáncer, de infección no controlada, de enfermedad cardíaca o pulmonar avanzadas, y de alcoholismo activo o abuso de sustancias.

Por lo tanto, los cuestionamientos más fuertes se hacen en el sentido de si deben seleccionarse los más estables o menos graves para tener mayores probabilidades de éxito, los más jóvenes, los más útiles para la sociedad o los que tienen garantizados los recursos.

El asunto no está resuelto. Si se pudieran atender las necesidades individuales de cada persona no existiría debate, pero los recursos no alcanzan. El personal de salud, una vez más, asume decisiones que parecen trascender su condición profesional. El arraigo en principios y valores que han caracterizado históricamente a las profesiones de salud es, hasta ahora, su mejor garantía para actuar con equidad.

Dialéctica e incertidumbre

La clínica es una actividad dialéctica en el sentido de que el profesional dialoga consigo mismo; se plantea preguntas y se las contesta; en cuanto no encuentra respuestas dentro de su propio marco tiene que recurrir a otras fuentes como los expertos y los textos. Este diálogo forma uno de los fundamentos de la práctica reflexiva en oposición a la práctica rutinaria, como se ve en otro capítulo.

Una característica de la medicina clínica es que trabaja con probabilidades y creencias y no con certezas.²¹ Esta condición a menudo no es debidamente comprendida por el público y menos por los representantes de las ciencias duras. Lo común es que siempre quede una duda acerca de si la decisión tomada fue o no la adecuada. En este resbaloso terreno laboran los clínicos y asumen recomendaciones que pueden no sólo ser equivocadas sino atentar contra la vida y el bienestar de sus enfermos. La responsabilidad es enorme y muchos

colegas prefieren no aceptarla o refugiarse en áreas menos trascendentes de la práctica médica.

Las vivencias de la enfermedad

28 Pedro Laín Entralgo²² propuso que en todos los pacientes ocurrieran, en mayor o menor grado, ciertas vivencias. Todos los pacientes experimentan alguna molestia, la más frecuente es dolor pero también puede ser náusea, debilidad, mareo, angustia y otras. Todos los pacientes son *inválidos* al menos temporalmente puesto que no están en posibilidad de realizar todas las actividades que hacían cuando estaban sanos. Todos los pacientes perciben una amenaza en tanto que la enfermedad se puede complicar y pueden hasta morir. Todos los enfermos sienten la soledad aunque estén rodeados de familiares y amigos. Todos tienen una *anomalía* pues, aun cuando sea temporalmente, dejan de pertenecer a la norma estadística. Todos sienten lo que Laín llama *succión por el cuerpo* pues toda su atención está centrada en su propio cuerpo si no es que en el órgano enfermo. Todos utilizan la enfermedad como recurso pues al estar enfermos adquieren algunas ventajas que no tendrían sanos, como el que se les excuse de ir a trabajar o a la escuela o se les consienta con la comida que les gusta o con el cumplimiento de sus caprichos. Y aunque Laín no lo menciona, cabe también la vivencia de la culpa dado que casi todos los enfermos se llegan a preguntar si ellos tuvieron o no.

El lugar central del paciente como objeto de la medicina clínica tuvo que abdicar a partir del encumbramiento del médico. En efecto, el poder casi divino de tener en sus manos la vida y la muerte, la salud y la enfermedad ha propiciado históricamente un reconocimiento social que muchos médicos no han sabido enfrentar con ecuanimidad, entereza y humildad. Hoy en día se vuelve a transferir el protagonismo al paciente, aunque en esencia nunca dejó de tenerlo. Si bien la medicina puede ser vista como una ciencia, un oficio, una técnica, un método y muchas otras cosas, es en verdad un servicio y el sujeto esencial de ese servicio es el paciente.

El lenguaje clínico

Un idioma es la lengua específica de una comunidad determinada, que se caracteriza por estar fuertemente diferenciada de las demás; su etimología destaca lo peculiar, puesto que *idios* significa precisamente propio, especial.²³ Un lenguaje, por su parte, es un sistema organizado de signos apto para la interacción comunicativa dentro de una sociedad. Es, pues, un medio de comunicación que suele estar sistematizado y que comprende desde cualquier modalidad de expresión artística hasta la transmisión intermolecular de información bioquímica.

La enfermedad se expresa en el enfermo de tal manera que un intérprete, en este caso el médico, puede llegar a descubrirla. La habilidad diagnóstica comprende esta facultad de leer el lenguaje de los síntomas y descubrir su origen en la enfermedad. Aunque probablemente no sea del todo correcto hablar de un lenguaje clínico, este capítulo intenta aplicar algunos de los elementos de la lingüística a la interpretación de las relaciones entre las enfermedades y sus manifestaciones. Una diferencia importante es que los lenguajes convencionales tienen una intencionalidad, la de comunicar significados, mientras que nadie podría atribuirle este empeño a la enfermedad.

El propósito de un lenguaje es la comunicación mediante signos; esta comunicación se centra en la llamada teoría de la significación,²⁴ que es el proceso que asocia un objeto, un ser, una noción o un acontecimiento con un signo susceptible de evocarlos. El signo es, pues, un excitante, un estímulo que se encuentra asociado con otro a través de un proceso psicológico. Las disciplinas que estudian la significación son la semántica, la semasiología, la semiótica, la semiología y la pragmática. La semántica es la rama de la lingüística que estudia el significado de las palabras, enunciados y oraciones, las relaciones entre los signos y los objetos designados por ellos; es el estudio del sentido que tienen las palabras. La semasiología es el estudio que parte del signo para ir hacia la determinación del concepto. La semiótica es la ciencia general de los signos y, más concretamente, de los sistemas de signos; para algunos es similar a la semiología aunque esta última se identifica más como una rama de la psicología social y, por lo tanto, se enfoca como una disciplina más general que la semiótica. La palabra ‘semiótica’ proviene del griego y significa “el arte de los signos”; curiosamente tuvo su origen en la medicina y denota precisamente significar. Umberto Eco²⁵ reconoce

la existencia de una semiótica médica que estudia la relación entre determinadas alteraciones externas y otras internas, y por otro lado la relación comunicativa y los códigos empleados en la interacción entre médico y paciente. La pragmática trata de las relaciones entre los signos y las personas que los producen. Las relaciones entre signo y significado son estudiadas por la semántica, aquellas entre signo y signo por la sintáctica y las relaciones entre signos e interpretador por la pragmática.

Los signos pueden ser naturales o artificiales. En los primeros hay una relación obvia entre el signo y lo que evoca, por ejemplo nube-lluvia. Los signos artificiales, en cambio, son convencionales y se instituyen a partir de que hay un acuerdo previo para que el signo evoque la imagen de lo que se pretende que represente. El símbolo es un tipo de signo que tiene una relación convencional con el elemento que evoca, por ejemplo la paloma como símbolo de la paz. Indicio o índice es una variedad de signo que establece una relación de causa entre dos fenómenos, independientemente de que exista un observador o un intérprete. El humo es un indicio de que hay fuego, el habla balbuceante un indicio de embriaguez, el orificio de una bala un indicio de que hubo un disparo.

La palabra ‘síntoma’ está muy claramente relacionada con la medicina, aunque también tiene un significado propiamente lingüístico. En realidad es un indicio que transmite información acerca del individuo que lo genera, habitualmente de su estado emocional o de salud; esto representa una de las funciones del lenguaje, la sintomática. La clínica puede conceptualizarse como un sistema de signos naturales, secundarios (que proporcionan información sin que esa sea su intención) que, sin conformar estrictamente un lenguaje en el sentido técnico, traducen al intérprete ideas específicas en relación con el referente.

Los componentes de un signo son el significante y el significado. El significante es el signo propiamente dicho y el significado lo que evoca ese signo. En la clínica se establecen enlaces entre la enfermedad y el signo similares a los del significante con el significado. Estos enlaces son bidireccionales y tienen relaciones semánticas.²⁶ La propiedad de la enfermedad para generar un determinado signo pertenece al campo de la semiogénesis y la capacidad de un signo para sugerir una determinada enfermedad pertenece al campo de la semiología. La semiogénesis está directamente relacionada con la patogenia mientras que la semiología lo está con el diagnóstico diferencial de las enfermedades. La semiogénesis vuelve reconocible

a la enfermedad mientras que la semiología vuelve expresivo al signo. La semiogénesis se relaciona con la sensibilidad y la semiología con la especificidad. La semiogénesis es subjetivización de la enfermedad y la semiología objetivización del signo. Sapira²⁷ ha acuñado el término ‘semiofisiología’ para referirse a las bases fisiológicas para la producción de signos.

En medicina se tiende a denominar ‘signos’ a los indicios objetivos de enfermedad, mientras que ‘síntoma’ se refiere a lo que es apreciable solamente por el paciente. El adjetivo ‘sintomático’, si bien es lo perteneciente al síntoma también denota que algo está ocurriendo o está por ocurrir. Pero además tiene otras connotaciones como puede verse en los siguientes ejemplos: una enfermedad sintomática es la que provoca molestias mientras que una asintomática transcurre indolente; el periodo sintomático de una enfermedad es aquel en el que aparecen los indicios clínicos que pueden permitir reconocer su presencia; algo se considera sintomático si es que refleja una realidad oculta o de fondo; el tratamiento sintomático (que en realidad debiera llamarse antisintomático) es aquel dirigido exclusivamente a borrar sus expresiones y no a curar la enfermedad; el diagnóstico sintomático es el que identifica con claridad cuales son auténticamente las manifestaciones de la enfermedad.

Para evitar confusiones entre síntoma y signo, Feinstein²⁸ propuso una nomenclatura diferente y a todos los signos (en el sentido lingüístico de la palabra) les llamó ‘caracteres nosográficos’, independientemente de si son subjetivos u objetivos. Al conjunto de estos caracteres, que conforman el padecimiento de un enfermo, les llamó ‘cuadro nosográfico’ para diferenciarlo de ‘cuadro clínico’ que es el de la enfermedad, es decir el descrito en los textos, un constructo generado a partir del estudio de muchos enfermos distinguiendo sus características comunes y un poco soslayando las diferencias entre ellos. Distingue ‘síntomas subjetivos’ de ‘síntomas objetivos’ en que los primeros son sensaciones o percepciones notadas por los pacientes y que sólo pueden identificarse por medio de la entrevista, por ejemplo dolor, parestesias, mareo, visión borrosa o tristeza. Los síntomas objetivos son las observaciones que ha hecho el paciente en relación con su cuerpo o con los productos de éste, por ejemplo hinchazón de los tobillos, ictericia o sangre en la orina.

También incluye bajo la denominación de síntomas objetivos las observaciones hechas por familiares u otros legos, por ejemplo cuando describen una crisis convulsiva. A estos síntomas objeti-

vos también los llama ‘signos subjetivos’ y los clasifica en ‘corporales’ si ocurren en el cuerpo del paciente, por ejemplo un exantema o una crepitación articular, y ‘efluentes’ si se relacionan con los productos que emergen del cuerpo del paciente como vómito verde, orina oscura o esputo sanguinolento. Les llamó ‘síntomas provocados’ a todas las percepciones que sólo son notadas por el paciente durante el examen físico, por ejemplo dolor a la presión en la fosa iliaca derecha, disestesia o pérdida de la visión central de un ojo. A las observaciones que pueden ser hechas por el médico durante la exploración les llamó ‘signos físicos’; no conserva la denominación de simplemente signos para no confundir con la connotación lingüística y para diferenciarlos de los signos paraclínicos. A los signos físicos que sólo pueden ser identificados con técnicas especiales de exploración, como los exudados retinianos o los nódulos prostáticos les llamó ‘signos iátricos’. Son ‘signos paraclínicos’ todos los resultados de exámenes que no realiza el propio clínico, ya sea descriptivos como una imagen en la radiografía o cuantitativos como la concentración de glucosa en la sangre, y ‘síntomas iatrotropicos’ aquellos que llevan al paciente a buscar ayuda médica y que se distinguen de los ‘no iatrotropicos’ en que estos últimos son identificados por el médico durante la atención del paciente.

Esta nomenclatura ilustra los diversos caminos por los cuales el médico adquiere información relevante para el diagnóstico, para ‘oír’ a la enfermedad y las vías por las que la enfermedad ‘habla’. Sólo en los síntomas iatrotropicos se puede identificar una intencionalidad que no lo es del lenguaje sino del enfermo. El médico no puede tan sólo dejar que la enfermedad se exprese porque puede hacerlo muy lentamente sin que eso garantice que el daño orgánico no ocurra rápidamente.

El lenguaje de la clínica es el fundamento del diagnóstico que se puede entender como la integración psíquica de síntesis entre los signos y la enfermedad. Porque la enfermedad natural se presenta como un conjunto de signos y no como un sistema estructurado y organizado, siempre igual a sí misma y siempre propia para la ubicación nosológica. La enfermedad se expresa siempre de manera singular y es el individuo el que impone a su enfermedad sus propias y múltiples determinaciones, su propio sustrato biológico, psicológico y social.²⁹ Los signos clínicos aislados a veces carecen de valor semiológico y sólo lo adquieren cuando se asocian con otros. Lo mismo que las palabras que, aunque tengan su semántica propia, su carác-

ter polisémico requiere que se interpreten en función de su contexto. En la clínica sucede algo similar, pues el número de signos es mucho menor que el de enfermedades, lo mismo que en cualquier lenguaje en relación con significantes y significados. La amplitud polisémica de los signos clínicos es variable pero casi todos ellos tienen esta propiedad; por eso se dice que no hay signos patognomónicos en el sentido de que puedan tener un significado único.

La enfermedad es un proceso que tiene una historia natural gradual, en severidad y en expresión. El momento de la historia natural de la enfermedad en el que se da la participación del médico suele determinar no sólo el pronóstico sino la facilidad para interpretar sus signos y el grado de intervención que exige. El clínico tiene que hacer una traducción de la forma en que el paciente expresa su enfermedad, verbal y corporalmente en términos que posean una representatividad convencional. Como en cualquier traducción existe el compromiso de interpretar lo que quiso decir el emisor y seleccionar el término preciso que lo designe. Cuando un paciente dice que ‘se le duerme la mano’ el médico debe identificar si lo que tiene es parestesia, hipostesia o paresia; si tiene los tobillos aumentados de volumen tiene que distinguir si es edema o flogosis; si se queja de mareo puede ser vértigo, lipotimia, sensación de inestabilidad, debilidad súbita o hasta náusea. Esta fase de la actividad clínica se conoce como ‘diagnóstico sintomático’ y equivale a leer bien las palabras.

En una segunda etapa las palabras forman frases u oraciones, llamadas sintagmas, mediante las reglas de la sintaxis; los signos clínicos se interrelacionan en síndromes o en complejos sintomáticos mediante vínculos fisiopatológicos. El sintagma tiene una connotación lingüística más compleja que las palabras aisladas y una representación psíquica más específica. Un síndrome, por su parte, evoca una lista de causas notablemente menor que la que evoca un solo signo o un grupo de ellos con lo que se avanza hacia un concepto más específico. Cuando el padecimiento está conformado por varias enfermedades asociadas (comorbilidad) la lectura del texto se puede hacer en capítulos los que, teniendo su independencia, no dejan de tener relación entre sí.

Los matices del lenguaje clínico hacen todavía más compleja su lectura pues tienen importancia, por ejemplo, la severidad, la secuencia, la velocidad de progresión, el estado funcional del paciente, su capacidad de percepción, la modulación psicológica, las motivaciones sociales, las ganancias secundarias y la disponibilidad de recursos diag-

nósticos. Este 'lenguaje clínico' abarca signos explícitos pero también simbólicos, sutiles, enmascarados, icónicos, ocultos, tímidos, sublimados, matizados, exagerados y minimizados. En suma, es un lenguaje difícil de entender.

LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA

*“La medicina moderna es una de esas obras extraordinarias de la razón: un complejo sistema de conocimientos especializados, procedimientos técnicos y normas de conducta...
Pero la medicina es también, inequívocamente, un mundo de poder, en el cual algunos tienen más probabilidades que otros de recibir los premios y las recompensas de la razón. Lo que originalmente fue una profesión débil y tradicional de poca importancia económica, se ha convertido en un sistema extenso de hospitales, clínicas, planes de salud, compañías de seguros y miríadas de organizaciones que emplean una enorme fuerza de trabajo.”*

Paul Starr^c

^c La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México: Fondo de Cultura Económica; 1991: pag. 17.

LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA

Características

La clínica surgió y tuvo su desarrollo y esplendor en una época muy distinta de la actual. Muchos de sus principios, valores, estrategias, procesos y métodos comenzaron a aplicarse cuando el papel del paciente era totalmente pasivo, la tecnología tenía un desarrollo incipiente, la sociedad jugaba un papel secundario, los hospitales estaban en manos de autoridades religiosas o médicas, la terapéutica era elemental, no existía una verdadera vigilancia por pares, los médicos tenían virtualmente una libertad absoluta para actuar, no existían organismos normativos ni de vigilancia, el financiamiento se hacía con base principalmente en la caridad o la filantropía, los instrumentos de la calidad aún no se consideraban, etc. La época contemporánea es completamente diferente. Varios de los nombres con los que se ha designado se muestran en seguida, con lo que se ilustran varias de las características predominantes de la época:

La era...
tecnológica
de la informática
del conocimiento
ecológica
de la bioética
de la información
de la participación social
de los estilos de vida
de la computación
del Internet

de la comunicación social
de la genómica
de la globalización
del ciberespacio

Cada uno de estos nombres ilustra una característica que describe algo de lo que está ocurriendo hoy en día. La era tecnológica implica que no sólo la práctica médica sino todas las actividades humanas están dominadas por la tecnología; la informática ha invadido el ambiente y se ha convertido en una formidable herramienta cuya incorporación a la clínica no es aún plena, pero permite a los clínicos contemporáneos el acceso expedito a la información, insumo básico para las decisiones y una ayuda instrumental invaluable para su actuación.

La participación social es un fenómeno característico de nuestra época: nunca antes la sociedad había estado tan activa (sin pretender desdeñar los movimientos sociales que dieron origen a las revoluciones de los dos últimos siglos). Ahora, como nunca antes, la sociedad se manifiesta y exige, presiona y demanda, hace oír su voz y denuncia, cuestiona y elige, condiciones que, desde luego, influyen en la relación médico-paciente y en la actuación profesional de los médicos.

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 diligente sino flexibilidad y capacidad de adaptación.

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 estas luces han tenido sus sombras; por ejemplo, la atrofia de la clínica por desuso, la tecnificación del médico en el sentido de convertirlo en un manejador de artefactos, su dependencia excesiva de la tecnología al grado de esclavizarse a los aparatos y a los

proveedores de consumibles, de paralizarse cuando el equipo se descompone o se somete a mantenimiento, y el aumento de los costos de la atención médica. El diagnóstico sin haber examinado al enfermo tiene su antecedente en métodos como la uroscopia en la que tan sólo se observaba la orina, o en el examen visual del excremento (coproscopia) que caracterizó a una época, pero hoy ha alcanzado niveles inconvenientes, cuando el médico le pide al enfermo por teléfono que le mande sus estudios y que no necesita verlo. 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 traduce la 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 a la intuición, la experiencia no sistematizada y hasta ciertas inferencias derivadas del conocimiento básico, y las supedita a la comprobación empírica. Se abandona el dogma, repetido por maestros y textos durante años y reediciones; 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 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 Dr. Bernard Lown, médico Premio Nobel de la Paz, lo expresa en su libro *The lost art of healing*³⁰ 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. Aun 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...”

40

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 tradicionalmente ha sido.

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 ya muchos legos dominan.

Ya 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 y al financiamiento. 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 sustancial. 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, por ejemplo en que la educación del paciente es más importante que la prescripción.

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.

41

Cambios en la expresión de las enfermedades

La segunda mitad del siglo xx y los primeros años del siglo xxi han sido testigos de muchos cambios en la expresión clínica, el pronóstico, la duración o las complicaciones de muchas enfermedades conocidas, además de que algunas casi desaparecieron y otras emergieron o reemergieron.

Como siempre, resulta difícil precisar cuántos de estos cambios obedecen a acciones del médico y la medicina y cuántos a la transformación que sufrió la sociedad en este lapso y que, como ya se ha probado, resultan muchas veces más importantes que los avances científicos propiamente dichos. Aquí se reseñan algunos de los cambios que evidentemente ocurrieron en las enfermedades, en el entendido de que todos ellos son multicausales y que el progreso médico tuvo, desde luego, alguna contribución. Como referencia se utiliza, en la mayoría de los casos, la descripción de las enfermedades en la edición de 1909 del libro de William Osler *The Principles and Practice of Medicine*, según se reseñan en una versión comentada³¹ y como contraste el texto clásico de Harrison en su 15^a edición.³²

Sería ocioso tan sólo intentar un catálogo de las enfermedades que han cambiado porque estoy seguro de que todas lo han hecho, en mayor o menor magnitud. Tan sólo se intenta ejemplificar algunas, los factores que han conducido a este cambio y en qué casos es éste más ostensible.

Nuevas ideas sobre la enfermedad

En la segunda mitad del siglo xx se generaron nuevas ideas en relación con el proceso salud-enfermedad, empezando por reconocerlo como tal, como proceso. La delimitación entre sano y enfermo deja de ser precisa y el proceso se convierte en un continuo en el que los sanos pueden llegar a estar aún más sanos y los enfermos más enfermos. Surge el esquema de la historia natural de la enfermedad que considera las muchas causas que pueden derivar en consecuencias mórbidas; la identificación de todas las maniobras médicas como acciones preventivas, ya sea primarias, secundarias o terciarias, de tal modo que deja de ser una contradicción hablar de terapéutica preventiva. El concepto de factores de riesgo sustituye al de factores causales y sobreviene un manejo terapéutico de los riesgos y ya no sólo de los síntomas o las molestias. Hay una tendencia clara hacia acciones más anticipadas en la medida en que se identifica que muchas de las intervenciones consagradas resultan tardías en el modelo de historia natural de la enfermedad. Surge el modelo de enfermedad crónica, en oposición al de enfermedad aguda, en que ya no se resuelven con una simple prescripción. Se reconoce la importancia del paciente en la atención de las enfermedades de tal modo que deja de ser un obediente procesador de las órdenes del médico. Se deja de atender tan sólo a los elementos subjetivos de la práctica clínica y se desacreditan la intuición y la experiencia no sistematizada como elementos básicos de las decisiones y surge una corriente que revalúa las bases científicas de la práctica médica mediante lo que se denomina medicina basada en evidencias. Se reconoce cada vez más las influencias de los factores culturales, económicos y políticos tanto en la producción de enfermedades como en la forma en que se manifiestan y se atienden.³³

La diabetes

Evidentemente la diabetes del siglo xxi no es igual a la de los principios del siglo xx. De ser una enfermedad mortal, con algunos casos de supervivencia en razón de su menor gravedad, se convirtió en el prototipo de enfermedad crónica con la que el paciente tiene que convivir el resto de sus días. Esto significa no sólo un cambio en la responsabilidad del médico, más educativa que prescriptiva, sino una mayor responsabilidad del paciente mismo, y una acumulación de casos que, en vista de que nunca se resuelven (más que con la muerte) adque-

ren un comportamiento epidémico. A este comportamiento contribuyen también el hecho de que ahora los pacientes diabéticos se pueden reproducir con mayor eficiencia, pues se han superado tanto los riesgos obstétricos como la disfunción eréctil, de tal modo que los hijos de los diabéticos son nuevos diabéticos potenciales.

En cuanto a la expresión clínica de la enfermedad, la misma supervivencia aumenta la oportunidad de que aparezcan las secuelas, como amaurosis, amputaciones y uremia que también están poniendo en jaque a las instituciones de salud. Hoy el diabético es un individuo incorporado en la sociedad casi sin distinción del no diabético, que requiere, no obstante, de una disciplina personal estricta, y que vive con la amenaza de las complicaciones crónicas.

En tiempos de Osler la diabetes en menores de 40 años era prácticamente fatal; el único tratamiento era la dieta baja en carbohidratos, no importaba que tuviera 70% de grasa; incluso, aunque se conocía la sacarina, su empleo estaba prohibido por su sabor dulce; predominaban las complicaciones agudas sobre las secuelas, que son hoy las que han adquirido un carácter epidémico.

43

Sobreinfecciones, infecciones nosocomiales e infecciones por microorganismos resistentes a los antimicrobianos

Estos son ejemplos de enfermedades relacionadas con el progreso médico que se desconocían a principios del siglo xx. La esperanza que los antibióticos trajeron se empezó a opacar cuando se identificaron los inconvenientes de estos fármacos, entre ellos la hipersensibilidad pero, sobre todo, los efectos ecológicos. La hospitalización por sí sola se ha convertido en una situación de riesgo, entre otras cosas porque el paciente puede adquirir una infección con microorganismos de hospital que suelen ser resistentes a muchos fármacos y tienden a ser graves. Este fenómeno se ha convertido en una verdadera amenaza, que requiere poner en práctica muchas medidas costosas, como vigilancia epidemiológica, laboratorios de microbiología confiables, implementación de reglas hospitalarias especiales para el manejo de los pacientes. La tendencia a una medicina ambulatoria se sustenta en parte en este riesgo.

Antes mortales, hoy crónicas o curables

El progreso médico se ha manifestado sobre todo en la reducción de la mortalidad o las secuelas de diversas enfermedades; algunas de ellas son hoy curables, otras se han convertido en enfermedades crónicas.

A principios de siglo la neumonía tenía una mortalidad de 40%. Hoy sigue habiendo casos fatales pero casi exclusivamente en pacientes debilitados, inmunodeprimidos, en los que la neumonía es una complicación de enfermedades previas, o bien en pacientes que no tienen un acceso oportuno a la atención médica. La historia natural completa de las enfermedades infecciosas, como se describía en los textos de la época, ya no se ve más porque virtualmente todos los pacientes reciben antibióticos, antitérmicos y otros antisintomáticos capaces de modificarla. La tifoidea del libro de Osler era una enfermedad de aparición insidiosa al grado que al paciente le costaba trabajo identificar una fecha y aunque si bien el diagnóstico ya se podía sustentar en el aislamiento del microorganismo a partir de la sangre, las heces, la orina o la roséola, muchos casos se diagnosticaban por una elemental prueba de aglutinación que Widal adaptó a partir de otras enfermedades infecciosas. Es muy probable que se hayan considerado tifoidea muchos casos que no lo eran, y a ello se debe la descripción tan florida de manifestaciones clínicas de la enfermedad. Hoy la tifoidea es más bien una enfermedad oligosintomática en la que predomina la fiebre, cuyo diagnóstico se sustenta clínicamente en la falta de signos locales y en la identificación de *Salmonella typhi* o los anticuerpos producidos en su contra. Es también una enfermedad más corta que el lapso de varias semanas que se describía en su historia natural.

Muchas enfermedades malignas, mortales por definición a principios de siglo, se han convertido en curables cuando se tiene acceso oportuno a los servicios de salud. Hoy sobreviven muchos casos de enfermedad de Hodgkin y linfomas No Hodgkin, leucemia aguda y tumores sólidos de diferente localización y, por supuesto, muchos llenan criterios de curación que antes ni se soñaban.

Al conseguirse que algunas enfermedades otrora mortales se convirtieran en crónicas, han aparecido nuevas manifestaciones que nunca antes se hubiesen identificado. Por ejemplo, los pacientes con insuficiencia renal crónica hoy en día sobreviven lo suficiente como para manifestar consecuencias de largo plazo de su enfermedad como la osteodistrofia; no se diga las consecuencias inéditas de los trasplantes o las diálisis crónicas.

La cardiopatía isquémica que, acaso, era identificada por la angina clásica y el infarto, prácticamente como manifestaciones *premortem*, es hoy una enfermedad crónica, que a menudo requiere de intervenciones médicas o quirúrgicas. Pero no sólo su pronóstico ha cambiado sino que se han venido reconociendo nue-

vos síndromes que traducen la deficiente irrigación del miocardio: angina inestable, isquemia silenciosa, muerte súbita, arritmias diversas, etcétera.

La influencia de los factores ambientales

Si bien desde Hipócrates se consideraron los factores del ambiente, la última mitad del siglo xx se caracterizó por el énfasis en los efectos nocivos sobre la salud de los contaminantes ambientales. El asma bronquial se ha vuelto endémico en las grandes ciudades con un aumento tanto en su prevalencia como en su gravedad. Pero también las últimas décadas del siglo fueron testigos de los efectos dañinos del tabaco, los que constituyeron una nueva epidemia que obligó a tomar medidas sanitarias drásticas. Tanto el tabaquismo como el alcoholismo se reconocen como enfermedades y se les priva de su connotación de vicio o debilidad y se extiende el reconocimiento de la importancia de los factores sociales en el desarrollo de las enfermedades.

45

Consecuencias del incremento en la esperanza de vida

Con el aumento en la esperanza de vida todas las enfermedades llamadas crónico-degenerativas han visto incrementada su prevalencia, y la comorbilidad se ha convertido en la regla más que en la excepción.

Uno de los ejemplos más dramáticos tiene que ver con los años que viven las mujeres después de que ha cesado la producción endógena de estrógenos. En otras épocas la exposición a esta condición fisiológica era apenas de unos años, en tanto que hoy no es rara la mujer que vive el mismo número de años con estrógenos endógenos que sin ellos. Esto ha propiciado que la osteoporosis, que era una condición relativamente infrecuente, sea ahora una de las amenazas para los adultos mayores, y que la enfermedad de Alzheimer dejara de ser una curiosidad de los libros de texto para convertirse en una de las epidemias de principios del siglo xxi.

Los efectos iatrogénicos

Aunque siempre han existido, las enfermedades que tienen su origen en las acciones de los médicos o el personal paramédico conforman una nueva epidemia. Aquí no me refiero a las enfermedades

que han surgido como consecuencia de las acciones sanitarias, pero sí a los cambios que imponen estas acciones sobre las enfermedades conocidas. Un fenómeno característico de nuestra época es la llamada “iatrogenia en cascada” en que se prescribe un medicamento para contrarrestar los efectos de otro que a su vez pudo haber sido prescrito por una razón similar. Es obvio que la enfermedad inicial se transforma como consecuencia de las intervenciones terapéuticas y lo que resulta es un cuadro nosográfico muy diferente del que motivó las primeras decisiones. Las unidades de cuidados intensivos, que sin duda han sido una de las aportaciones terapéuticas más importantes del periodo del que hablamos, también han generado una serie de cambios en la expresión clínica de las enfermedades en la medida en que se adicionan muchas consecuencias iatrogénicas.

En suma, 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 muy rápidos para acecharlos y utilizarlos de inmediato; los desarrollos tecnológicos nos han deslumbrado y tendemos a rendirles culto y volvernos sus obedientes esclavos; por el otro, los cambios sociales han resultado demasiado drásticos, demasiado opuestos a una visión que data de al menos 2 500 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 sus propias necesidades 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. Esta es sólo una modesta llamada de atención.

Las nuevas formas de organización de la atención médica^d

Una característica más de los nuevos tiempos son los cambios en las relaciones entre financiadores, prestadores y usuarios de los servicios médicos. Entre los problemas más importantes en la actualidad se encuentran el financiamiento de los servicios de salud, las estrategias para moderar los costos y la lucha por la eficiencia; pero también se ha hecho evidente que la de la salud es una industria económicamente productiva y rentable si se administra bajo las reglas empresariales, lo cual ha sido aprovechado por líderes financieros aunque con frecuencia excluyendo a los médicos y no siempre con criterios sanitarios o de beneficio social.

47

Los modelos predominantes en la historia han sido el financiamiento público a través de fondos fiscales de distintas modalidades, complementados con recursos de los trabajadores y los empleadores, como el modelo tripartita del Seguro Social, y el de pago por evento en la medicina liberal. Evidentemente este último ya mostró sus limitaciones pues se restringe a muy pocos procedimientos y padecimientos y a muy pocos usuarios. A partir de la necesidad de nuevas formas de financiamiento han surgido muchos esquemas adicionales.

Una primera reacción se ha generado en contra de la terminología en que los médicos se niegan a ser denominados prestadores de servicios de salud y que a los pacientes se les designe como usuarios. No parece lo mismo una relación médico-paciente que una prestador-usuario. Al constituirse los terceros pagadores el énfasis se ha puesto en la contención de costos, si no es que en la rentabilidad. De esta manera algunos financiadores eligen a los médicos que acepten sus condiciones, tanto para limitar los estudios complementarios como para ejercer la función de cancerberos (*gatekeeping*) y evitar la referencia de enfermos. Con propósitos de planeación y supervisión se han creado protocolos que, si fuesen sólo guías para orientar a los médicos resultarían útiles, pero hay la pretensión de que se sigan al pie de la letra, que no se rebasen los costos previstos y que los médicos se conviertan en obedientes procesadores de algoritmos.

^d Este capítulo contó con la valiosa colaboración del Dr. Franklin Libenson.

I used to be a doctor

I used to be a doctor, now I am a health care provider.

I used to practice medicine, now I function under a managed care system.

I used to have patients, now I have a consumer list.

I used to diagnose, now I am approved for one consultation.

I used to treat, now I wait for authorization to provide care.

I used to have a successful people practice, now I have a paper failure.

I used to spend time listening to my patients, now I spend time justifying myself to the authorities.

I used to have feelings, now I have an attitude.

Now I don't know what I am.

(Yo era un médico

Yo era un médico, ahora soy un proveedor de servicios de salud.

Solía practicar medicina, ahora funciono en un sistema de atención gerenciada.

Solía tener pacientes, ahora tengo una lista de consumidores o clientes.

Solía realizar diagnósticos, ahora me aprueban para otorgar una consulta.

Solía dar tratamientos, ahora tengo que esperar la autorización para proveer atención.

Solía tener una práctica exitosa entre la gente, ahora tengo una insuficiencia de papel.

Solía destinar el tiempo a escuchar a mis pacientes, ahora lo utilizo para justificarme ante las autoridades.

Solía tener sentimientos, ahora tengo una actitud.

Ahora no sé bien lo que soy)

48

Esta forma de pensar ha permeado seriamente en las organizaciones de atención médica, y los profesionales han entrado en desconcierto porque ven amenazados los principios y valores ancestrales. En el cuadro que inicia esta página puede percibirse el lamento de un médico anónimo que escribió en Internet.

Los tres participantes del sistema

Se puede reconocer que muchas de las nuevas formas de organización de la atención médica son en realidad reorganizaciones a partir de modelos antiguos que se han ido modificando para adaptarse a los cambios de la sociedad.

En la prestación de los servicios se puede identificar tres participantes importantes: los *financiadores* o *pagadores*, los *prestadores de servicios* y los *consumidores* (en otras épocas podrían ser llamados patrocinadores o benefactores, médicos y pacientes, pero

ya se ha decidido abandonar los eufemismos). Si una organización es una asociación constituida para un determinado fin, la unión de financiadores, prestadores y consumidores puede perseguir distintos fines, dependiendo de si son públicas o privadas, si tienen o no propósitos de lucro, o bien se pueden crear organizaciones de sólo financiadores, administradores o prestadores de servicios. Hasta en el más elemental modelo de organización de la atención médica se identifican estas tres funciones, aunque no necesariamente se separen en tres subsistemas.

Dinámicas de las organizaciones de salud

Las interrelaciones entre estos tres protagonistas pueden adquirir muy diferentes variantes. Frecuentemente un prestador de servicios (p. ej., un hospital o un gabinete) otorga un servicio a un consumidor final, basado en las indicaciones de otro prestador de servicios (el médico) que no forma parte (no trabaja para) del primer prestador, y estos servicios son pagados por un tercero. Pero hay que entender que todas las políticas internas (financieras, operativas, de recursos humanos y otras) repercuten necesariamente en la atención del paciente y en sus resultados o desenlaces (*outcomes*).

Las organizaciones, independientemente de si son públicas o privadas, gubernamentales o no, con fines de lucro o sin él, tienen que ser financieramente viables. Los modelos basados tan sólo en la caridad o en el subsidio total han pasado a la historia porque no se pueden sostener. Todas tienen que operar con márgenes de utilidad si no es que quieren ver comprometida su supervivencia; deben tener una conciencia de rentabilidad. Lo que hace una diferencia es cómo utilizan estas organizaciones sus excedentes de capital.

Si se piensa en los tres componentes de la organización (pagadores, prestadores y consumidores) como vértices de un triángulo, en el que cada lado representa la fuerza de cada uno de los componentes, se puede ilustrar que para alcanzar una satisfacción completa de todos ellos, este triángulo tendría que ser equilátero. En la práctica esto no sucede pues en todos los sistemas de salud del mundo alguno de los integrantes tiene más fuerza y tracciona el triángulo, de tal manera que se deforma, se enfoca a sus intereses y deja en desventaja a los demás. El gobierno juega

un papel muy importante ya que su regulación es lo que da al sistema un marco legal que propicia el triángulo equilátero.



50

Los financiadores o pagadores

En el modelo de práctica liberal, el propio consumidor se constituye en pagador mediante lo que se llama “pago de bolsillo”, que se suele corresponder también con el “pago por evento”. Esta práctica muestra una tendencia a desaparecer en la medida en que los costos de la atención médica se han incrementado, en que los gastos pueden llegar a ser catastróficos (es decir, que las familias se empobrezcan por razones de salud) y que se ven obligadas a hacer las erogaciones en el momento más inoportuno, cuando no tienen capacidad de elección, y frecuentemente cuando han tenido que abandonar su trabajo por la propia enfermedad.

Los pagadores o financiadores se suelen clasificar en públicos y privados, dependiendo del origen de los fondos y del control gubernamental. En México se consideran financiadores públicos al Seguro Popular, la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, Pemex y otras instituciones de seguridad social, si bien se reconoce la participación tripartita en las instituciones de seguridad social. Entre los financiadores privados se encuentran las administradoras de servicios, las aseguradoras y una variante de éstas, las ISES (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud).

El IMSS y el ISSSTE, además de pagadores son prestadores. Esto ha permitido que cumplan algunas políticas del estado, recaudando fondos del propio estado, de los trabajadores y de los empleadores, y otorgando los servicios con la amplitud del concepto de seguridad social, es decir, servicios preventivos y curativos, pensiones, prestaciones en dinero por incapacidad y prestaciones socia-

les como cultura y deporte. Sin embargo, el hecho de que una sola entidad resulte prestadora y financiadora tiene sus inconvenientes en términos de los axiomas comerciales, pues el financiador suele tratar de pagar lo menos posible y el prestador cobrar lo más posible por sus servicios, y no hay una verdadera negociación que incentive a favor de la calidad.

Las administradoras de servicios de salud

Estas organizaciones se dedican a administrar los recursos de salud para empresas y particulares; no toman riesgo y sólo hacen labores de intermediación entre prestadores y pagadores. Por ejemplo, una empresa contrata a una administradora de servicios para la atención de sus empleados y lo que la administradora hace es conseguir arreglos atractivos con los prestadores (p. ej., descuentos, red de médicos), coordina la atención de los pacientes (citas) y coordina el pago de servicios. Es importante recalcar que estas organizaciones no toman riesgos financieros. Si los empleados de la empresa que contrató a la administradora utilizan más servicios que los que se tenía estimado y se terminan los recursos, la propia empresa tendría que destinar más para la atención de sus enfermos o bien, negar el servicio más allá de un cierto límite de gastos.

51

Las aseguradoras

Estas organizaciones son contratadas por una persona o una empresa y se comprometen a indemnizar en caso de un eventual daño o accidente, es decir, asumen o toman el riesgo a cambio del pago de una prima. Su forma de organización se centra en la protección financiera y no tanto en la salud; ciertamente abatir la siniestralidad podría ser una manera de reducir los gastos, pero hasta ahora su visión es la de proporcionar servicios de calidad (para conservar a los clientes) pero conseguir los precios más bajos posibles. Si no logran estos costos bajos, la prima se incrementaría al año siguiente y podrían perder clientes. Los tres puntos clave de las aseguradoras son: que toman riesgo, que vigilan la calidad de la atención y que no se involucran en la prevención.

Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Estas instituciones nacen a partir de cambios y demandas en el sector salud en respuesta a incrementos en los costos de la atención y la estructura disfuncional que se crea por tener servicios fragmentados.³⁴ Lo que sí es un hecho es que la intención de un modelo de

atención administrada (como son las ISES) es influenciar y modificar la conducta de los médicos y otros profesionales para alcanzar una atención médica costo-efectiva, independientemente de lo que esto signifique. Una diferencia importante entre las ISES y las aseguradoras tradicionales es la intención de las ISES de otorgar servicios de salud a sus afiliados anticipándose a la enfermedad. Las aseguradoras tradicionales tienen la función de cubrir los costos de la atención, mientras que las ISES se involucran más con el manejo integral de la salud del paciente, e incluyen, por ejemplo, medicina preventiva, seguimientos, rehabilitación, modulación de las conductas de médicos y pacientes.³⁵ Son organizaciones en las que es posible ejercer la medicina gerenciada (*managed care*), cuyo propósito es reducir los costos de la atención a la salud sin afectar negativamente su calidad, aunque todavía no es concluyente la evidencia que pruebe que se alcanzaron estas metas.

Algunas diferencias con los seguros de gastos médicos son que éstos, los seguros de gastos médicos mayores, están orientados a indemnizar una vez que ocurrieron los daños y tuvieron que ser atendidos, se basan en una tecnología actuarial y se paga por servicio. Además, los gastos médicos son sólo una variante de los muchos servicios que otorgan las aseguradoras convencionales (vida, incendios, robo, etc.), en tanto que las ISES se dedican exclusivamente al ramo de la salud. Éstas ofrecen no sólo protección financiera sino servicios de atención a la salud, preventivos y curativos, de tal manera que 95% de los asegurados utilizan los servicios, a diferencia de los gastos médicos mayores que sólo 11% de quienes tienen la póliza la utilizan. Las ISES protegen desde antes del inicio de la enfermedad y tienen responsabilidad de proteger la salud, cuentan con contralores médicos y son reguladas muy de cerca por la Secretaría de Salud.

La aparición de las ISES en México ha generado una discusión que va permitiendo clarificar mejor su papel en un sistema de salud como el nuestro.³⁶ Los argumentos que se han utilizado para justificar las ISES parecen corresponder con las mejores tradiciones de la práctica de la medicina, aunque han sido combatidos de diversas maneras.³⁷

La medicina gerenciada (*managed care*)

La medicina gerenciada nació en Estados Unidos (EU) en respuesta al consumo excesivo de recursos y a la fragmentación de los servicios de salud.³⁸ Además, existía una falta de servicios de medicina preventiva, un sobretratamiento de algunos pacientes y un sub-

tratamiento para otros y una responsabilidad clínica (*clinical accountability*) insuficiente. La medicina gerenciada se ejerce en EU en dos estructuras organizacionales básicas: *Health maintenance organization* (HMO) o *Preferred Provider Organization* (PPO). La HMO es un sistema organizado prepagado de servicios de salud en el que una cantidad fija de dinero está disponible para cubrir las necesidades de salud de los miembros. Esta organización, en consecuencia, asume el riesgo financiero y tiene la capacidad de transferir ese riesgo a médicos y otros prestadores de servicios, como hospitales. En este modelo los pacientes pagan una tarifa fija y reciben por ello atención médica.

La PPO establece una red de médicos y prestadores que atienden a los asegurados mediante una tarifa preferencial; es una intermediaria entre los compradores de servicios de salud y los prestadores.

Con todas las complejas dinámicas que se involucran en la prestación de los servicios de salud, el factor clave del éxito en la medicina gerenciada es el médico; esta forma de organización de la atención sólo funciona si se logran modificar las acciones del médico para asegurar que se utilicen prácticas “costo-efectivas” y no haya dispendio de recursos. Otro factor importante es la utilización de los médicos de primer contacto como custodios para evitar la atención especializada o costosa que no sea indispensable (*gatekeepers*; cancerberos, porteros). Se considera que la conducta de los médicos puede ser modificada de tres maneras: con incentivos, preseleccionando a los prestadores y con el uso de guías clínicas. Un problema que existe con estas modificaciones de conducta es que las organizaciones pagadoras que tienen fines de lucro se inclinarán siempre por factores económicos de reducción de costos y no por factores de calidad de la atención. Una característica es que a los prestadores se les ha transferido parte del riesgo financiero, que antes era completamente de la aseguradora, por parte de los financiadores.

Europa ya comienza a adoptar las prácticas de la medicina gerenciada iniciadas en EU, pero con características particulares. La definición europea de medicina gerenciada es “el proceso para maximizar los beneficios en la salud de una comunidad con recursos limitados garantizando ciertos servicios con calidad apropiada y monitoreando caso por caso para asegurar la mejora continua y alcanzar metas individuales y nacionales”.³⁹ El mundo europeo tiene, pues, una perspectiva más comunitaria. Hace hincapié en que los responsables de que el modelo sea efectivo no son sólo las organizaciones (HMO) sino todos

los participantes: legisladores, pagadores, prestadores y consumidores y considera como el objetivo básico al administrar los servicios de salud, el beneficio en salud que obtenga toda la comunidad.

Los prestadores

Los hay públicos o “gubernamentales” y privados o “no gubernamentales”. Entre los públicos el principal prestador en México es el IMSS que cuenta con una red propia distribuida según niveles de operación; los médicos y el personal auxiliar están contratados por la institución; el laboratorio y los gabinetes de imágenes son parte del sistema y responden al mismo modelo. Esta integración ofrece las ventajas del control de la información médica y financiera, la comodidad para los pacientes y el manejo de una sola cuenta o factura al financiador. Las deficiencias que se observan en la práctica parecen depender menos de las características de la organización como de defectos en sus relaciones personales internas y externas, ineficiencias laborales y vicios, de que la demanda parece haber rebasado la capacidad de otorgar los servicios y de que las instituciones se han desfinanciado a partir de la necesidad de cubrir cada vez más las pensiones de los jubilados y pensionados.

La prestación de los servicios de salud en la medicina privada en México se hace de una manera menos integrada que en el modelo público pues, en general, los hospitales, los médicos, los laboratorios y las farmacias no suelen pertenecer a una misma organización.

La organización de los hospitales privados es diferente ahora que en el pasado. En la década de 1990 los inversionistas se dieron cuenta de la rentabilidad de los hospitales y comenzó un interés particular en ellos. En la actualidad hay en México grupos de empresarios que ya tienen una organización de hospitales en integración horizontal, con estrategias financieras muy claras de lo que desean alcanzar, con lo cual comienzan a tener una fuerza política y social muy importante.

Esta integración horizontal ofrece ciertas ventajas a la empresa, entre ellas más poder de negociación con pagadores o financiadores, participación en economías de escala, que representan la capacidad de producir más unidades de un producto a un menor costo. Algunos grupos se han involucrado con otras empresas prestadoras de servicios como laboratorios de diagnóstico, unidades de imagen o farmacias. Poco a poco estas organizaciones tratan de integrar más los servicios de salud para mejorar la calidad de la atención y ser más “costo-efectivos”

Los incentivos

En una estructura compleja en la que participan financiadores, prestadores de servicios, fabricantes de productos para la atención médica, distribuidores, promotores, etc., los médicos y los hospitales son la parte final de la cadena, los responsables de la prestación del servicio. Sus acciones determinan tanto los resultados para el paciente, como curación, complicaciones, satisfacción, etc., como los costos para el sistema de salud. Por ejemplo, el costo de un paciente con una determinada enfermedad para una aseguradora está determinado principalmente por el curso de acción que decida tomar el médico tratante; también participan las acciones del personal de enfermería y auxiliar, puesto que una enfermera mal capacitada puede causar complicaciones que, además de sus consecuencias para la salud tienen un costo para los financiadores. De igual forma, si un hospital tiene poco presupuesto y está limitado en recursos, las acciones del médico o del personal auxiliar se pueden ver afectadas de tal modo que se repercute en la calidad de la atención al paciente y en los costos para el financiador.

A los médicos nos ha costado trabajo aceptar esta nueva imagen o hasta la idea de que somos bastante susceptibles a los incentivos económicos; a pesar de la tradición de servicio y la imagen de apostolado, se ha visto que médicos y hospitales responden predecible y consistentemente a ellos. A consecuencia de esto existen variaciones importantes en la atención de los pacientes en diferentes sistemas. En un estudio realizado por una consultora internacional⁴⁰ se compararon los sistemas de salud de Alemania, Estados Unidos e Inglaterra en el tratamiento de cuatro enfermedades: diabetes, litiasis vesicular, cáncer de mama y cáncer pulmonar. Se vigilaron las acciones cotidianas de los médicos y los hospitales y se trataron de relacionar con diferencias en la morbilidad, supervivencia y calidad de vida de los pacientes. Aunque para algunos seguramente no fue sorpresivo, las diferencias se derivaron de la forma en que se pagaba a los médicos y de las restricciones para proveer tratamiento a los pacientes. Las diferencias en productividad se atribuyeron a los grados de competencia en un mercado libre y a la integración de los servicios de salud.

Medir la productividad y la eficiencia de los servicios de salud es más complicado que en otros sectores ya que el manejo del paciente es un proceso complejo en el que participan muchos factores ajenos al prestador de servicios como pueden ser el comportamiento del paciente o las influencias de los pagadores. Además, el resultado final, “una

mejor salud”, es muy difícil de cuantificar. En el estudio de referencia los indicadores que se utilizaron fueron la selección de los pacientes para tratamiento, el tiempo necesario para tratar una enfermedad, cuándo y qué tan frecuentemente se adoptaban nuevas tecnologías y el sitio en el que se proporcionaba el tratamiento, ya fuese hospitalizando al paciente o manejándolo de manera ambulatoria. Los tres países analizados tienen diferentes estructuras organizacionales, particularmente en cuanto al grado de integración de los servicios de atención médica y en cuanto a la competencia comercial. Estas desigualdades dan lugar a diferentes incentivos y restricciones lo que da como resultado variaciones en la atención de diferentes enfermedades.

Ninguno de los países fue mejor en la atención de todas las enfermedades estudiadas. En el Reino Unido, debido a los incentivos económicos y a las restricciones para aumentar la oferta de hospitales o camas, médicos y capital para la atención de los pacientes, los médicos fueron más selectivos para el tratamiento, de tal modo que se prioriza por gravedad y se van atendiendo a los más enfermos por falta de capacidad; comparado con Estados Unidos, en el Reino Unido transcurre un mayor tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento, con largas listas de espera para los procedimientos. En esto influyen los salarios fijos a los médicos en el Reino Unido, lo que contrasta con el sistema de “pago por evento” en EU y se puede comparar con lo que ocurre en el IMSS en el que los médicos son asalariados y ganan exactamente lo mismo si ve dos pacientes o cien.

El sistema estadounidense es comparable al de la medicina privada mexicana. Es común oír hablar de tiempos de espera para pacientes en el IMSS y no tanto en la medicina privada (aunque no es tan raro que esperen más que en el IMSS pero se quejan menos); en este último caso el paciente puede elegir otro médico como expresión de la competitividad comercial, lo que no sucede en el Reino Unido ni en el IMSS, en los que casi no existe competencia; los médicos no tienen el incentivo de atender mejor a los pacientes y captar más enfermos porque no ven ningún beneficio financiero, en tanto que en la medicina privada los médicos se preocupan por atender bien a los pacientes porque si no se van con otro médico. El médico del IMSS tiene un solo pagador (el propio Instituto), es sujeto de contratación colectiva y no tiene que competir por un nuevo contrato; en la medicina privada los pagadores tienen muchas opciones para contratar prestadores, se reservan el derecho de no renovar los contratos y pueden elegir otras alternativas.

En la litiasis vesicular los resultados fueron mejores para los estadounidenses. Sus incentivos de pago por evento, el ambiente de competencia y la capacidad de adoptar rápidamente nuevas tecnologías, como sucedió con la cirugía laparoscópica, condujeron a una mayor satisfacción de los pacientes. Los médicos tuvieron razones financieras para responder mejor a la demanda de los pacientes y las aseguradoras aceptaron más rápidamente alternativas quirúrgicas más “costo-efectivas”.

En la atención de cáncer de pulmón, las restricciones en el Reino Unido para referir a los pacientes con especialistas y los topes en inversiones de capital para compra de equipo condujeron a una programación más lenta, un menor uso de la tomografía computada para el diagnóstico y la estadificación con una menor productividad y más malos resultados.

En EU el ambiente estimuló buenos programas de detección de cáncer de mama mediante mastografías y ultrasonidos, pero propició que se hicieran más mastectomías que procedimientos más costo-eficientes como la lumpectomía que reduce el tiempo de estancia hospitalaria y favorece la atención ambulatoria.

En diabetes, por otro lado, el modelo de atención más integrado de los británicos y el menor grado de competencia condujo a una productividad mayor. El sistema nacional de salud británico, que es responsable de cubrir los gastos en salud de toda la población, identificó a la diabetes como una prioridad, canalizó capital suficiente e incentivó a los prestadores de servicios que se organizaron en clínicas especializadas y fueron muy activos en medicina preventiva y en el manejo de la enfermedad. Además, el limitado número de médicos familiares y el tiempo restringido de estos médicos los obligó a ser mejores en la elección de los pacientes para tratamiento, referir los casos más graves a las clínicas de especialidad, y a motivar a los pacientes con padecimientos más leves a llevar el autocontrol. Esto dio como resultado menores complicaciones, mejor utilización de recursos y mejores desenlaces (*outcomes*).

El modelo estadounidense, el cual es comparable con la medicina privada cubierta por aseguradoras en México, desalienta la provisión de una atención integral al paciente diabético. Las aseguradoras de EU registran un cambio de hasta 40% de sus asegurados cada año, de tal modo que no les interesa gastar recursos en medicina preventiva; igualmente, el modelo de pago por evento a los médicos y hospitales aumenta los costos de la aseguradora si el paciente se atiende

de una manera integral, y tener una atención integral para pacientes crónicos les atraería mayor número de éstos y aumentarían aún más sus costos.

Conclusión

La creciente complejidad de las interacciones entre pagadores, prestadores y usuarios, incluidos los papeles concordantes (al mismo tiempo pagador y usuario, por ejemplo), en un contexto de globalización y de predominio de valores económicos, ha venido modificando sustancialmente la organización de la atención médica.⁴¹ Hoy se trata de un complicado mercado que requiere una nueva visión por parte de médicos y pacientes, de entender su papel y, ciertamente, adaptarse a las nuevas circunstancias. En muchas empresas hay una visión egoísta, de corto plazo, destinada a resolver sus propios conflictos, sin una perspectiva centrada en el bienestar social.

La integración de los servicios con la vista puesta en el mayor bienestar posible para la sociedad, está muy lejos de alcanzarse; cada día hay más disparidad en la atención, los costos se incrementan sin una evidencia clara de que se mejora la salud; hay duplicación de funciones entre las organizaciones de salud y se desperdician recursos. Hace falta un consenso social centrado en un fin común. No existen las bases legales para que sistemas y organizaciones públicos y privados interactúen eficientemente entre sí.

Por otro lado, antes de que se acabe de trivializar la atención de la salud, de que se maneje como una mercancía más, sujeta a las frivolidades de la especulación, conviene recordar sus elevados fines, sus raíces en el humanismo, sus virtudes y principios, de tal manera que la organización se siga identificando con un medio para mejorar los niveles de salud de la sociedad, sin crear falsas necesidades o limitarse a la obtención de excedentes financieros para enriquecer a los empresarios. El papel de las organizaciones para la atención de la salud tendría que medirse en términos de salud.

El nuevo paciente

Entre las razones por las que ha cambiado la clínica está la que el paciente de hoy es diferente. Aunque en esencia sigue siendo un sufriente, padeciente, enfermo o con riesgo de estarlo, el paciente de hoy ha hecho conciencia de sus derechos, que se le negaron por decenios. En el modelo clásico, el mejor paciente es el que obedece ciegamente las instrucciones del médico, sin cuestionarlas, sin hacer preguntas, simplemente acatándolas puesto que el médico es el que sabe lo que es bueno para él (*doctor knows best*). Al concederle autoridad al paciente, en la época contemporánea se admite no sólo que puede dar una opinión sino que ésta puede prevalecer por encima de la del médico. Al fin y al cabo, si el médico es un experto en enfermedades y tratamientos, el paciente es experto (y el único experto) en su padecimiento, además de que tiene todo el derecho de expresar lo que quiere para sí mismo.

59

Esta conciencia por parte del paciente de cuáles son sus derechos se relaciona con un cambio en la sociedad misma que se volvió exigente, que ya no acepta sin más las imposiciones, que pregunta, demanda, se organiza, presiona, denuncia, bloquea calles y reclama. El movimiento de la bioética reivindica el principio de autonomía o de autodeterminación que concede a las personas la propiedad de sus cuerpos y sus voluntades de tal manera que pueden negarse incluso a seguir las recomendaciones de los médicos si no les parecen convenientes. Este es un cambio verdaderamente sustancial y los médicos contemporáneos enfrentan el dilema de a qué principio conceder prioridad, si al de beneficencia o al de autonomía; en otras palabras, si los médicos deben optar por las acciones que benefician a los enfermos aunque éstos no estén de acuerdo, o bien si deben respetar las decisiones de los pacientes aunque éstas les dañen o no les beneficien.

A partir de este cambio han surgido conductas que se veían poco en el pasado como las de los pacientes demandando legalmente a sus médicos, acusándolos ante instancias judiciales, exigiendo indemnizaciones, todo lo cual ha sido plenamente aprovechado por gestores que viven del conflicto.

Los abusos a los pacientes no sólo se referían a ignorar sus opiniones sino someterlos a circunstancias verdaderamente indignas como la exposición a los estudiantes sin respetar su pudor y su dolor, y hasta la participación en investigaciones sin solicitar su autorización. Hoy existe cierta protección mediante el consentimiento

informado y los comités de ética, así como el énfasis que se ha puesto en su seguridad.

El papel del paciente en la atención de la salud

La atención de la salud es un proceso complejo en el que participan muchos actores. Los papeles relativos del médico, el paciente, su familia, las instituciones de salud, la autoridad sanitaria, las organizaciones académicas, los grupos organizados de la sociedad civil, los empresarios de la salud y el público en general han ido variando con el tiempo. En este esquema, el papel del paciente por mucho tiempo fue tan sólo obedecer ciegamente las órdenes del médico.

Sin embargo, hoy en día la situación ha cambiado evidentemente. Por un lado, como ya se señaló, el paciente se ha hecho consciente de sus derechos, entre ellos el de participar en las decisiones que le conciernen directamente.

El paciente es, sin duda, el personaje más importante para el éxito terapéutico. A veces se da por descontado que el paciente seguirá fielmente las prescripciones, pero éste tiene su propia opinión, matizada por sus creencias y valores, sus temores y suspicacias, su visión del futuro y del presente, sus compromisos y prejuicios y su libertad para elegir entre diferentes médicos, diferentes tratamientos y hasta diferentes desenlaces.

Respetar la condición de persona de un paciente⁴² significa que el médico logre no tanto que el paciente se discipline y acate órdenes, sino que comprenda la terapéutica, se convenza, le dé valor, se involucre afectivamente y se comprometa con las instrucciones y sugerencias del médico. La denominación del seguimiento de las instrucciones del médico como “obediencia terapéutica” ha generado mucha controversia pues se identificaron connotaciones coercitivas y paternalistas,⁴³ y por ello se prefiere utilizar términos como adhesión, adherencia, apego, conformidad y alianza terapéutica, como se señala más adelante.

En ejercicio de su autonomía y de su capacidad de autodeterminación,⁴⁴ el paciente tiene el derecho de intervenir en las decisiones diagnósticas y terapéuticas, y también el de delegarlas confiadamente en su médico (o en alguien más), y habrá quienes opten por una u otra modalidad. Cuando esto no se expresa abiertamente, el médico habría de tener la habilidad de discernir la preferencia del paciente y, en todos los casos, informarle debidamente.

¿Y si el paciente toma decisiones equivocadas? Bajo la perspectiva del médico se pueden considerar equivocadas algunas decisiones que no lo son desde el punto de vista del paciente. Hay pacientes que desean que los operen aunque la indicación quirúrgica sea cuestionable, otros que se niegan a ser intervenidos cuando la indicación es clara o hasta urgente, otros que rechazan la hospitalización o que no aceptan que se les realicen ciertos procedimientos necesarios para su atención. Se ponen en oposición dos principios: el de beneficencia que conduce al médico a buscar siempre el bien del paciente (en términos de salud) y el de respeto a la autonomía que lo dirige a considerar al paciente como persona responsable de sus propias decisiones. Si se opta por el segundo —que en la actualidad muchos autores tienden a colocarlo por encima del de beneficencia—, se tiene que estar seguro de que el paciente tiene la información necesaria y de que la ha comprendido y asimilado.

Se ha dicho que “ser libre significa tener la libertad de elegir erróneamente”. Por supuesto que los pacientes incompetentes no pueden ejercer su autonomía, de manera que una responsabilidad adicional del médico es la de identificar el grado de competencia del enfermo. Son claros los ejemplos de incompetencia de los pacientes en coma o en estado vegetativo, los niños muy pequeños y los enfermos con demencia, pero no es tan obvio en los niños un poco mayores y los sujetos con enfermedades mentales distintas de la demencia, por ejemplo la depresión. En los casos de incompetencia se tiene que optar por decisores subrogados, uno de los cuales puede ser el médico, quien tendría que actuar a favor de los mejores intereses del paciente. Esto significa no tanto que el médico tome decisiones según sus propios valores y principios, sino que conozca a fondo a su paciente para poder estimar lo que haría si fuese competente.

Una situación especial es la atención de emergencia. El médico tiene que actuar rápido y frecuentemente con información incompleta; los titubeos pueden ser fatales. Ello no excluye la posibilidad de que el paciente participe, pero habitualmente esto no se logra con facilidad. En todo caso, el paciente tendría que estar informado con anticipación de las decisiones y, en la medida de lo posible, colaborar en su ejecución.

Cuando la relación médico-paciente es de tipo contractual, a menudo se escatima a los pacientes la oportunidad de decidir. Esta manera de enfocar la práctica de la medicina no sólo vulnera

las relaciones afectivas entre médico y paciente sino que lesiona la condición humana de este último.

En las enfermedades crónicas la participación del paciente es vital y el apego al tratamiento es crítico. La diabetes y la hipertensión arterial son los mejores ejemplos de hoy en día. No más de la mitad de los pacientes hipertensos cumple al pie de la letra con las indicaciones médicas y la proverbial falta de control de los pacientes diabéticos se relaciona casi siempre con un deficiente apego a la disciplina exigida.

La educación del paciente no sólo consiste en darle información, sino también en recibirla de éste; de aquí surge un diagnóstico de necesidades educativas que permita adaptar la instrucción. Considerar *a priori* que todos los pacientes con un mismo diagnóstico son iguales y que requieren los mismos contenidos, métodos y técnicas educativos, ha generado muchos problemas de los que frecuentemente se culpa al propio enfermo.

Por supuesto que la responsabilidad del enfermo no se puede soslayar.⁴⁵ Sin su participación difícilmente se puede tener éxito en la terapéutica, y en el fondo de una deficiente colaboración puede estar una actitud autodestructiva, relacionada, por ejemplo, con depresión. En todo caso, es también obligación del médico descubrirla.

La participación del paciente es vital para la atención de sus enfermedades y una habilidad fundamental que habría que exigirle al médico es la de lograr esta participación. El arte que se exige al clínico es distinguir el caso que amerita un abordaje paternalista del que requiere un enfoque que considere ante todo el respeto a la autonomía, pero en ambos casos bajo la visión de que se trata de una persona, no de un obediente procesador de órdenes ni de un objeto de trabajo o de estudio.

El autocuidado de la salud

La Organización Mundial de la Salud considera que el recurso más importante de la atención médica es el autocuidado de la salud (*self care*).⁴⁶ Este concepto incluye cuidados no medicamentosos, estilos de vida, apoyo social en la enfermedad, primeros auxilios en la vida diaria y el más polémico, la automedicación. El concepto de automedicación ha sido ampliamente debatido y por tradición condenado como una práctica inconveniente por riesgosa. No obstante,

es una realidad que no puede ser soslayada y en los últimos años se ha optado mejor por regularla y orientarla que por prohibirla. Su reconocimiento oficial es congruente con la idea de respeto a la autonomía y se ha expresado en la reclasificación de algunos medicamentos, considerados originalmente para venta con receta médica, para incluirlos en el grupo de venta libre (OTC).⁴⁷ Más aún, la automedicación libera los servicios médicos, con frecuencia rebasados por la demanda de pacientes con trastornos menores, que pueden ser resueltos por ellos mismos.

En muchos países, incluido México, la mayor parte de los medicamentos que requieren receta médica se expenden aun sin ella —excluyendo narcóticos, estupefacientes, psicotrópicos y más recientemente antibióticos—, de tal manera que los pacientes tienen acceso virtualmente a cualquiera sin necesidad de consultar con un médico. La postura de los organismos internacionales es la de identificar los productos que pueden ser objeto de automedicación e incluir en el envase las instrucciones precisas para su empleo seguro, condición que no suele acompañar a los medicamentos cuando se destinan a venderse sólo con receta del médico. Conviene distinguir la automedicación de la autoprescripción; la primera se refiere al uso de medicamentos sin haber recibido una prescripción médica y teóricamente se restringe a los medicamentos de libre acceso (OTC); la autoprescripción, en cambio, se relaciona con la elección por el propio paciente de medicamentos que, de acuerdo con la Ley, sólo se pueden adquirir con receta médica.⁴⁸

La solicitud de atención

Este es uno de los elementos principales de la educación para la salud: reconocer en qué momento es necesario acudir al médico. Aunque el elemento crítico para ello es el conocimiento que posea el paciente, influyen de forma importante factores psicológicos como el temor o la inseguridad. Hay pacientes estoicos y los hay hipocondriacos, los hay responsables y los hay indolentes. En todo caso, el momento de la historia natural de la enfermedad en el que se inicie la atención médica suele ser crucial en la resolución de muchas enfermedades, de las cuales la más ilustrativa es el cáncer.

La solicitud de atención médica tiene que ver también con su accesibilidad, tanto en términos geográficos como administrativos y económicos. Los obstáculos que un paciente debe vencer

para obtener una atención médica que le resulte satisfactoria son a veces excesivos.

El acceso a la información médica

Por mucho tiempo la información médica estuvo restringida de tal manera que sólo los profesionales tenían acceso a ella. Este acceso diferenciado también ha dependido de los códigos lingüísticos, pues los médicos solemos usar un lenguaje incomprensible a los profanos, a veces tan sólo como una manifestación más de nuestra inseguridad. Tan celosos hemos estado de esta jerga que nos cuesta trabajo comunicarnos con nuestros pacientes, una habilidad (la comunicación) que debiéramos dominar por ser fundamental para el trabajo clínico.

64

Pues bien, el acceso a la información ha cambiado. Hoy en día está al alcance de quien posea una computadora con conexión a Internet y ya no es excepcional que el paciente se presente ante el médico con la hoja impresa en la que se encuentra la prescripción que considera es adecuada para él y exigiendo que se utilice. Los pacientes con infecciones por VIH están mejor informados de los avances en el conocimiento de la enfermedad que muchos de sus médicos. Más aún, muchas personas consultan más la Internet que al médico, se automedican y autoprescriben a partir de las sugerencias de la *web*.

El asunto no es trivial porque buena parte de la información así obtenida tiene sesgos comerciales no necesariamente científicos. Se intenta vender medicamentos o procedimientos y se utilizan argumentos que convencen a los consumidores pero con frecuencia sin que éstos tengan información complementaria, de tal manera que lo que consumen es lo que mejor se publicita y no necesariamente lo que más le conviene al paciente. Este nicho publicitario está ya siendo explotado por los productores y distribuidores de productos terapéuticos, de tal manera que influyen en la conducta del médico a través de la demanda o la presión de los pacientes.

La elección de la terapéutica

En un mundo de competencia, sin verdaderos límites a la promoción, las medicinas alternativas se han adueñado de una parte del mercado de la salud, sobre todo la que muestra insuficiencias de la medicina científica. Las medicinas paralelas (homeopatía, herbolaria, acupuntura, naturismo, iridología, etc.) suelen tener menos es-

crúpulos que la medicina científica para promoverse y explotan los grandes mitos de la medicina actual como el valor de lo natural por el solo hecho de serlo, la supuesta falta de toxicidad de sus remedios, los riesgos de envenenamiento con los medicamentos industrializados, las dosis pequeñas y la sabiduría ancestral, aunque sea estática y obsoleta. Sin negar los éxitos terapéuticos que a veces logran, muchos de sus adeptos lo son porque encuentran en estas alternativas la calidez que a veces les escatima la medicina científica.

Sin dejar de reconocer el derecho del paciente a elegir entre las distintas opciones, convendría romper el tabú que limita la difusión hacia el público de los conocimientos de la medicina científica y de los inconvenientes y ventajas de algunas medicinas alternativas, de tal manera que tuvieran auténticas oportunidades de elección.

En resumen, en la actualidad se reconoce con amplitud la condición del paciente como persona humana, en contraste con lo que ocurrió en épocas no necesariamente muy antiguas. La salud es una responsabilidad colectiva pero que empieza en el propio individuo. Particularmente en las enfermedades crónicas se tiende a reconocer al médico más como un asesor, consejero e informador que como un decisor omnipotente, omnisapiente y benevolente. Las limitaciones que el paciente suele tener para participar en su atención derivan de su papel atávico y de su limitada información, situaciones que empiezan a cambiar. No cabe duda que la persona más importante para el éxito terapéutico o preventivo no es el médico sino el paciente.

El paciente en la enseñanza de la clínica

*“To study the phenomena of disease without books
is to sail an uncharted sea,
while to study books without patients
is not to go to sea at all”*

*(“Estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros
es como navegar sin planos o mapas,
pero estudiar los libros sin los pacientes
es como ni siquiera salir al mar”)*

WILLIAM OSLER, 1901

66

La enseñanza clínica tiene que desembocar tarde o temprano en el estudio directo del paciente, ya sea que se parta del conocimiento general para aplicarlo al paciente, o del estudio del paciente derivar el conocimiento general. Recurrir a sustitutos de los pacientes reales depende de la filosofía educativa que se cultive, si se visualiza a la escuela como una preparación para la vida o bien como parte de la vida misma.

El paciente participa hoy para que los estudiantes logren el aprendizaje clínico de destrezas, dominen los procedimientos, cultiven la relación médico-paciente y aprendan a identificar los signos físicos, pero también los pacientes participan en la evaluación del aprendizaje de los alumnos.

A pesar de que se escuchan algunos comentarios de que los pacientes no quieren ser atendidos por estudiantes, lo cierto es que en encuestas formales casi 80% están dispuestos a participar en la educación clínica si se les explica bien.⁴⁹ Al igual que se ha popularizado el consentimiento informado para realizar investigación y procedimientos de la atención médica, también se habla del consentimiento informado en la educación médica, entendido como mucho más que conseguir la firma del paciente, sino como un proceso de comunicación entre médico y paciente que conduce a la autorización o el acuerdo por parte de éste para someterse a alguna intervención específica, en este caso, su participación en la formación de los estudiantes. Habría que reconocer, no obstante, que históricamente la figura del paciente ha sido vulnerable y un objeto de abusos y daños durante el proceso educativo. Por ello han surgido alternativas para no experimentar en los pacientes

reales, fundamentalmente para protegerlos de estos efectos, aunque los estudiantes tarde o temprano tienen que llegar a hacer sus prácticas en pacientes reales.

Los pacientes artificiales incluyen simuladores electrónicos, simuladores físicos (maniqués), pacientes electrónicos (*e-patient*), pacientes simulados y pacientes virtuales. Esta área ha tenido un desarrollo muy importante en los últimos tiempos y la variedad de pacientes artificiales parece incluir todas las alternativas necesarias para que los alumnos aprendan lo básico y algunas destrezas complejas como la reanimación cardiopulmonar. Estos sustitutos tienen, desde luego, ventajas; la más importante es la seguridad que se brinda a los pacientes reales, pero también permiten una mejor integración entre lo teórico y lo práctico porque se pueden programar ambos tipos de actividades, a diferencia de lo que ocurre con los pacientes reales que aparecen obedeciendo a razones epidemiológicas y circunstanciales. Los pacientes artificiales se pueden estandarizar mientras que en los reales esto es más difícil; también se puede programar mejor su estudio con lo que se utiliza con más eficiencia el tiempo y permiten una evaluación más predecible.

Ciertas destrezas, no obstante, difícilmente pueden obtenerse sin los pacientes reales, y el significado de la experiencia para los alumnos también resulta diferente. Los estudiantes aprenden clínica en buena medida por su exposición a experiencias significativas, que tienen significado en su vida, que les inciden profundamente y que dejan huella permanente. Son experiencias sometidas a reflexión y análisis, a discusión y confrontación, a profundización teórica y a cuestionamiento y búsqueda. Los profesores pueden contribuir a dar significado a las experiencias mediante la verbalización, esquematización, explicación, redacción, problematización y discusión por parte del alumno, pero las vivencias en el mundo real tienen mayor impacto que en el mundo artificial.

Ciertos aprendizajes difícilmente se adquieren sin el paciente real, como la empatía, la compasión, la solidaridad, la capacidad de relacionarse, la comprensión, la responsabilidad, el compromiso, la honestidad y la caridad.

Los pacientes, por su parte, pueden adoptar diversas actitudes, desde el pasivo que se deja hacer, hasta el que participa como educador, asesor o evaluador. Al participar en el acto educativo, el paciente incrementa su propio aprendizaje, la actividad suele generarles satisfacción y muchas veces logra que el alumno pueda actuar como su ges-

tor, en tanto que en los alumnos ayuda a desarrollar el razonamiento clínico, las habilidades de comunicación, a explorar las experiencias de los pacientes y a tomar decisiones en el contexto real.

La enfermedad crónica

68

La formación de los médicos contemporáneos se basa en el modelo de la enfermedad aguda, en tanto que la enfermedad crónica se suele manejar como si fuera una aguda que se prolongó. Y en efecto, el fundamento para calificar a una enfermedad como aguda o crónica (a veces se incluye también el término de subaguda) es el tiempo que dura, pero hoy existen suficientes indicios de que no es la única diferencia, sino que corresponden a modelos diferentes de enfermedad. Hoy que se están acumulando las enfermedades crónicas conviene revisar con cuidado este modelo.

Algunos argumentos para diferenciar los dos tipos de enfermedad provienen de la comparación que se hace de una misma enfermedad pero con calificativos diferentes. Un buen ejemplo es la pancreatitis. La pancreatitis aguda es un síndrome abdominal agudo, una emergencia, diagnóstico diferencial de las otras causas de abdomen agudo, que requiere atención inmediata. La pancreatitis crónica, por su parte, suele ser un trastorno de la digestión intestinal, muy diferente de la pancreatitis aguda. Son claramente dos enfermedades distintas. Lo mismo puede decirse del dolor agudo y del dolor crónico, de la leucemia aguda y la crónica, de la insuficiencia renal, la gota, la neumonitis, la artritis, etcétera.

El modelo de la enfermedad aguda consiste más o menos en lo siguiente: 1) un sujeto previamente sano pierde la salud de manera más o menos súbita y acude al médico, 2) éste interviene y 3) el paciente recupera la salud previa en un plazo relativamente breve o bien se complica o se muere, pero el caso se resuelve en poco tiempo. La intervención del médico es fundamental pues una prescripción oportuna o una maniobra terapéutica apropiada, no sólo restituyen la salud perdida sino que evitan complicaciones y secuelas. El pensamiento médico se centra en tres elementos: cómo se llama la enfermedad (diagnóstico nosológico), qué probabilidades tiene de recuperarse (pronóstico) y qué se tiene que hacer para lograr esta recuperación (tratamiento).

En la enfermedad crónica la situación es diferente. La expectativa del paciente puede ser la de recuperarse con una receta o una intervención quirúrgica, igual que en la enfermedad aguda, pero en este caso no es así. La primera información que el médico proporciona tiene que acotar esta expectativa. Dado que el paciente tendrá que contender con su enfermedad durante el tiempo que le reste de vida, tiene que estar preparado para enfrentar todas las eventualidades, seguir haciendo su vida aunque esté enfermo y tomar decisiones por sí mismo, incluyendo auténticas decisiones terapéuticas. En términos generales, la enfermedad crónica es incurable. Esto significa que la principal intervención del médico es la educativa, más que la prescriptiva; que el enfermo tiene que ser “empoderado” (del inglés *empowerment*) para manejarse autónomamente; que más que propiciar la dependencia del paciente con respecto del médico habría que favorecer su autonomía, y que el médico se convierta en asesor y educador pero ya no el que toma todas las decisiones, aunque todas ellas fueran buscando el bien del enfermo.

Habría que reconocer que los médicos actuales hemos mostrado algunas limitaciones para adaptarnos a este modelo. Los incentivos económicos en la práctica liberal comercial de la medicina son a favor de fomentar la dependencia, de tal modo que se cite al paciente con frecuencia para darle instrucciones que debe acatar. Por otro lado, no tenemos tiempo suficiente para educar debidamente a nuestros pacientes, y a menudo tampoco tenemos las habilidades pedagógicas para hacerlo ni la actitud apropiada. La fórmula de enviar al paciente a un curso (p. ej., clínica de diabetes) resuelve una parte del problema si es que en ese curso se tiene una adecuada estrategia educativa y si ésta se ejecuta apropiadamente. Sin embargo, la responsabilidad del médico tratante no se cancela con el envío del paciente al evento educativo, pues buena parte de lo que el paciente requiere se resuelve sólo en intervenciones “cara a cara” con el médico, quien tendrá que resolver las necesidades educativas adicionales, contestar las dudas, avalar algunas de las decisiones tomadas por el paciente y retroinformarlo. Además, en teoría al menos, la confianza del paciente está en su médico y no en la clínica a la que lo envía, sin dejar de reconocer en ésta un auxiliar valioso.

En el padecimiento agudo los enfermos ocupan un espacio temporal en el conjunto de pacientes con la misma enfermedad; una vez que se curan (o mueren) salen de este conjunto y, salvo situaciones extraordinarias, su tamaño se mantiene aproximadamente de la

misma magnitud. En la enfermedad crónica, en cambio, cada paciente que ingresa al conjunto (*pool*) permanece dentro de él, nunca sale, y el conjunto tiende a crecer, de tal manera que da la impresión de un comportamiento epidémico. Por eso se da la apariencia de que hay, hoy en día, una epidemia de diabetes, de hipertensión, de osteoporosis y de dislipidemias, porque aunque no hubiese un incremento de la incidencia de estos trastornos sí lo hay de la prevalencia por acumulación de casos.

La enfermedad crónica significa también un mayor riesgo de comorbilidad. Cualquier enfermedad adicional que tenga un paciente con enfermedad crónica significa obviamente comorbilidad, al margen de que pueda haber, además, relaciones causales. Esto significa la necesidad de convertirse en experto en las influencias recíprocas de las enfermedades coexistentes, en interacciones entre diversos tratamientos y en jerarquización de los problemas de cada paciente.

La enfermedad crónica impone una carga al sistema de salud, el que tiene que encontrar estrategias imaginativas para atenderla. También por esta razón surgen las de autocuidado, automedicación, autoprescripción, asesoría telefónica, atención ambulatoria y grupos de autoayuda, entre otros, que los médicos deberemos propiciar, asesorar, patrocinar y no obstaculizar.

Entonces, las diferencias entre la enfermedad aguda y la crónica son, además del tiempo de evolución, los desenlaces, la incorporación y permanencia en el conjunto de enfermos, el tipo de intervenciones, la participación del paciente, la utilización de los servicios, la participación de la sociedad y los objetivos de la terapéutica, que en este caso no es la curación sino el control, la paliación, la desaceleración, la mejora de los síntomas y otros.

El clínico de hoy tiene que saber contender con los enfermos crónicos, a pesar de que no suelen ser contenidos de su formación las maneras de ayudarlos.

“Comorbilidad”. La asociación de enfermedades

Una más de las características de la época contemporánea es que se reconoce que muchos pacientes tienen varias enfermedades simultáneas. Seguramente esto no es del todo nuevo pero la nosología se fue formando a partir de concederles identidad a las enfermedades

individuales. De hecho, una de las diferencias entre enfermedad y padecimiento que se discute en otra parte de este libro es que este último puede constar de más de una enfermedad. Según Feinstein,⁵⁰ comorbilidad se refiere a casos en que una “entidad clínica distintiva adicional” aparece en la evolución de un paciente que tiene una “enfermedad índice”. En psiquiatría se ha cuestionado el uso del término por la posibilidad de que una misma enfermedad tenga diferentes manifestaciones. Se podría decir que hoy por hoy la comorbilidad es más la regla que la excepción, al menos entre los pacientes adultos.

La asociación de dos o más enfermedades puede significar relaciones casuales o causales, pero siempre implica influencias recíprocas.⁵¹ Está muy claro que la comorbilidad no se puede visualizar como la suma aritmética de las enfermedades que la componen. Probablemente en razón de su alta prevalencia y por su condición de crónicas, las entidades que más frecuentemente se asocian con otras son la cardiopatía isquémica, el evento vascular cerebral, la enfermedad vascular periférica, la demencia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades del tejido conjuntivo, el cáncer, la enfermedad hepática crónica, las infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana, la hipertensión y la diabetes. La asociación de diabetes, hipertensión y obesidad fue señalada por Gerald Reaven⁵² hace ya muchos años; a partir de esta observación se evolucionó hacia el concepto de síndrome metabólico que hoy pretende unificar en una sola entidad nosológica no sólo a estas tres enfermedades sino también a la dislipidemia, la hiperuricemia y otras.

La OMS prefiere usar el término de comorbilidad o diagnóstico dual cuando coexisten en un mismo individuo un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y un trastorno psiquiátrico, pero lo cierto es que el concepto va más allá de estas restricciones, si bien su mayor empleo ha ocurrido en la psiquiatría. Se ha desarrollado incluso un índice de comorbilidad que puede tener implicaciones pronósticas.⁵³ También se ha descrito el índice de Elixhauser que se relaciona con estancia hospitalaria y mortalidad.

Entre las influencias que puede tener una enfermedad sobre la otra están los cambios en la evolución, en el pronóstico, los efectos iatrogénicos que el manejo de una enfermedad produce sobre la otra, la confusión sintomática, la suma de sufrimientos, etcétera.

En suma, el nuevo clínico tiene que estar preparado para contender con pacientes que tienen enfermedades simultáneas, sin fraccionarlo ni aislar una de la otra.

La relación médico-paciente

72

A pesar de que la mayoría de las medidas terapéuticas eficaces no tienen más de unos 150 años, la medicina ha pervivido por milenios. Las razones por las cuales la profesión médica ha alcanzado por lo menos 2 500 años de existencia no están entonces relacionadas con la efectividad de los remedios utilizados sino con cuestiones un tanto más mágicas e intangibles. Por un lado, el ubicuo efecto placebo que hizo pensar en la eficacia de ciertos tratamientos que finalmente se descartaron por inútiles, pero que sin duda ayudó en la resolución de muchos padecimientos; y por otro, la tendencia natural de muchas enfermedades a curarse solas (*vis medicatrix naturae*), muchas veces a pesar del médico. Comoquiera que se vea se tiene que reconocer que en estos logros ha tenido su crédito el valor de la relación médico-paciente, tanto en términos de su efecto placebo como de su capacidad para tranquilizar, alentar esperanza y favorecer la catarsis.⁵⁴

La relación médico-paciente ha sido siempre el fundamento de la práctica clínica.⁵⁵ Se sustenta en una serie de principios y valores que comparten ambos participantes, como son la confidencialidad, la veracidad, la fidelidad y la privacidad, y en las habilidades del médico para comunicarse con el paciente y generarle confianza. Estos son atributos esenciales y, por ello, no tienen que ver con los cambios sociales o con los valores que prevalecen en un determinado momento histórico o en una comunidad específica, pero la evolución de la sociedad puede hacer surgir otros valores o poner en riesgo los fundamentales, por lo que conviene examinar cómo se da la relación médico-paciente en el momento actual de las sociedades occidentales modernas,⁵⁶ aceptando que se trata de sociedades en transición y que el futuro depende de cómo se resuelva esta transición.

El modelo tradicional

Por muchos años la relación médico-paciente ha sido claramente asimétrica con predominio de la imagen del médico, quien es el que lleva la voz cantante.⁵⁷ Este modelo, llamado hipocrático, se sustenta en el principio de beneficencia y es ejercido a través de un paternalismo, a veces benevolente y otras autoritario.⁵⁸ Se pondera la capacidad del paciente para obedecer órdenes del médico (adherencia terapéutica o cumplimiento terapéutico) como su cualidad más preciada; el enfermo deposita absolutamente su confianza en

el médico en tanto que se limita a seguir con obediencia las instrucciones que éste le señale. El médico toma las decisiones en nombre del paciente y siempre por su bien,⁵⁹ partiendo de la idea de que el enfermo no tiene capacidad de hacerlo, ya sea en razón de su falta de conocimientos médicos o de las limitaciones que le impone su enfermedad, especialmente lo primero. Este modelo exige un paciente pasivo, acrítico, sumiso y disciplinado, y un médico capaz de ejercer la autoridad, a menudo represivo, aunque actuando en favor de los intereses del enfermo. De aquí viene la frase que sintetiza la relación médico-paciente en términos de “una confianza frente a una conciencia”. Al margen de la eficacia de este modelo, lo cierto es que el cambio social ha generado un nuevo tipo de paciente que, claramente, no asume ya el papel que se le asigna bajo esta visión, y tal vez también un nuevo tipo de médico.

73

El nuevo paciente y la regulación social de la práctica

Cada día resulta más claro que “los pacientes de hoy no son como los de antes”, aunque una proporción de la población siga teniendo comportamientos como los que exige el modelo paternalista. Dependiendo de este cambio social, han surgido conductas nuevas que no son ya compatibles con esa visión asimétrica de la relación médico-paciente. El paciente va adquiriendo cada vez más comportamientos de consumidor, de tal modo que selecciona entre varias ofertas, busca paquetes, acecha oportunidades, compara precios y servicios y elige según un mercado. Es verdad que el mercado de los servicios de salud es un mercado imperfecto y que las opciones que seleccionan los pacientes no siempre son las más favorables en términos sanitarios, pues se dejan seducir por superficialidades, promociones engañosas e información tendenciosa, pero lo cierto es que esta visión está influyendo en las características de la relación con los médicos.⁶⁰

Además, ha surgido una variedad de pacientes críticos, desconfiados y beligerantes, en respuesta seguramente a experiencias insatisfactorias, propias o de sus allegados. No es raro que hoy los pacientes soliciten una segunda opinión, o hasta una tercera, antes de tomar una decisión, que consulten en las bases de datos si lo que su médico les prescribió es o no correcto, y que cuestionen cada una de las indicaciones.⁶¹ Más aún, que demanden legalmente cuando los resultados no les satisfacen, que se organicen para apoyar sus exigencias y que involucren a toda la sociedad en ello.

Todo esto ha conducido a una creciente regulación social de la práctica médica en la que ya los médicos no pueden hacer, como antes, literalmente lo que quieran con sus pacientes.

Los nuevos modelos

Congruente con la mercantilización de la sociedad se ha venido consolidando un modelo contractual de relación médico-paciente en el que, ya sea de manera explícita o implícita, cada uno tiene derechos y obligaciones, entre aquéllos el de reclamarle al otro sus fallas a éstas. Desde que el médico es identificado como “prestador de servicios” y el paciente como “usuario” se vislumbra una relación de este tipo que, si bien responde a las necesidades de un mercado, lo cierto es que vulnera los lazos afectivos que tradicionalmente han caracterizado a los vínculos entre médico y enfermo.

Un modelo de asociación se ha convertido más en una aspiración que en una realidad. Este modelo reconoce la autonomía del paciente y su derecho a participar activamente en las decisiones que le conciernen, y se visualiza mejor a partir de que el paciente tiene un problema, lo plantea al médico y entre ambos buscan la mejor solución y la instrumentan.

El enfoque del paciente como objeto del trabajo médico, clínico o de investigación y docencia, constituye otro modelo contemporáneo que relega las cualidades del enfermo como persona. Esta visión está inspirada en el trabajo técnico y hay que reconocer que muchos médicos de hoy en día sólo conocen al paciente en un muy limitado aspecto, en el que se han vuelto expertos, pero a menudo olvidados de la imagen que tiene como persona.

Modelos de relación médico-paciente

<i>Hipocrático</i>	<i>Tradicional (padre-hijo)</i>
<i>Paternalismo benevolente</i>	
<i>Paternalismo autoritario</i>	
<i>Contractual</i>	<i>Usuario-prestador</i>
<i>Legalista</i>	<i>Cliente-profesionista</i>
<i>Económico (comercial)</i>	<i>Consumidor-proveedor</i>
<i>Consensual</i>	<i>Acuerdos convencionales</i>
<i>Ingenieril</i>	<i>Lego-científico</i>
<i>Burocrático</i>	<i>Trabajador-chamba</i>
<i>Colegial o de asociación</i>	<i>Colega-colega</i>

La elección del médico por el paciente

Un saludable principio para lograr una buena comunicación en la relación médico-paciente es que éste pueda elegir a su médico y cambiarlo cuando no le satisfaga. El asunto no es tan sencillo, particularmente en las instituciones oficiales de salud en las que la organización de los servicios no facilita el ejercer este principio. Por otro lado, las mismas imperfecciones del mercado de la salud hacen que los criterios para seleccionar al médico no siempre sean los más favorables a la propia salud, pues la elección se puede centrar en la promoción que cada médico haga de sus supuestas cualidades, en su prestancia o en su permisibilidad de tal modo que no imponga sacrificios a los pacientes aun cuando éstos sean

75

Sugerencias para elegir a su médico

Certificado por el Consejo correspondiente

Ni demasiado joven ni demasiado viejo

De apariencia pulcra e higiénica

Con experiencia institucional y privada

Con currículum académico: profesor, investigador, miembro de academias

Accesible: por radiolocalizador, por teléfono, por cercanía del consultorio

Indicios de que no es un comerciante

Visión del paciente como un todo y no como una parte o una suma de sus partes

Flexible y comprensivo pero firme en sus recomendaciones

Se muestra interesado en usted y no sólo en sus enfermedades

Preferiblemente recomendado por sus pacientes

No se anuncia excesivamente. No tiene la pared tapizada de diplomas

Sabe escuchar más que hablar

Explora más o menos completamente

Elabora historias clínicas y las escribe, en papel o en computadora

Se sabe dar a entender

Dedica suficiente tiempo a las recomendaciones

Explica lo que uno tiene, no sólo da órdenes

No rehuye las preguntas

No menosprecia al paciente considerando que no es capaz de entender

No solicita un exceso de estudios complementarios y, en todo caso, explica para qué

No prescribe más medicamentos que los indispensables y explica para qué sirven

Explica medidas higiénicas y dietéticas

indispensables para su manejo. Así, el paciente puede optar por un médico que no prohíba fumar, no intente incidir en otros malos hábitos y aliente prácticas cómodas pero inconvenientes para la salud. Ante la pregunta de un paciente sobre cómo elegir a su médico se pueden proponer los criterios que se muestran en el cuadro de la página anterior.

El médico como persona

Si bien es cierto que el médico es quien debe hacer los mayores esfuerzos para lograr una relación apropiada con sus pacientes, se ha tendido a dejar de lado sus necesidades como persona,⁶² hasta muy recientemente se empieza a hablar de derechos de los médicos, tema que fue tabú durante mucho tiempo. El médico vive, en mayor o menor medida, los sufrimientos del paciente, experimenta la angustia de la muerte y su amenaza, las ansiedades ante una posible demanda y muchas más. Gonzalo Castañeda dedicó un capítulo de su libro *El arte de hacer clientela*⁶³ de 1933 al médico como persona, con una orientación más deontológica que analítica, recomendando reglas de actuación con el fin de lograr la confianza del paciente, aun a expensas de su propio bienestar. Se viene arrastrando la idea del apostolado que prácticamente le niega al médico la satisfacción de necesidades personales, si bien queda claro que su responsabilidad primaria es para con el paciente.

El paciente difícil

El adjetivo “difícil” refiere a lo que exige mucho trabajo y es complicado. Al calificar así a un paciente, el término puede también tener la acepción de descontentadizo. En todo caso, se trata de un paciente excepcional que exige del médico poner en práctica muchas habilidades que no suelen ser necesarias en sus acciones cotidianas⁶⁴ o ante los demás pacientes. Puede resultar difícil porque su diagnóstico no es evidente, porque su terapéutica es laboriosa y compleja, o bien porque sus características personales hacen que la relación que el médico quiera establecer con él se presenta complicada o dificultosa.⁶⁵

El diagnóstico suele ser difícil en enfermedades de baja prevalencia, y ello está en relación con el grado de sospecha que el médico pueda tener; aun los casos que se expresan de manera típica o característica, en tanto que el médico no esté buscando la enfermedad en

cuestión y no se la plantee entre los diagnósticos probables, resultará difícil de reconocer. Algo parecido ocurre cuando la enfermedad se presenta en una fase muy temprana de la historia natural, hoy en día un *desideratum* en la medida en que se trata de un diagnóstico precoz o temprano cuando aún no se manifiesta con los síntomas característicos, aunque pueda provocar daños orgánicos como sucede en la diabetes no diagnosticada.

Una de las dificultades diagnósticas más frecuentes se debe a que la enfermedad se manifiesta de manera atípica. La expresión clínica no sólo depende de la naturaleza de la enfermedad sino de su gravedad, la fase de la historia natural en la que se encuentre, la respuesta del paciente, su capacidad de percepción, y muchos otros factores. Es común que se manifieste oligosintomática y cueste trabajo reconocerla o, por el contrario, sobresintomática por la adición de percepciones o quejas ajenas a la enfermedad pero propias del padecimiento.

Una razón por la que suele dificultarse el diagnóstico es la asociación de dos o más enfermedades (comorbilidad), lo que, al menos en los adultos, es más la regla que la excepción. Por ello, el clínico debe alertarse y reconocer las influencias recíprocas de una enfermedad sobre la otra, y que no se trata de una simple suma algebraica de los signos de una y de la otra.

También tiende a ser difícil identificar la causa cuando los síntomas son inespecíficos; de hecho, lo que suele orientar hacia un diagnóstico concreto es la presencia de síntomas más o menos específicos (ictericia, exantema característico, tumor, enrojecimiento localizado, etc.). Cuando el paciente sólo se queja de astenia, mareo, malestar general y otros igualmente vagos, la lista de entidades a considerar en el diagnóstico diferencial tiende a ser muy grande y muy difícil de precisar cuál de ellas es la responsable.

Una causa muy común de diagnóstico difícil se ubica en las deficiencias de información. En última instancia, es a partir de los datos de la entrevista, la exploración y estudios complementarios, los que se organizan para volverlos congruentes y lógicos, que se integran en síndromes o complejos sintomáticos, como se puede reconocer la enfermedad o enfermedades que subyacen en el cuadro nosográfico. Si el interrogatorio es insuficiente u obtiene datos falaces, la exploración es incompleta o técnicamente mal realizada o se carece de los estudios complementarios necesarios, resultará difícil integrar un diagnóstico nosológico y actuar en consecuencia.

Limitaciones del paciente

La hipoacusia, la demencia, la psicosis, la afasia y otras discapacidades físicas constituyen dificultades para establecer una relación médico-paciente, la que a menudo tiene que ser indirecta, a través de los familiares, como sucede con los niños pequeños. Por supuesto que la relación entre el médico y la familia no sustituye a la relación médico-paciente y es claro que el médico tendría que hacer intentos por relacionarse con el enfermo aun con sus limitaciones; a pesar de ellas éste debiera percibir el interés, la preocupación y el profesionalismo con que se le trata.

En un grado menor que las dificultades que plantea la demencia del enfermo, el médico se enfrenta con personas restringidas en su desempeño intelectual por razones diversas. Obtener de ellos datos para integrar un diagnóstico y hacerse entender en torno a las recomendaciones constituye una verdadera proeza, pero es una responsabilidad del clínico adaptarse a las circunstancias de su paciente. También suele ser difícil comunicarse con pacientes analfabetos, o lejanos a una cultura moderna de la salud, lo que también requiere poner en juego todas las habilidades del clínico. Conviene recordar que el analfabetismo o la privación cultural no son equivalentes a incompetencia y que los pacientes con estas características son perfectamente capaces de ejercer su autonomía; lo que resulta difícil es proporcionarles información que puedan entender y asimilar.

Las malas noticias

Los pacientes de mal pronóstico, a los que hay que comunicar malas noticias, tienden a ser evadidos por los médicos y la relación con ellos no se da en las mejores condiciones. Durante mucho tiempo la tendencia era ocultar las malas noticias a los pacientes para evitar males mayores,⁶⁶ atendiendo paternalistamente a los principios de no maleficencia y beneficencia, pero ya se ha reconocido explícitamente el derecho que tiene el paciente para conocer la verdad y, en todo caso, esto es un requisito indispensable para ejercer la autonomía. Bajo esta perspectiva, hay dos tipos de pacientes: los evitadores que prefieren no saber y los autocontrolados que a veces exigen la información. Se requiere una preparación adecuada del enfermo y de la familia y, siempre, el apoyo de esta última, de manera que la estrategia para revelar la verdad tendría que ser planeada en acuerdo con ella.

Aunque el paciente tiene derecho de conocer la verdad, es prerrogativa del médico decidir el momento, la secuencia, la gradualidad, el ritmo; en otras palabras, administrar esa verdad para producir el menor daño adicional posible. A mi juicio, no sólo no es conveniente evitar involucrarse sino que hay que tratar de hacerlo (sin sobreinvolucrarse)⁶⁷ para poder comprender mejor al paciente y a la familia y para ayudarlo más efectivamente. Pero también hay que entender las fases de *Kubler-Ross*,⁶⁸ en algunas de las cuales el médico puede ser el blanco de las agresiones del enfermo.

Peculiaridades conductuales

En este sentido hay una serie de prototipos que vuelven difícil la relación médico-paciente. El paciente contradictorio, el evasivo, el vago e impreciso, se adicionan al hostil, exigente y crítico.⁶⁹ El desconfiado que percibe que el médico está experimentando con él, el que tiene expectativas irreales, el que habla otro idioma o pertenece a una subcultura que el médico no comprende.

Un capítulo especial ameritan los simuladores y los histriónicos, y otro las enfermedades ficticias y facticias. Los pacientes angustiados, en razón de su enfermedad de fondo o presas de los diferentes síndromes psiquiátricos, apelan a la capacidad tranquilizadora del médico basada en su actitud. Completan la lista de pacientes difíciles los involucrados en delitos, como sucede con los relacionados de alguna manera con el narcotráfico.

El médico como paciente

La cultura y la actitud de los médicos los vuelven pacientes difíciles. Los hay indolentes o hipocondriacos, autosuficientes y demandantes. Un abordaje que puede ser útil es solicitarles que asuman su papel de enfermos, en tanto que el clínico tiene que mantener su rol profesional. No se trata de negarle participación en las decisiones, por el contrario, de ofrecerle información objetiva que ayude a tomar mejor estas decisiones.

Algunos lineamientos para relacionarse con pacientes difíciles

No se pueden proponer fórmulas para atender a los pacientes difíciles y cualquiera de ellas carecería de la suficiente especificidad

para aplicarse a cada uno de los casos, pero se pueden hacer algunas recomendaciones generales y será la habilidad del médico la que pueda adaptarlos a los pacientes individuales.

Un primer lineamiento es el de explorar la expectativas durante la conversación inicial; a partir de ello se pueden adoptar dos estrategias, ya sea la de tratar de satisfacer esas expectativas si son razonables o la de acotarlas con todo comedimiento. Lo que no puede perderse es el comportamiento profesional; el paciente, independientemente de sus características y expectativas tiene que ver en su interlocutor a un profesional interesado en él, que no se impacienta ni se sulfura, que está haciendo esfuerzos por entenderlo y por adaptarse a las circunstancias, que no está aplicando juicios de valor a su conducta o a su visión y que se ubica perfectamente en su papel. Las alianzas con los familiares pueden ayudar a entender mejor las peculiaridades del caso y a encontrar la manera más eficiente de ayudarlo.

Interpósitos

La relación médico-paciente es interpersonal y la comunicación se da de manera verbal y no verbal.⁷⁰ El lenguaje de los síntomas y signos tiene que ser leído por el clínico, interpretado y traducido en acciones y recomendaciones. Pero además, existe una relación afectiva, empática y cálida que, a más de su efecto terapéutico, contribuye a la eficacia de la comunicación.

Cuando Laenec propuso la auscultación mediata, el contacto físico entre médico y paciente que exigía la auscultación inmediata dejó de ser indispensable. Este hecho se ha interpretado como heráldico de lo que sucedería en el futuro, cuando el artefacto (en este caso el estetoscopio de Laenec) se interpuso entre el enfermo y su médico. Transpolando este ejemplo, hoy en día la relación se ha modificado en muchos casos hacia una *médico-máquina-paciente*, *médico-institución-paciente*, *médico-administración-paciente*, *médico-leyes o normas-paciente*, etcétera. En otras palabras, que la interposición de terceros entre las dos personas se va convirtiendo en frecuente y se generan deformaciones; por ejemplo, en la relación *médico-máquina-paciente* se perciben dos vertientes: la relación *médico-máquina* en la que uno ve a los médicos enamorados de sus artefactos soslayando al paciente, y la relación *máquina-paciente* en la que se observa al paciente creyéndole más a la máquina que al médico y aun exigiendo que se utilice la máquina en él.

Necesidades, demandas y expectativas

En una visión reduccionista de la interacción entre médicos y pacientes, se trataría sólo de que el médico obtenga información, la procese para integrar un diagnóstico, estime un pronóstico y elija una terapéutica. Visto de esta manera, el médico puede ser sustituido por una computadora o un robot, en tanto que se les alimente con los datos necesarios. Sin embargo, está claro que aun en términos de eficiencia se requieren otras cosas. Ciertamente el enfermo espera una terapéutica eficaz, como sumario y conclusión de su interacción con el médico, pero frecuentemente también espera que lo comprendan, que se compadezcan de él, que se pongan en su lugar, que lo escuchen; desea saber qué es lo que le está ocurriendo, participar en su atención, comprender las implicaciones familiares y sociales de su enfermedad, cómo va a repercutir en su trabajo; desea tener una interpretación integral de su estado de salud y no sólo —en el mejor de los casos— conocer el nombre de su enfermedad; le gustaría que consideraran su individualidad y no se le tratara como a uno más, y que se tomaran en cuenta sus diferencias intelectuales, económicas y culturales.

81

De acuerdo con todo esto, el médico ya no sólo tiene que identificar el diagnóstico nosológico sino las expectativas del paciente y, si son excesivas, acotarlas. En esta exploración tiene que formarse una idea de sus deseos, temores, preferencias, aprensiones, valores y principios. Tiene que atender los síntomas iatrorrópicos (los que obligan al enfermo a buscar ayuda), pero también los no iatrorrópicos. Identificar no sólo la demanda del paciente sino su necesidad, lo cual a menudo exige de toda su habilidad. Y además, tiene que hacer un diagnóstico de la competencia del paciente, a modo de involucrarlo en las decisiones y de confiar en su capacidad para contender con la enfermedad. Todo esto son las responsabilidades del médico de hoy. Obviamente es más fácil atenerse al modelo reduccionista en el que la atención es un servicio técnico más y por eso hay mucha resistencia a abandonar ciertos patrones que caracterizaron a la medicina de antes.

El cambio social impone modalidades a la relación del médico con sus pacientes; los preceptos ingenuos de confianza *a priori*, concediendo de antemano que todos los médicos tienen los atributos de omnisapientia y benevolencia, se han enfrentado con realidades que no siempre dependen sólo de sus cualidades profesionales. Hoy el paciente ha adquirido conductas de consumidor, experto

en sus enfermedades, vigilante crítico y participante activo, en tanto que muchos médicos se han convertido en prestadores de servicios, trabajadores de la salud y procesadores de instrucciones. Las nuevas circunstancias obligan, más que nunca, a arraigarse en los valores y principios ancestrales de la profesión y a estar a la altura de sus aportaciones históricas.

Además de las responsabilidades vinculadas con el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, los médicos de hoy en día tenemos que:

- *Identificar con claridad las expectativas del paciente, para tener muy claro qué espera de nosotros. Si las expectativas son razonables, habría que intentar satisfacerlas; si son excesivas, atendiendo con frecuencia a lo que han conocido a través de los medios de comunicación, será necesario acotarlas desde el principio*
- *Enfocar la atención no sólo a las demandas sino también a las necesidades; esto equivale a hacer un diagnóstico de las necesidades de cada paciente, lo cual no es sencillo. Resolver no sólo lo iatrogénico sino cuanto constituya una necesidad de salud del paciente*
- *Identificar las necesidades educativas del paciente en relación con su padecimiento y establecer las estrategias para resolverlas*
- *Incidir en la salud familiar a través de lo que se identifique en el paciente en cuestión*
- *Diagnosticar el grado de competencia de cada paciente, no sólo como capacidad para entender sino también para contender con su enfermedad. En virtud de este diagnóstico se tendrán que decidir las encomiendas, ya sea para que el paciente pueda ejercer su autonomía y para hacerse cargo del manejo de su enfermedad*
- *Seleccionar el modelo de relación médico-paciente que conviene según el caso*
- *Entender el más amplio contexto de la práctica profesional incluyendo los aspectos éticos, económicos, organizacionales, políticos y sociales*
- *Identificar y respetar los deseos, aprensiones, temores, creencias y valores de los pacientes, su forma de entender la enfermedad; entender el modelo de salud-enfermedad del paciente y trabajar con él en la consecución de logros en salud*
- *Utilizar las nuevas tecnologías a favor del paciente, con una visión crítica, sin deslumbramientos: consulta telefónica o electrónica, telemedicina, robótica*
- *Perfeccionar las habilidades de comunicación con los pacientes*

La capacidad de establecer una relación personal entre el médico y el paciente ha sido ponderada como una de las habilidades fundamentales del clínico, no sólo porque propicia la obtención de la información directa necesaria para tomar decisiones, sino porque permite también percibir la derivada de la expresión no verbal y porque tiene, en sí misma, una indudable capacidad terapéutica. La sola entrevista produce los datos requeridos para el diagnóstico en más de tres cuartas partes de los casos y permite establecer más diagnósticos que la exploración física y los datos de laboratorio juntos.⁷¹ En psiquiatría, por ejemplo, una buena proporción del diagnóstico y el tratamiento ocurren durante la plática entre el médico y el paciente. Se ha demostrado que lo que los médicos hacen, dicen, sienten y creen cuando interactúan con los pacientes afecta los desenlaces de la atención.

Se ha dicho que los pacientes casi nunca verbalizan sus emociones directa y espontáneamente, sino que ofrecen claves, y que si el médico no tiene la habilidad de percíbilas y atenderlas es como el cirujano que pasa por alto una hemorragia en el campo quirúrgico.⁷² La capacidad de conversar (que no de “interrogar”)⁷³ con el paciente no se limita a formular una serie de preguntas, a la manera de una lista de cotejo, que se deberían contestar para cumplir con la historia clínica, sino que es la habilidad fundamental del clínico la que le permite obtener información diagnóstica, ir construyendo una relación terapéutica y preparar el terreno para una eficiente asesoría.

La relación médico-paciente ha sido el sustento de la profesión desde sus inicios y aunque en su esencia no ha cambiado, las condiciones de la práctica clínica contemporánea han impuesto modificaciones al modelo original.⁷⁴ El modelo hipocrático muestra a un médico benevolente, omnisapiente pero autoritario, y a un paciente sumiso, obediente e ignorante. El primero decide y ordena y el segundo simplemente se subordina. Los cambios que han ocurrido en la sociedad de fines del siglo xx han propiciado que este modelo ya no sea siempre el más adecuado. Los pacientes no sólo han adquirido conciencia de sus derechos, sino que los avances en la comunicación han permitido que los profanos tengan a su alcance información que en otras épocas les estaba vedada, ya fuese por razones de accesibilidad o de códigos lingüísticos, de tal modo que en la actualidad los propios pacientes solicitan o exigen al médico que utilice en ellos las alternativas más novedosas; muchos se enteran de las novedades al mismo tiempo que sus médicos o incluso antes.

Además, los medios de comunicación han creado expectativas que a veces rebasan la factibilidad real y si el médico no las acota oportunamente, se convierten en fuente de frustración y conflictos. Hay en la sociedad actual una desconfianza en la autoridad, y el médico la representa.

Por otra parte, la transición epidemiológica ha conducido a una acumulación de pacientes crónicos y éstos conforman un prototipo distinto al del enfermo habitual, pues para sobrevivir muchos años con la enfermedad, tienen que aprender a aceptarla, conocerla y manejarla; en estas circunstancias, dentro de las responsabilidades del médico, la educación del paciente se vuelve más importante que la prescripción, pues el paciente es dueño de las decisiones y el médico es más bien un asesor y supervisor.

Las condiciones de trabajo de los médicos hoy en día con frecuencia no favorecen una dedicación suficiente a la atención de cada enfermo; los profesionales enfrentan ahora las presiones por la demanda, las exigencias de productividad y la escasez de recursos, además de que tienen que satisfacer las necesidades de su propia familia. El desarrollo tecnológico, por su parte, ha multiplicado incuestionablemente las oportunidades de beneficiar a los enfermos, pero también ha generado nuevos inconvenientes como son la tecnificación de la práctica (en el sentido de convertir a los médicos en técnicos), el incremento en los costos y la interposición de la máquina entre médico y paciente. La tecnología separa al paciente del médico cuando la generación de datos no requiere de la presencia del médico y su interpretación no requiere la del paciente.

El paciente se comporta, cada vez más, como cliente, usuario y consumidor, y el médico como proveedor y prestador.⁷⁵ Muchos pacientes ya no eligen a su médico con base en la confianza que les inspira y en su prestigio, sino que tienen que aceptar el que se les asigna o bien lo escogen por la oportunidad con que les otorga la cita, la comodidad de horario, el costo de los servicios, la oferta en paquete, la garantía que promete o algunas cualidades más frívolas.

Con todo ello, en las nuevas condiciones, con una sociedad diferente, ante pacientes que no son como los de antes, con o sin los avances tecnológicos a su alcance, el médico ha de conservar su esencia, significada en los valores ancestrales de la profesión. Su responsabilidad profesional y su vocación trascienden lo circuns-

tancial. Se es médico en las buenas y en las malas y se responde de ello ante la sociedad.

La responsabilidad profesional del médico supone un compromiso con los valores de la profesión entre los que se jerarquiza el bienestar del paciente. El punto de vista legal considera la capacidad de aceptar las consecuencias de los actos realizados consciente y libremente, de subsanar el perjuicio producido y el daño a un tercero.⁷⁶ Se castigan el dolo, la culpa, la imprudencia, la negligencia, la ignorancia inexcusable y la impericia inexcusable. La responsabilidad también se puede enfocar como un deber,⁷⁷ una obligación, un mandato. En su acepción de “conciencia” significa responder por los propios actos; en la de “imputabilidad” simplemente atribuírselos.⁷⁸ El médico es responsable en primera instancia de su propia competencia, de mantenerse permanentemente apto y de ponerlas, aptitud y competencia, al servicio de la sociedad. No es su responsabilidad la falta de insumos para realizar sus deberes ni las deficiencias de organización de los servicios; la participación del paciente en su propia atención sale de los límites de la responsabilidad profesional del médico, a menos que éste no haya sido capaz de comunicarse adecuadamente con el enfermo o no le haya proporcionado información completa.

Los últimos tiempos han sido testigos de la consagración del principio de autonomía, el que, según algunos, ha adquirido preponderancia aun por encima del de beneficencia. Al multiplicarse los participantes en el proceso de atención médica (incluidos administradores, aseguradores, supervisores, etc.) las reglas morales de veracidad, confidencialidad, fidelidad y privacidad se ven amenazadas. Los cambios en los valores sociales, en la imagen del médico, el comportamiento del consumidor, y el reconocimiento –sin eufemismos– del negocio de la salud, tienden a transformar a los médicos. Cuando se exaltan en otros ámbitos los modelos basados en la audacia, la astucia, la intriga, la maquinación, la conquista, el dominio y el poder, difícilmente se ponderan la humildad, la dedicación, el servicio, el esmero, el sacrificio personal, la consagración o la abnegación, y no se podría pedir que sólo los médicos cultiven estas virtudes.

La actuación profesional del médico ha estado históricamente vinculada al concepto de apostolado, pero empieza a rebelarse al identificar las contradicciones en que el único sacrificado es él. En una sociedad orientada a la productividad, la teoría ética prevale-

ciente es una consecuencialista, centrada en el utilitarismo, de manera que las personas se jerarquizan en función de su papel social. En una época de liberación económica, la relación médico-paciente sufre las influencias de un mercado de servicios; en tiempos de desconfianzas mutuas esta relación se afecta por la intromisión de controles burocráticos; en una era de productividad, se matiza por la mercadotecnia, oculta o abierta.

LA NUEVA CLÍNICA

“El hombre que sea de hoy y no de ayer, no está ni puede estar contra el avance constante de la tecnología, con todo y que nos abrume con el peso del instrumental. Como todo armamentario, ofrece ventajas y constituye riesgos. Del uso inteligente que sepamos hacer depende que seamos sus amos o sus esclavos. Apreciado como lo que es, como un medio y no como un fin, el avance técnico es de un valor inestimable... No caer en la trampa de la tecnificación masiva a costa de nuestra devastación espiritual. Ser amos de las máquinas, no sus esclavos, pidiendo de ellas sólo la información, no las decisiones. Esas quedan para la reflexión inteligente y la experiencia del clínico. Las máquinas podrán hacer muchas cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo, ni menos segar su angustia.”

Ignacio Chávez^o

^o Humanismo médico. México: UNAM; 2003: pag. 75-76

LA NUEVA CLÍNICA

Los artífices de la nueva clínica

La práctica clínica ha evolucionado en los últimos tiempos a veces de manera inadvertida, simplemente respondiendo casi en automático a las necesidades de los pacientes y de los profesionales. Pero en esta evolución natural ha habido innovaciones que han significado cambios profundos. A quienes han propuesto estas innovaciones se dedica este capítulo, sin menospreciar las aportaciones más discretas de muchas otras personas. Siempre que se lista nombres se cae en olvidos involuntarios, pero se tiene que correr el riesgo. Aquí sólo se relacionan unos cuantos, los que a juicio del autor han sido los más conspicuos en esta evolución. No es el propósito revisar sus biografías ni sus aportaciones en detalle pues las más importantes están reseñadas en el resto del libro. Los personajes que se reconocen en este capítulo son William Osler, Archibald Cochrane, Jerome Kasirer, Henrik Wulff, David Sackett y, sobre todo, Alvan Feinstein.

William Osler. A Osler se debe la llegada a América de la clínica europea, pero él fue quien la refinó y perfeccionó sobre todo durante su trabajo en Johns Hopkins. Se le ha llamado “el padre de la medicina moderna”.⁷⁹ Nació en lo que ahora es Ontario, Canadá, y es el creador del concepto de residencia médica. Su libro *The principles and practice of medicine* se sigue publicando aunque ya no con su nombre y todavía es objeto de culto entre los clínicos⁸⁰ que han fundado clubes con su nombre y hacen referencia a sus aforismos a casi 100 años de su muerte.⁸¹ Además, su nombre se ha impuesto a diversos edificios, signos, síndromes, juegos de mesa, y la Universidad Johns Hopkins publica en Internet el *Osler Medical Journal*. Su influencia en la educación médica es aún vigente.

Archibald Cochrane. Nacido en Escocia en 1909 es reconocido por su visión de la salud pública, parte de la cual se adoptó por la medicina basada en evidencias. En su libro más conocido *Efectividad y eficiencia*⁸² señala que dado que los recursos son siempre limitados sólo se deben utilizar las estrategias que hayan demostrado ser efectivas. Es decir, que muchas de las estrategias, tanto de la salud pública como de la clínica, se utilizan a pesar de que no se ha probado que sean efectivas. Este es un principio que adoptaron quienes propusieron la medicina basada en evidencias. Cochrane defendió estas ideas incluso a través de activismo político. Murió en 1988 pero se preserva su nombre en la biblioteca y base de datos que reúne estudios que tienen el carácter de evidencia, en las revisiones sistemáticas que se convirtieron en una forma de investigación bibliográfica profesional, en la colaboración Cochrane que es una red internacional que evalúa las evidencias y las jerarquiza por encima del conocimiento anecdótico.

Jerome Kassirer. Nació en Buffalo, NY. Profesor distinguido de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tufts y editor por varios años de *The New England Journal of Medicine*. Ha promovido el profesionalismo, la conducta científica ética, la participación del paciente en la toma de decisiones, el uso responsable de las armas de fuego y los enfoques racionales en las políticas de salud. Ha escrito muchos textos tanto de medicina como de filosofía. Uno muy notable se refiere al aprendizaje del razonamiento clínico,⁸³ que resulta fundamental para los propósitos de definir una nueva clínica.

Henrik Wulff. Ha sido profesor de teoría clínica y ética de la Universidad de Copenhage. Escribió sobre filosofía de la medicina,⁸⁴ el lenguaje de la medicina y sobre diagnóstico y tratamiento racionales.⁸⁵ En sus textos puede encontrarse mucho de la esencia de la nueva clínica.

David Sackett. Se le considera el padre de la medicina basada en evidencias. Fundó el primer departamento de epidemiología clínica en Canadá en la universidad McMaster. Junto con Haynes y otros iniciaron y promovieron un movimiento que hoy es fundamental para la práctica clínica, que reivindica el valor de la información válida y confiable en el cuidado de los pacientes, y la filosofía de ofrecer a cada paciente la mejor alternativa existente.

Alvan Feinstein. Probablemente es el personaje más importante en la renovación de la clínica. Nació en Philadelphia en 1925

y murió en Toronto en 2001. Fue Feinstein quien, estudiando la fiebre reumática, propuso que el diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado disminuiría la afectación de las válvulas cardiacas. Fundó en la Universidad de Yale los programas formales de investigación clínica. Se le considera el padre de la epidemiología clínica aunque él decía que más bien era el abuelo. Fue el fundador del *Journal of Clinical Epidemiology*. También es el creador del término “Clinimetría” que propone la medición cuantitativa de los fenómenos clínicos para poder manejarlos como datos científicos. También son notables sus libros sobre juicio clínico⁸⁶ y sobre epidemiología clínica. Propuso una nueva terminología para referirse a la información clínica que incluye *Datos demográficos* (p. ej., edad y sexo), *Síntomas subjetivos* para las sensaciones notadas sólo por el paciente; *Síntomas objetivos* para las observaciones hechas por el paciente en relación con su cuerpo y sus productos; *Signos físicos* para las observaciones hechas por el médico durante la exploración; *Hallazgos paraclínicos* para todos los resultados de estudios complementarios; *Síntomas iatrorrópicos* los que propician que el paciente busque un médico. Fue un verdadero revolucionario.

91

El nuevo clínico

La imagen del clínico, en la cabecera del enfermo, con expresión de preocupación, mientras hace acopio de datos para devenirlos en información y finalmente en recomendaciones y pronósticos, refiere más a los dos siglos previos que al actual. Sustentado en una habilidad personal que incluye la capacidad de recolectar indicios, agruparlos según sus relaciones, contrastarlos con las descripciones nosográficas clásicas; la aptitud para suscitar confianza y asumir las decisiones que le subroga el enfermo; de lograr que éste acate con obediencia las recomendaciones, ya sean expresadas como órdenes afectuosas o como mandatos autoritarios. Encumbrado en el pedestal de la iatrocracia, 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, una sala familiar o de un área de hospital. Apenas falible pero sólo al verse rebasado por circunstancias imponderables. Sus sentidos acuciosamente entrenados para percibir lo que otros no pueden. 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, indultador de escrúpulos, espía de pudores, depositario de secretos, confidencias y misterios. Tal imagen ha perdurado dos siglos, pero está dejando de ser vigente.⁸⁷

Hoy se exige una nueva figura que, sin transigir de su empeño, encuentre su lugar dentro de una sociedad diferente. Este capítulo 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.

El médico como ser humano

Por mucho tiempo se le negaron al médico las prerrogativas que significan a 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 médico⁸⁸ 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.

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 es nada sencillo. El clínico contemporáneo no puede limitarse a resolver los problemas del propio 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 apropiada 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.

El clínico del siglo XXI

En el siguiente cuadro se listan algunas diferencias entre el clínico clásico y el del siglo XXI.

93

Diferencias entre el clínico clásico y el del siglo XXI

Clínico clásico	Clínico del siglo XXI
	Carismático, suscita confianza, discreto, responsable, solidario, fiel
Paternalista	Respetuoso de la autonomía
Intuitivo	Racional
Basado en su experiencia	Basado en evidencias
Soslayando costos	Con conciencia de los costos
Sustentado en su figura y su prestancia	Sustentado en su competencia técnica
Fundamentado en sus sentidos entrenados	Fundamentado en indicios objetivos
Aísla al paciente de la sociedad	Vincula al paciente con la sociedad
Ingenuo, confiado	Escéptico
Trabaja independiente	Trabaja en equipo y en organizaciones
Avocación aparente entre signos y enfermedades	Asociación estadística entre signos y enfermedades
Elige terapéuticas recomendadas	Elige terapéuticas validadas
Hace abstracción del contexto	Se adapta al contexto

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 volvernos sus obedientes esclavos; por el otro, los cambios socia-

les han resultado demasiado drásticos, demasiado opuestos a una visión que data de al menos 2 500 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 sus propias necesidades 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. Esta es sólo una modesta llamada de atención.

Complejidad en la clínica

94

Las ciencias de la complejidad han aportado una visión distinta de los fenómenos de la naturaleza y han mostrado que muchas de las explicaciones tradicionales que se han manejado por años ya no permiten entenderlos a plenitud. Intentar describir las aportaciones de la complejidad puede implicar la paradoja de querer hacerla sencilla, pero es necesario abrir la mente para abarcarla sin prejuicios. Los sistemas complejos están compuestos por una enorme cantidad de componentes en interacción capaces de intercambiar entre ellos y con el entorno materia, energía o información y de adaptar sus estados como consecuencia de tales interacciones realizadas en paralelo.⁸⁹

La práctica del egresado de la formación médica impone retos que sólo se pueden abordar bajo el modelo de la complejidad. Si se parte de varias de las ideas que caracterizan a la medicina actual se puede identificar que el modelo prevalente no satisface más las necesidades contemporáneas de explicación. En efecto, no parece apropiado para explicar muchos fenómenos de la clínica, de la dinámica de las enfermedades, de los desenlaces terapéuticos, de la fisiopatología, de las interacciones durante la comorbilidad, de la evolución de los pacientes. Conviene pues que se exploren otras alternativas y, sobre todo, intentar aplicar lo que se ha avanzado en la comprensión del mundo complejo, al que ciertamente pertenecen las enfermedades, los enfermos, la sociedad, los medicamentos, la fisiología, la fisiopatología y la farmacología.

La primera frustración del estudiante de medicina es que los padecimientos no son iguales que las enfermedades, los pacientes

no son iguales a los libros. Ya no se diga lo que ocurre en el terreno epidemiológico en el que el modelo vigente ha resultado limitado y, en parte por ello, los logros en salud pública no han sido lo que podrían ser. Tan sólo la multicausalidad, bien reconocida desde hace mucho tiempo, requiere una visión diferente, tanto de la patogenia como de la prevención. La era de los estilos de vida como representación etiológica ya no se adapta al modelo lineal, por ejemplo, de los postulados de Koch o de la teoría microbiana de las enfermedades. La especialización sustentada en el reduccionismo ha llegado a su límite conceptual, sobre todo si excluye la transdisciplina, se aferra a fronteras perfectamente definidas, menosprecia cuanto está fuera de ella y, acaso, se vislumbra como territorio y poder, exclusivo y excluyente.

Parece indispensable entonces que se abra un espacio para la complejidad en medicina, que se creen expertos en las relaciones de la medicina con la complejidad, el caos, la no linealidad, la teoría de redes, los modelos estocásticos, la confrontación con la incertidumbre, los modelos abiertos e inestables; superar el pensamiento simple, lineal, que espera efectos predeterminados, lo determinístico, reduccionista, incapaz de comprender los desenlaces inesperados, o que dejen de ser ordenados, estables, disciplinados y obedientes.

Algunos de los modelos de la práctica médica que ilustran la necesidad de un enfoque desde la complejidad se muestran a continuación, bajo el esquema de mostrar primero las limitaciones del modelo vigente y después las eventuales aportaciones de las ciencias de la complejidad.

No hay enfermedades sino enfermos. Este viejo aforismo describe una cotidianidad que enfrentan los estudiosos de la medicina clínica: lo que dicen los libros no siempre se refleja en la forma en que se expresa en los pacientes. Se ha dicho que los pacientes no leen los libros de medicina y que se enferman caprichosamente. Y es que los cuadros clínicos de las enfermedades han surgido a partir de la observación de muchos enfermos, en la que se buscan las semejanzas y se soslayan las diferencias; por eso, no resisten el análisis de la individualidad, con todas sus variables, cuantitativas y cualitativas.

Cada paciente es un universo, único e irrepetible, y simplemente colocarlo en uno de los cajones predeterminados no revela sus características propias, aunque no deja de tener su utilidad operativa y

didáctica. Por ello también ha surgido la distinción entre enfermedad y padecimiento, la primera referida a lo que describen los libros y que no es más que un constructo artificioso que aspira a ser acaso un marco de referencia. El modelo contemporáneo exige no sólo el nombre de la enfermedad sino las peculiaridades que muestra en el caso en cuestión. Un diabético, por ejemplo, puede tener una enfermedad tipo 1 o tipo 2, reciente o antigua, leve o grave, complicada o no, con secuelas o no, asociada o no con otra enfermedad, obeso o delgado, disciplinado o indisciplinado, responsable o no, con apoyo social y familiar o sin él, etc. La sola mención del diagnóstico nosológico obviamente no lo describe si bien puede permitir algunas decisiones. Y es que cada paciente se enferma según sus peculiaridades: anatómicas, fisiológicas, psicológicas, comórbidas, experienciales, etcétera.

Unicausalidad-multicausalidad. El modelo etiológico ha sido un desiderátum. La enfermedad se ha definido por su causa y se ha tratado de acuerdo con ella. A partir de la teoría microbiana de la enfermedad, la medicina parecía una disciplina de tres columnas: el diagnóstico nosológico (*cómo se llama la enfermedad*), su causa (*qué agente la produce*) y su tratamiento (*con qué fármaco se destruye al agente*). Con esta visión tradicional cada causa produce un efecto y cada efecto se debe a una causa; más aún, el efecto es proporcional a la causa. Pero hoy, la aspiración de un diagnóstico y un tratamiento etiológicos tiene que dejar lugar a una visión diferente.

Hoy las cosas se ven de otro modo. En primer lugar todas las enfermedades (y todos los efectos) son multicausales. No basta un microorganismo, por ejemplo, para producir enfermedad pues ello depende de una multitud de variables como el estado inmunitario, la magnitud del inóculo, la viabilidad del microbio, el estado funcional del organismo completo, la nutrición, etc. Hasta la enfermedad más elemental como puede ser una fractura depende, desde luego, del trauma pero también de qué tan distraído iba el individuo, la resistencia de sus huesos, el ángulo del golpe, la calidad de la visión, etc. Por la participación de tantas variables no es posible afirmar, pues, que el efecto es proporcional a la causa, y el tratamiento “etiológico” atiende sólo a una de las muchas causas.

El todo es más que la suma de sus partes. Bajo la perspectiva del pensamiento lineal, el todo se puede descomponer en sus partes y estudiarse cada una de ellas por separado; al final se suman los resultados y se define al todo. Pero hay suficientes indicios de que esto no es

así precisamente. Algunos ejemplos clínicos: la polifarmacia, hoy en día la regla más que la excepción,⁹⁰ no puede ser vista como la suma aritmética o algebraica de los efectos farmacológicos pues las interacciones son básicas para entenderla. La comorbilidad, también la regla al menos entre los adultos, no puede ser entendida como la suma de las enfermedades que coexisten pues cada una de ellas tiene influencia sobre las otras, el tratamiento de una afecta al de las otras, etc. El fraccionamiento del conocimiento termina por identificar la necesidad de reconstruir el todo, lo cual muestra una muy seria dificultad.

El valor de lo subjetivo. Con la propuesta del positivismo sólo lo mensurable es válido. Los números no mienten; las ciencias respetables son las ciencias duras. Las estrategias de investigación eluden lo superfluo y neutralizan lo subjetivo; por eso sus valores se centran en el reduccionismo y en la objetividad. El diagnóstico se tiene que sustentar en datos objetivos. La metodología doblemente ciega tiene el propósito de neutralizar la estorbosa subjetividad del paciente y la del investigador. El médico no puede dejarse llevar por sentimentalismos ni pasiones. Según este modelo se puede aislar el objeto de estudio de los sujetos de investigación y sus pensamientos, los observadores son independientes y no están involucrados afectivamente, y se trata de eliminar todo sesgo y preconcepción, excluyendo la participación de factores emocionales o actitudinales.

Pero todo lo anterior no se puede sostener más. En primer lugar porque no todo es mensurable. En segundo lugar no se puede excluir lo subjetivo voluntariamente. No sólo es imposible no involucrarse sino que es inconveniente, porque por no perder objetividad se puede perder humanidad.

Las enfermedades se curan con medicamentos. Es este un paradigma que ha propiciado que cada encuentro médico-paciente culmine con una prescripción, aunque sea de placebo. No se puede concebir una consulta que no acabe en receta. Si no parece existir un tratamiento farmacológico consagrado se busca algo que mengüe la enfermedad, la oculte o la entretenga. Pero lo cierto es que el manejo de las enfermedades es múltiple: acciones educativas, nutricionales, físicas y, con certeza, medicamentosas, pero como un elemento más y no aplicable a todos los casos. Por otra parte, el fenómeno de la polifarmacia sólo puede abordarse razonablemente bajo el pensamiento complejo porque no se trata tan sólo de hacer una suma aritmética de los efectos farmacológicos puesto que ello excluiría las interacciones, el estado funcional, las intolerancias, etc. Además, el proceso de curación es muy complejo y

participan una gran cantidad de variables; acaso una de ellas es el medicamento empleado, pero seguramente no la más importante.

Reduccionismo-holismo. La ciencia contemporánea es, casi por definición, reduccionista. Intenta aislar al fenómeno de estudio y liberarlo de toda influencia externa, desplumarlo, “pelarlo”. La dificultad subsecuente es reintegrar el objeto previamente aislado al todo al que pertenece. La visión de la complejidad se opone a esta fragmentación artificiosa y considera al todo pero como algo más que la suma de sus partes. Aquí se expresa también el llamado conexionismo que es el principio de organización de la naturaleza en el que ninguna cosa funciona independiente del resto.

Medicina personalizada. En otra parte de este libro se analiza este concepto que, si bien proviene de la farmacogenómica, la trasciende. Se pueden identificar subpoblaciones que pueden tener mejor respuesta a ciertos tratamientos no sólo con base en su estructura genética sino en sus características individuales. Según esto no caben las generalizaciones, sino que cada decisión tiene que adaptarse como traje a la medida a cada individuo.

Comorbilidad. Este término se ha acuñado para referirse a la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo. Esto es también más la regla que la excepción, al menos en los adultos, en los que difícilmente se puede encontrar una persona con una enfermedad única. Las influencias recíprocas se tienen que abordar bajo la visión de la complejidad puesto que no son la suma aritmética de las enfermedades.

No linealidad. Una relación lineal implica una relación proporcional entre los cambios que ocurren en una variable con respecto a otra: si una variable aumenta la otra lo hace proporcionalmente.⁹¹ Lo cierto es que los fenómenos clínicos (y casi cualesquier otro de la naturaleza) no se comportan así. La respuesta a un agente etiológico es muy diferente en cada individuo, la respuesta a los fármacos también. Y es que no hay causalidad única sino que participan una gran cantidad de factores de modo que tales respuestas son difíciles de predecir.

Interacción con el envejecimiento y el desarrollo. Muchas de las decisiones que se toman en la clínica se asumen como si los organismos en los que aparecen las enfermedades y los padecimientos fuesen estáticos. Pero lo cierto es que al mismo tiempo que se enferman está ocurriendo el crecimiento, el desarrollo y el envejecimiento, que interactúan con el proceso patógeno e imponen modificaciones a su expresión.

Determinismo-probabilístico-indeterminismo. En la visión determinista un efecto obedece a una causa y esta es proporcional al efecto. Basta que exista la causa para que se pueda predecir el efecto e incluso calcular su magnitud. En la visión de la complejidad esto es imposible; lo más que se puede lograr es una estimación probabilística. Los clínicos manejamos las predicciones en forma de pronósticos pero, aunque a los pacientes y sus familias les interesa el dato, lo cierto es que fallamos con frecuencia.

La decisión terapéutica. Ha quedado lejos la idea de que cada decisión diagnóstica se corresponde con su decisión terapéutica. Según esta visión lo único importante es el diagnóstico pues el tratamiento surge automáticamente de él. La complejidad nos ha enseñado que en cada decisión terapéutica no sólo basta el diagnóstico sino que éste debe ser individualizado de modo que no todos los pacientes de un mismo casillero nosológico reciben el mismo tratamiento. Además, participan aspectos cualitativos y cuantitativos distintos como el sitio del tratamiento, la persona que lo suministra, la previsión de sus efectos, la necesidad de combinaciones, etcétera.

Dinámica de las epidemias. La visión de la complejidad permite analizar mejor el comportamiento de las epidemias y de los fenómenos sociales en general.

La complejidad como estrategia pedagógica

Un principio didáctico tradicional ha sido el de simplificar los contenidos de manera que sean más fácilmente accesibles para los alumnos; un buen maestro ha sido el que hace fácil lo difícil. Pero hoy, esto ya no parece tan cierto. En primer lugar por los estilos cognitivos de cada alumno y en segundo porque en tanto que más participe intelectualmente el alumno más probabilidades hay de que el aprendizaje sea significativo. Hoy se pretende que los estudiantes no sólo aprendan datos sino fundamentalmente métodos, que alcancen competencias (por definición parte del universo complejo), que sean capaces de relacionar lo aprendido en distintos momentos, que reconstruyan el todo que fue artificialmente fraccionado. Las asignaturas compartimentalizadas tienen que ser integradas en una visión de conjunto, lo que no se propicia con los planes curriculares y las técnicas didácticas tradicionales.

Clinimetría y la nueva clínica

100

El término “clinimetría” fue propuesto por Feinstein en los años 1980⁹² y significó un hito en el estudio de los fenómenos clínicos. También se ha traducido como clinicometría (*clinimetrics*). Por mucho tiempo se pensó que los síntomas y signos no eran mensurables o acaso lo eran de una manera muy aproximada y simplemente se confiaba en la percepción de los clínicos para estimar su presencia y magnitud. Esto era en particular cierto para todos los elementos subjetivos como dolor, náusea, mareo, debilidad. Las limitaciones para medirlos impedían que se manejaran como datos científicos, al menos bajo la perspectiva de las ciencias cuantitativas. Sin embargo, desde antes de Feinstein se observó que había forma de aplicar escalas cuantitativas aun a lo subjetivo como son los fenómenos psíquicos a través de la psicometría, la que, no obstante, utilizaba algunos artificios. Igualmente podía decirse que tan bien estaba un recién nacido utilizando la escala de Apgar.

Así surgieron muchos procedimientos y muchas escalas que ayudaron no sólo al manejo científico de los datos clínicos, sino a poder comparar un paciente con otro, un momento del mismo paciente con otro momento, poder juzgar más objetivamente la evolución hacia la mejoría o al deterioro. Hoy parece algo cotidiano hablar de escalas visuales análogas, escalas numéricas, índices (p. ej., pronósticos), mediciones de calidad de vida, de gravedad, de extensión, de magnitud (p. ej., de dolor), capacidad funcional, criterios cuantitativos para el diagnóstico, instrumentos para estimar la dimensión de un determinado fenómeno clínico.

En palabras de Feinstein:

“La partícula básica que es un todo integrado en el terreno de la fisiología es un sistema funcional de órganos internos o de células; en bioquímica, una molécula; en filosofía, una idea; en semántica, un palabra.

La partícula básica que es un todo unitario en el terreno de la medicina clínica es el enfermo; las unidades básicas de observación son signos, síntomas y atributos personales; las unidades básicas de medida son palabras y ocasionalmente números; los métodos básicos son el examen físico, el razonamiento y la terapéutica; el objetivo básico es prevenir la enfermedad que no ha ocurrido y cuando ya existe ‘curar ocasionalmente, aliviar frecuentemente y consolar siempre’”

Este intento de ubicar a la clínica dentro de las disciplinas científicas y, por lo tanto, endurecer los datos clínicos para su manejo estadístico ha generado indudables frutos. Es el fundamento de los estudios de investigación clínica, incluidos ensayos clínicos, estudios de cohorte y otros. Bajo este paradigma todo es medible, todo se puede expresar con números y someterse a manejo matemático o estadístico. Se menosprecia lo subjetivo porque desvía las observaciones e induce sesgos. Parte de la idea de que se puede aislar el objeto de estudio de los sujetos de investigación y de sus pensamientos, que los observadores son independientes y no están involucrados afectivamente, y se pretende eliminar todo sesgo y preconcepción y excluir la participación de factores emocionales o actitudinales.

Sin embargo, muchos de los fenómenos que se manejan en la clínica no son tan fáciles de medir. ¿Cómo medir empatía, compasión, solidaridad, comprensión, responsabilidad, compromiso, honestidad, caridad, satisfacción, alegría, tristeza? Se han hecho intentos por incorporar estos y otros atributos al modelo cuantitativo de la ciencia, pero lo cierto es que ha resultado artificioso. Hoy se habla de un nuevo modelo, cualitativo, que no excluye la investigación válida. En este modelo lo subjetivo adquiere nueva jerarquía, el modelo mecanicista es reemplazado por uno probabilístico, las relaciones causales no son directas ni únicas, cada efecto es resultado de muchas causas, incluidos deseos, temores, aprensiones, anhelos, miedos, aspiraciones, prejuicios y creencias; la relación entre causa y efecto es relativa, proporcional; cada causa puede generar distintos efectos; ya no hay enunciados categóricos y se admite que la visión del observador influye en el fenómeno.

Por otro lado, el reduccionismo tiende a ser sustituido por la complejidad. Al cuestionarse el pensamiento lineal y admitirse que cada fenómeno es multicausal y probabilístico, tiene que enfocarse bajo un paradigma de complejidad, como se menciona en otro capítulo. En la clínica esto es particularmente notable en algunos ejemplos: la comorbilidad que hoy en día es más la regla que la excepción, no puede enfocarse como la suma algebraica de las diversas enfermedades coexistentes, dado que las influencias de una sobre otra modifican a cada elemento; la polifarmacia, también más la regla que la excepción, no puede visualizarse como la suma de las propiedades farmacológicas de cada uno de los medicamentos porque las interacciones suelen ser muchas y no se puede excluir

la manera de responder de cada paciente; las interacciones entre la enfermedad y el proceso de envejecimiento también tienen que enfocarse bajo la perspectiva de la complejidad.

¿Padecimiento o enfermedad?

102

Aunque con alguna frecuencia estos términos se emplean como intercambiables, conviene señalar algunas diferencias. En inglés a veces se usa el término “*illness*” para referirse al padecimiento y “*disease*” para enfermedad. La distinción entre ambos términos no es sólo un asunto académico que obedece a un estéril prurito semántico, sino que puede ofrecer alguna ventaja práctica para médico y paciente.

Un paciente es “padeciente”, quien padece, aunque también quien tiene paciencia. Hoy se considera paciente a toda aquella persona que entra en contacto con un sistema de salud, de modo que efectivamente habría pacientes sanos; más aún, la medicina moderna aspira a intervenir sobre ellos, antes de que se conviertan en pacientes enfermos. Aunque también se utilizan como intercambiables, hay sus diferencias entre paciente y enfermo, si bien de naturaleza distinta a las que hay entre padecimiento y enfermedad.

El término “enfermedad” tiene distintas connotaciones según el contexto en que se utilice. Para propósitos taxonómicos, la enfermedad es un término convencional, en el que un grupo de expertos se ponen de acuerdo sobre los criterios para designar un grupo de casos. Para los patólogos es un concepto biológico; para los fisiólogos la enfermedad es expresión de disfunciones. Para los sociólogos y los ecólogos es un asunto adaptativo. Bajo la perspectiva de la fisiopatología, la enfermedad es un concepto explicativo, para la historia natural el concepto de enfermedad es procesal, para los interesados en la supervivencia es un asunto pronóstico y para los terapeutas uno decisional.

Para los clínicos la “enfermedad” es un artificio didáctico y operativo, un constructo, que sólo existe en los libros y que adquiere identidad a partir de esa descripción. Esto permite cuestionar las enfermedades bajo un punto de vista ontológico. Cuando habla de “neumonía” el texto explica sus causas (etiología), su sustrato anatómico (anatomía patológica), sus expresiones clínicas (sintomatología), sus riesgos (pronóstico) y su tratamiento (terapéutica). Este retrato sirve de marco

de referencia para contrastarlo con el del caso del paciente concreto, el que se sospecha que tiene neumonía, pero en sentido estricto la enfermedad es tan sólo una abstracción, creada sumariamente a partir de la observación de muchos casos, identificando las semejanzas entre ellos y soslayando un tanto las diferencias. Pero es claro que no todas las neumonías son iguales, que una neumonía de parecidas magnitud y localización se expresa de manera distinta en diferentes sujetos y que la descripción de los libros puede diferir más o menos considerablemente de lo que ocurre en los enfermos. La expresión clínica de la enfermedad es una consecuencia ciertamente de las lesiones anatómicas, pero también de las respuestas a la agresión (físicas, psicológicas), las enfermedades asociadas, la reserva funcional del paciente, etcétera.

“Padecimiento”, en cambio, es lo que el paciente efectivamente tiene. Puede estar formado por varias enfermedades simultáneas, por sólo un fragmento de la enfermedad, o no corresponder a ninguna enfermedad conocida. El enunciado en la historia clínica como “padecimiento actual” es entonces correcto porque se trata de una relación de los síntomas y signos de ese paciente concreto y no “enfermedad actual” porque ello significaría ya haber hecho un diagnóstico nosológico. Este último suele hacerse por analogía, en cuanto los síntomas y signos del paciente se asemejan a los descritos para la enfermedad. En otras palabras, el diagnóstico nosológico equivale a ponerle nombre de enfermedad al padecimiento. Tampoco cabrían expresiones como “la neumonía es un padecimiento...” o “¿cuál es el padecimiento de este enfermo?”

El viejo aforismo de que “no hay enfermedades sino enfermos” alude precisamente a esta confrontación entre enfermedad y padecimiento. El padecimiento forma parte del enfermo, incluye no sólo sus síntomas sino todos sus concomitantes, ya sean físicos, psicológicos o sociales, y es el objeto de estudio de los clínicos. La enfermedad es una entidad externa, que enmarca los sufrimientos del paciente y es el objeto de estudio de los científicos. Las diferencias entre enfermedad y padecimiento abarcan un espectro tan amplio que desconcierta al principiante, sobre todo cuando espera la presencia de un determinado signo que no aparece, o predice un determinado desenlace que nunca se da. Los clínicos observamos pacientes, cada uno diferente. Más que aspirar a encasillar a cada enfermo en el compartimento de la enfermedad que le corresponde, convendría hacer un esfuerzo por comprender lo que efectivamente le está ocurriendo, aprovechando, claro, el marco de referencia de las enfermedades descritas en los textos.

En resumen, la capacidad de preservar las cualidades de la profesión entendiendo las nuevas circunstancias se constituye en una habilidad fundamental del médico contemporáneo. Su responsabilidad, moral y legal, lo vincula con una profesión de servicio, tradicionalmente caritativa y benéfica, pero también con un compromiso explícito en la elección vocacional y con una función social irremplazable.

Anticipación

La previsión es el mensajero del destino

104

Aunque ha conservado su esencia, la medicina ha ido cambiando sus propósitos. No siempre ha sido el oficio de sanar enfermos sino también el de predecir desenlaces, consolar caritativamente o ayudar a bien morir. Por tradición se ha identificado con la curación de las enfermedades, de tal manera que tiende más a instrumentar una respuesta ante alguna iniciativa por parte del paciente; en el pasado, si éste no daba el primer paso, el médico no se movía. Tal esquema dominó la atención médica durante siglos, de tal suerte que sólo los síntomas iatrotrópicos, es decir, los que conducen a solicitar la ayuda médica, recibieron una atención más o menos eficaz. Esta es una de las explicaciones del carácter protector, por ejemplo, del dolor; en la medida en que es una sensación desagradable, incómoda, incompatible con el funcionamiento global de un ser humano, lo obliga a buscar alivio, y es también una de las causas por las que varias enfermedades indoloras son auténticas amenazas para la vida, los famosos “asesinos silenciosos”.

Como un avance en la educación para la salud, ya no sólo los síntomas con tono afectivo negativo se desempeñan como iatrotrópicos sino que el propio enfermo reconoce la posibilidad de que un cierto signo pueda traducir una enfermedad oculta (y con ello han adquirido un tono afectivo y un carácter protector). Hoy se atacan, ciertamente, las enfermedades que son intolerables para los pacientes, pero también se combaten los factores de riesgo, que no sólo no provocan molestias sino que pueden hasta resultar placenteros, como el consumo de alcohol o lo que se ha llamado con el anglicismo de sobreindulgencia alimentaria.

La meta ha cambiado: ya no se trata sólo de hacer más tolerable la vida sino de vivir más y en mejores condiciones. La postu-

ra expectante, la del médico que espera sentado en su consultorio a que llegue el paciente, deja de ser la apropiada. Hoy salimos a buscar pacientes, los flechamos con amenazas y malos augurios, les escrutamos indicios que presagien un daño futuro, les amargamos la vida ahora con la promesa de un mejor porvenir, y con ello hasta moderamos la demanda de servicios.

A partir de la propuesta de que el proceso salud-enfermedad sigue una historia natural, se extendieron las potencialidades preventivas de las intervenciones médicas. Prevenir no era ya sólo impedir la aparición de la enfermedad sino evitar su progresión, limitar su persistencia y reducir sus secuelas; cada acción del clínico se jerarquiza entonces más como evitación que como reparación, aun cuando no sea necesariamente muy temprana. La salud y la enfermedad, por su parte, carecen de límites definidos, de tal manera que se puede estar medio enfermo o medio sano, y tal vez siempre estamos en un estado intermedio, aunque sea más o menos cerca del centro o de los extremos del espectro. Prevención primaria y secundaria son, con certeza, puntos de referencia, pero no dejan de ser términos relativos. ¿Qué tan primaria es una prevención que acaso impida la expresión de los genes establecidos en el núcleo de todas las células desde el nacimiento? ¿Qué tan secundaria es una intervención que evita una complicación? La hipertensión, ¿es una enfermedad o una complicación? ¿Y la hipercolesterolemia? ¿Y la enfermedad vascular cerebral? ¿Y el infarto de miocardio? ¿Será la diabetes tipo 2 una complicación de la obesidad?

Las relaciones de la medicina con la enfermedad que aún no existe se expresan con términos como predicción, pronóstico, prevención, previsión, precaución, anticipación y otros. Se habla cada vez menos de factores precipitantes y de causalidad. Con el cambio paradigmático de la ciencia se abandona progresivamente un modelo newtoniano, mecanicista, y se penetra en uno probabilístico, indeterminado. Ya no es más *Mycobacterium tuberculosis* la causa de la tuberculosis sino acaso un factor más, necesario pero no suficiente, pues una proporción alta de las personas adultas sanas albergamos el microorganismo en nuestro cuerpo. Pero tampoco es la sobrealimentación la “causa” de la obesidad ni el alcohol la de la cirrosis más que en términos probabilísticos, pues ni todos los alcohólicos desarrollan cirrosis ni todas las cirrosis ocurren en alcohólicos. Si uno advierte a un fumador que va a desarrollar cáncer pulmonar puede tener que tragarse sus palabras.

La probabilidad tiene su lado optimista y a él le apuestan muchos. No es por nada que se ha dicho que la prevención es el sacrificio de las libertades en pos de una probabilidad estadística.

Predecir es anticipar el futuro; pronosticar es hacer una estimación probabilística de los desenlaces. La previsión entraña prepararse para lo que puede ocurrir. Precaución es estar pendiente, tener cuidado. Pero anticipación significa actuar antes; es el más activo de todos los términos anteriores pues no es sólo prever, predecir o pronosticar sino que tiene el propósito de prevenir, evitar; es la herramienta fundamental de la medicina preventiva y, claro está, es una posición filosófica ante la vida. Reconoce la necesidad de no esperar, de adelantarse, de proceder ante los indicios, antes de ver las consecuencias, de confiar suficientemente en los signos premonitorios como para aventurar una acción.

La medicina clínica no ha sido tradicionalmente una actividad anticipatoria (o mejor dicho, anticipada). En su visión tradicional se destaca su papel en la prevención secundaria, en la atención de quienes ya están enfermos y en el propósito de restaurar la salud. Pero en una visión más moderna tiene que asumir cada vez más su responsabilidad en la anticipación y en la prevención. Aun en sus focos primarios, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la limitación del daño pueden ser anticipados. Hoy se empiezan a ver las tendencias de una medicina preventiva: la vacunación desde luego —incluida la del adulto—, la identificación de los factores de riesgo, la formación de hábitos desde la infancia, la vigilancia de los descendientes, el abordaje terapéutico de estos factores como alteraciones independientes, la búsqueda sistemática de signos no iatrotropicos, la educación para la salud de los pacientes individuales, la acechanza de indicios sutiles, el monitoreo de variables, el examen médico periódico en aparente salud, la protección contra los riesgos laborales, las recomendaciones para prevenir accidentes y la mayor conciencia de los médicos en relación con las consecuencias ecológicas y económicas de sus decisiones, son algunas de las acciones anticipadas de la medicina contemporánea.

La anticipación jerarquiza la prevención. Aunque todas las siguientes son acciones preventivas (en el sentido más amplio del término), si se comparan no tienen el mismo valor (utilidad), por ejemplo: el rastreo de la hipertensión arterial y el tratamiento de la hipertrofia ventricular izquierda; la minimización del uso de los antiinflamatorios no esteroideos y el diagnóstico temprano del daño

renal o la inducción de buenos hábitos de alimentación de la infancia y la dieta de reducción en la edad adulta. La diferencia es el momento de la historia natural en el que ocurre la prevención y no sólo en que sea primaria o secundaria. Y ello tiene que ver también con el concepto de “salud positiva”, si ésta se entiende como el fortalecimiento de la salud, como que aun los individuos sanos pueden estar más sanos si incrementan las reservas que les permitan superar en un futuro las agresiones del medio. En este sentido actúan, por ejemplo, la nutrición, el acondicionamiento físico, el fortalecimiento emocional y el enriquecimiento cultural.

La transición hacia una medicina anticipada exige la convicción de que la prevención no es una responsabilidad de la salud pública o de la atención primaria, de que el proceso salud-enfermedad es evolutivo, de que sus límites son indefinidos, de que la obligación del médico no se detiene en el paciente del presente sino que trasciende al del futuro, que no se limita al individuo pues sus males pueden significar un riesgo para sus hijos o hermanos, que no basta con resolver los motivos de la consulta, y que su trabajo tiene una trascendencia mayor que la que hasta ahora ha contemplado. La previsión es el mensajero del destino; la anticipación es su modulación y está claramente inscrita en las responsabilidades de la medicina contemporánea.

107

Medicina basada en evidencias

Hace ya varios años surgió el movimiento llamado “Medicina basada en evidencias” (MBE) que paulatinamente se ha ido extendiendo en todo el mundo y que ha tenido una influencia enorme, al grado que algunos consideran que la verdadera nueva clínica surge a partir de la MBE. El término es una traducción literal del inglés *Evidence-based medicine* que no hace justicia al concepto. Las palabras *evidence* y “evidencia” son lo que se llama un anglicismo léxico o “falsos amigos”, que son palabras iguales en español y en inglés pero que tienen significados diferentes. En inglés *evidence* tiene la connotación de prueba mientras que en español, la palabra evidencia puede significar desde lo que no requiere demostración, indicio o huella, hasta prueba legal. Un mejor título en español sería el de “medicina basada en pruebas científicas”, pero a estas alturas, el de “medicina basada en evidencias” está suficientemente consagrado como para no intentar un cambio.⁹³

La ponderación de este movimiento también ha sido muy controvertida. Para algunos es un nuevo paradigma mientras que para otros no es más que lo que desde hace muchos años se ha considerado “medicina científica”. Más aún, hay quien piensa que sólo hay una medicina, la basada en pruebas científicas y que cualquier cosa que no se ajuste a este principio en realidad no es medicina. Sin embargo, al observar la práctica cotidiana se identifican muchas conductas de los médicos que se alejan claramente del concepto de una medicina científica, de tal modo que parece ser que la recomendación no está de más. En plan festivo, se han identificado ciertas formas de proceder de los médicos, que no corresponden a una medicina basada en evidencias y que se pueden llamar, frívolamente, alternativas a la medicina basada en evidencias, las cuales se muestran a continuación:

Medicina basada en eminencias

Medicina basada en webidencias

Medicina basada en vehemencias

Medicina basada en obediencias

Medicina basada en disidencias

Medicina basada en difidencias (desconfianza)

Medicina basada en conferencias

Medicina basada en experiencias

Medicina basada en ocurrencias

Medicina basada en creencias

Medicina basada en efervescencias (modas)

Medicina basada en elocuencia

Medicina basada en violencia

Medicina basada en supervivencia

Medicina basada en existencias

Medicina basada en jerarquías

Medicina basada en coerción

Medicina basada en imitación

Medicina basada en predicciones

Medicina basada en tradiciones

Medicina basada en opiniones

Cada una de estas expresiones señala algún vicio o sesgo en la práctica de la medicina y, obviamente, una diferencia con la medicina científica o la medicina basada en evidencias. Tal vez la más con-

trastante sea la medicina basada en opiniones que es lo que este movimiento intenta evitar.

En su definición original expresada por uno de sus iniciadores, el Dr. Brian Haynes, se señalaba que era el uso consciente (o concienzudo) y juicioso de la mejor evidencia actual de la investigación en el cuidado de los pacientes individuales. Su justificación ética es incuestionable, pues se trata de buscar, en toda la literatura, cuál es la mejor alternativa para un paciente concreto. Posteriormente se modificó un poco la definición dado que en la original se privilegiaba demasiado los resultados de investigación y se menospreciaban los aspectos clínicos y subjetivos de pacientes y médicos. Con ello, la definición quedó como “la integración de la mejor evidencia de la investigación con la experiencia clínica y los valores del paciente”. En última instancia, la medicina basada en evidencias es un vínculo entre la investigación y la práctica y pretende estrechar la brecha entre ambas y reducir los tiempos entre que se genera el conocimiento y que se aplica. Muchos pacientes han muerto porque, a pesar de que ya se contaba con el conocimiento que los podría salvar, los médicos lo ignoraban o lo soslayaban.

109

La MBE tiene mucho que ver con la información. Hoy en día que se ha multiplicado la cantidad de información accesible, la dificultad ha dejado de ser el acceso a la información y se centra en el exceso de información. Veinte mil revistas médicas y más de dos millones de artículos al año hacen imposible mantenerse al día. En otras épocas bastaba que un médico se suscribiera a una o dos revistas de su especialidad, que las escrutara en cuanto llegaran y que seleccionara para su lectura unos cuantos artículos. Hoy esto ya no es suficiente, pero tampoco parece necesario tener todos los conocimientos en la mente sino saber tener acceso a ellos.

La información puede ser científica y seudocientífica; la distinción entre ambas no siempre es fácil y, en todo caso, la capacidad de discernir una de otra es una habilidad que se requiere para practicar la medicina basada en evidencias (y podríamos decir que para practicar eficiente la medicina en general). La metodología de la MBE ofrece la posibilidad de descubrir las “agujas en el pajar”, entre numerosas publicaciones identificar aquellas que tengan los atributos de validez, confiabilidad, importancia y utilidad. La seudociencia es aquella que tiene apariencia de ciencia pero que en realidad es promocional; la publicidad se ha refinado de tal manera que hoy en día se hace pasar por información científica y engaña a personas

que carecen de la suficiente capacidad para discernirlas. Se publica en revistas prestigeadas, sigue una metodología muy aproximada a la científica, pero simplemente soslaya toda la información que no es favorable a lo que pretenden promover. También es pseudociencia la investigación bien intencionada pero que posee defectos metodológicos, como puede ser toda la que realizan los aficionados a la ciencia.

Mientras que la investigación científica está validada, no suele utilizar juicios de valor (p. ej., recomendar un cierto producto o exaltar las virtudes de algún procedimiento), se centra en la verdad dentro de lo posible y es resultado de un proceso que aspira a neutralizar los sesgos, la información pseudocientífica suele ser claramente sesgada, exalta las virtudes de un determinado servicio o producto y minimiza los inconvenientes. Desafortunadamente no siempre es tan clara esta distinción y no es difícil confundirlas.

La metodología de la ciencia ha identificado muchos tipos de sesgos que quien aspira a leer críticamente los resultados de la investigación tiene que estar capacitado para identificarlos, entre ellos los sesgos de selección, de desempeño, de exclusión, de detección, de publicación, de reclutamiento y otros.

Clásicamente se ha dicho que la MBE tiene cinco pasos:⁹⁴

1. *Conversión de las necesidades de información en preguntas contestables*
2. *Búsqueda eficiente de las mejores evidencias para contestarlas*
3. *Análisis crítico de la evidencia en relación con su validez (aproximación a la verdad) y su utilidad (aplicabilidad)*
4. *Aplicación de los resultados a la práctica*
5. *Evaluación*

Esto significa que si un médico individual pretende ejercer con una medicina basada en evidencias, tiene que adquirir ciertas habilidades que, hoy por hoy, no poseen todos los egresados de una escuela de medicina. Estas habilidades son:

1. *Desarrollar una práctica reflexiva (no rutinaria)*
2. *Ser experto en las estrategias de búsqueda de información*
3. *Capacidad de analizar críticamente la literatura*
4. *Toma de decisiones*
5. *Análisis de resultados de la investigación*

Tradicionalmente ha habido un culto a la información publicada, de tal manera que bastaba que alguien citara un artículo publicado en alguna revista prestigiosa o por un autor reconocido para dar fin a una discusión. Con la propuesta de la MBE esto queda, por

supuesto, en el pasado, dado que no toda publicación es evidencia, ni siquiera la que realizan investigadores reconocidos o en revistas de alto prestigio. La utilización de argumentos contenidos en la literatura a favor de un determinado razonamiento puede estar basada simplemente en la bibliografía accesible y es bien sabido que hay fuerzas que nos tienden a hacer accesible una cierta literatura, al grado que a veces la recibimos de obsequio. Otras veces la opinión depende de haber consultado la literatura más llamativa, si no es que exclusivamente aquella que apoya una idea preconcebida, desechando la que está en contra.

En la filosofía de la MBE se pretende que las revisiones de la literatura sean diferentes; se les llama “revisiones sistemáticas” para diferenciarlas de las “revisiones narrativas” que son las tradicionales; incluyen toda la literatura confiable, sin una preselección más que en términos de validez y confiabilidad de la información, incluyendo de preferencia aun los estudios negativos y hasta los no aceptados para publicación, los que se encuentren en la llamada literatura “gris” (tesis, informes), bajo una metodología científica en el examen de la información, incluyendo un nuevo análisis estadístico (metaanálisis).

Es obvio que un clínico individual no puede hacer todo esto en cada caso. En la actualidad hay profesionales que lo hacen por nosotros. En palabras del propio Bryan Haines: “...La tarea del clínico está cambiando de la desesperanzada idea de leer la literatura original para encontrar la mejor atención posible contemporánea, a la de encontrar la correcta evidencia preevaluada, juzgar si se aplica al problema de salud a la mano y transformar la evidencia en decisión”.

Ante la magnitud de la información que aparece cotidianamente en la literatura ha surgido un criterio selectivo que clasifica las evidencias para que los clínicos puedan tener acceso a ellas; esto se ha llamado “práctica médica basada en evidencias”. Los autores de esta propuesta consideran que hay tres tipos de evidencias en medicina: las evidencias orientadas a la enfermedad (DOE por sus siglas en inglés de *disease oriented evidenced*), las evidencias orientadas a los pacientes (POE, de *patient oriented evidence*), y las evidencias orientadas a los pacientes que son importantes (POEM, de *patient oriented evidence that matters*). Obviamente son los POEM los que interesan al clínico, con lo que se reduce la necesidad de consultar siempre toda la literatura. Se dice que 2.6% de las publicaciones son POEM, mientras que 97% son DOE y POE, y que aparece un POEM en la literatura cada

dos semanas. Algunas publicaciones periódicas se han dedicado ahora a recopilar o a señalar los POEM facilitando el trabajo de los clínicos.

Las revisiones sistemáticas, que son el destilado más valioso de la vastísima literatura de hoy en día, se pueden identificar en las revistas porque así se titulan. En homenaje al epidemiólogo Archie Cochrane⁹⁵ que en otras épocas propuso que todas las decisiones en salud pública deberían tener un sustento en lo que ahora se llaman evidencias, se ha creado la biblioteca Cochrane en la que se recopilan tales revisiones sistemáticas y que está al alcance de los médicos, algunas gratuitamente y otras por suscripción.

La MBE ha sido objeto de muchas críticas porque evidentemente tiene limitaciones. Sin embargo, no hay duda de que ofrece ventajas como son que, por definición, se ofrece a cada paciente la mejor alternativa existente; propicia que se disminuya la amplísima variabilidad injustificada en la atención médica; que se reduzca la brecha entre la generación del conocimiento y su aplicación en la ayuda a los pacientes; se eludan las modas, propagandas, inducciones y otras formas de imposición; se propicie la evaluación crítica del conocimiento establecido; se favorece la práctica reflexiva; se auspicia el aprendizaje de las estrategias de búsqueda y recuperación de la información; ayuda a adquirir la capacidad para discernir la información científica de la promocional; favorece que cada quien establezca un sistema propio de educación continua; vincula auténticamente la atención médica con la educación médica y la investigación; mejora la apreciación del valor de la verdad y de la mejor alternativa.

Entre las limitaciones se pueden reconocer la de que para muchas de las preguntas que los clínicos se hacen no está aún creada la evidencia, suele requerir la inversión de mucho tiempo, en muchos casos también se depende del juicio de terceros, ofrece un marco –no necesariamente el óptimo– para la sanción de las conductas médicas en la medida en que se adopte una decisión que no va de acuerdo con la evidencia (tal vez porque el caso así lo requería); se puede desaprovechar el valor de la experiencia no sistematizada, de la intuición y de los conocimientos derivados de la fisiopatología o la farmacología; en muchos casos no son del todo aplicables los conocimientos derivados de la investigación científica al caso individual, dado que no hay enfermedades sino enfermos y que hay diferencias filosóficas entre los objetivos de la práctica médica (ayudar a las personas) y los de la investigación (incrementar el conocimiento), o sea que hay diferencias filosóficas entre afirmaciones axiológicas y fácticas.

En conclusión, la MBE representa lo mejor de la medicina científica y de la humanística en el sentido de aprovechar los productos de la ciencia para ayudar a los enfermos, eludiendo las decisiones basadas sólo en opiniones, costumbres y tradiciones. Desde el punto de vista educativo representa además la mejor oportunidad para la educación continua. Hay varias direcciones electrónicas que permiten el acceso a la información que va saliendo sobre el tema. Una accesible es la del español Rafael Bravo.⁹⁶

¿Interrogatorio o entrevista?

El significado de estas dos palabras que pudieran ser intercambiables refleja diferencias en el abordaje de los pacientes. El término “interrogatorio” se ha empleado para encabezar el primer capítulo de la historia clínica convencional y alude a la información que puede obtenerse del paciente si se dirigen las preguntas adecuadas y se conduce con eficiencia la consecución de las respuestas. En el modelo tradicional de historia clínica el propósito es conseguir datos útiles para el diagnóstico nosológico puesto que a partir de éste se derivan todas las intervenciones. El interrogatorio ofrece una gran cantidad de información útil, al grado que se puede afirmar que no hay un método más productivo, incluidos los que derivan de la tecnología compleja, pero su técnica no es fácil dominar y se requiere experiencia para que sea fructífero. Incluye una serie de capítulos que tienen que ser explorados invariablemente: antecedentes familiares, antecedentes personales no patológicos, patológicos, padecimiento actual, aparatos y sistemas, terapéutica empleada. Esta sistematización contribuye a no olvidar nada, a que los novatos aprendan y a que los lectores de la historia clínica sepan en dónde buscar un determinado dato.

Sin embargo, el término evoca también las técnicas policiacas más desprestigiadas y, por otro lado, la sistematización se suele volver tan rígida que no da margen a considerar otro tipo de información que puede ser igualmente útil, porque no cabe en los apartados convencionales. Por ejemplo, las opiniones del paciente, sus creencias y prejuicios, sus vivencias emocionales, la manera en que han enfrentado su enfermedad, sus limitaciones financieras, sus gustos culinarios, sus miedos. El enfermo difícilmente va a re-

ferir estos datos y menos si percibe que con quien alterna es un técnico que atrapa sólo síntomas de enfermedades y menosprecia todo lo demás.

La alternativa es, entonces, la conversación o la entrevista. No se trata sólo de una diferencia semántica sino de una filosófica.⁹⁷ La plática en este caso no es tan asimétrica sino una entre iguales; se centra en lo que ahora se identifica como narrativa y que da una imagen más integral del paciente, concede la oportunidad de explorar lo que verdaderamente le interesa al enfermo y no sólo al médico. Privilegia no sólo el diagnóstico nosológico sino una visión integral del paciente, además de que contribuye con más eficiencia a establecer una relación terapéutica en cuanto que el paciente percibe el interés del médico por su persona y no sólo por su enfermedad. El médico, por su parte, enfrenta la interacción como bidireccional, como una posibilidad de entender mejor a su paciente y con más probabilidades de ayudarlo auténticamente.

114

El valor de lo subjetivo

Con el positivismo encabezado por Augusto Comte la subjetividad se convirtió en un intruso. Sólo lo visible y mensurable tenía valor, y más bien había que diseñar estrategias para no ser engañado por lo subjetivo, como la del cegamiento o, mejor aún, el doble cegamiento en el que ni el investigador ni el sujeto de investigación tenían pleno conocimiento de lo que estaba ocurriendo. La intención de someter a control absolutamente todas las variables condujo al reduccionismo que todavía domina la ciencia de hoy en día. Esta visión parte de algunos supuestos, como el de que se puede aislar el objeto de estudio de los sujetos de investigación y sus pensamientos, que los observadores son independientes y no están involucrados afectivamente, que se puede eliminar todo sesgo y preconcepción y excluir la participación de factores emocionales o actitudinales.

Sin embargo, evidentemente no todo es mensurable como la empatía, la felicidad, la tristeza, la honestidad, la satisfacción y el compromiso. A partir de esto y de otras observaciones ha ocurrido un cambio paradigmático en la ciencia en el que lo subjetivo adquiere nueva jerarquía, el modelo mecanicista se sustituye por uno pro-

babilístico, las relaciones causales no son directas ni únicas, cada efecto es resultado de muchas causas, incluidos deseos, temores, aprensiones, anhelos, miedos, aspiraciones, prejuicios y creencias; la relación entre causa y efecto ya no es lineal, sino relativa, proporcional; ya no caben los enunciados categóricos y se admite que la visión del observador definitivamente influye en el fenómeno (ver el tema sobre Complejidad). Con todo esto, lo subjetivo se reivindica.

Si en el terreno de la ciencia misma se reconoce esto y surge la investigación cualitativa, en la medicina clínica lo subjetivo resulta particularmente valioso pues es a partir de lo que el enfermo siente que suele iniciarse la relación con el médico. Como herencia del pensamiento positivo seguramente se ha recomendado a los médicos no involucrarse afectivamente con los pacientes para no perder objetividad y tomar decisiones mejor sustentadas. Sin embargo, hoy en día está claro que no sólo no es posible dejar de involucrarse sino que no es conveniente en tanto que se pierde sensibilidad, empatía, capacidad para percibir el sufrimiento ajeno y jerarquizarlo bajo la visión de quien lo padece. Lo que no hay que hacer es sobreinvolucrarse.

La subjetividad del paciente se expresa en síntomas y en la capacidad de percibir los efectos de la enfermedad. Pero también matiza la manera de enfrentarla. Temores, deseos, prejuicios, aversiones forman parte de ambos: la percepción y el enfrentamiento. En el terreno de lo cotidiano no se puede soslayar lo subjetivo, hacer como si no existiera; la conducta del clínico tiene que atender esta subjetividad del paciente y él mismo participa con su propia subjetividad, en la que van incluidos los muy legítimos afectos y la preocupación por el enfermo.

115

Medicina narrativa

Con la denominación de “Medicina narrativa” y con la de “Medicina basada en narraciones” se identifica un movimiento que tiene ya más de 10 años y que aspira a recuperar algunas de las cualidades esenciales de los médicos, quienes nos hemos visto arrastrados por la vorágine de la ciencia biomédica, la tecnología, la eficacia, la productividad y hemos dejado un poco de lado al paciente mismo, razón de ser de la profesión. Bajo esta perspectiva adquieren valor tanto lo subjetivo como las biografías, de tal modo que ya no se trata de registrar una historia clínica sino de una historia de vida, ya no sólo ponderar el padecimiento actual sino

todas las percepciones que suscita, ya no seguir el cartabón rígido sino extenderse a la amplitud que exige la necesidad de expresarse.

La tecnificación de la medicina ha subestimado la importancia de conocer a los pacientes en el contexto de sus vidas y de ser testigos de sus alegrías y sufrimientos. La vieja recomendación de evitar involucrarse afectivamente con los enfermos propició que los viéramos como material de trabajo en que lo importante es la enfermedad y, acaso, cómo contrarrestarla físicamente. Este movimiento de la medicina narrativa intenta contribuir a la enseñanza de la práctica de la comunicación y de la capacidad de escuchar e interpretar las historias (no sólo clínicas) de los pacientes. Se trata de reivindicar las cualidades, adicionales a la competencia científica, de saber escuchar a los pacientes, comprender lo mejor posible sus padecimientos (no sólo sus enfermedades), honrar los significados de las historias que cuentan y conmoverse con lo que ven para poder actuar en beneficio de ellos.

La habilidad narrativa ha sido confinada por los esquemas rígidos que se han impuesto tanto en la enseñanza de la medicina como en los registros hospitalarios. La conducción del llamado interrogatorio por parte de los médicos intenta evitar que el paciente se desvíe del objetivo de la atención y se menosprecia lo que no parece pertinente. Se suele dar poco valor a las percepciones del paciente en torno a su enfermedad, cómo la ha vivido, cómo la siente y cómo la interpreta. Los médicos contemporáneos han mostrado limitaciones para la comunicación tanto con el paciente como con otros colegas y con el público; basta observar el lenguaje que utilizan cuando son sometidos a una entrevista en los medios de comunicación y se refugian en un lenguaje técnico incomprensible para mantener el estatus y para ocultar sus limitaciones.

La experiencia de la enfermedad es de un muy alto impacto en la vida de los enfermos.⁹⁸ No sólo el sufrimiento físico y la incertidumbre del pronóstico, sino aspectos tan elementales como la hora de la cita, la espera en la antesala, los contactos con la recepción, los ayunos necesarios, las limitaciones para poder mantener una rutina cotidiana adquieren significados vivenciales. Laín Entralgo⁹⁹ describe lo que él llama “las vivencias elementales de la enfermedad” que no dependen del diagnóstico o de la gravedad del caso, aunque se expresen en mayor o menor medida según éstos y la personalidad del enfermo. Todos los pacientes experimentan estas vivencias en mayor o menor grado y tienen impactos mayores o menores en ellos.

Estas vivencias son la de *invalidéz*, en tanto que todo enfermo es un inválido, temporal o permanente, incapaz de desarrollar las actividades acostumbradas; *molestia* que puede ser de diversa naturaleza (dolor, disnea, náusea, vértigo, debilidad); *amenaza* pues en cualquier caso existe el riesgo de complicaciones y sus consecuencias; *soledad* pues todo enfermo la experimenta aun cuando esté rodeado de familiares y amigos, pues no percibe que nadie esté verdaderamente en el lugar de él; *anomalía*, lo que significa que todo enfermo es un “anormal” en el sentido estadístico del término, pues se desvía de la norma; *recurso*, que significa que los enfermos suelen utilizar su enfermedad para obtener ciertas ganancias como que se les exima de sus obligaciones cotidianas o se les consientan sus caprichos o sus preferencias; lo que Laín llama “*succión por el cuerpo*” en que la atención se centra en el propio cuerpo (si no es que en el órgano enfermo) haciendo abstracción de todo lo que le rodea; y aunque Laín no lo menciona, hay que agregar la *culpa*, pues todos los pacientes al menos se cuestionan si pudieron ellos ser la causa de lo que les ocurre, si hicieron algo indebido o equivocado o si con la enfermedad están recibiendo un castigo o una expiación.

Un ejemplo conmovedor de la aportación de la medicina narrativa puede leerse a propósito de un caso de esclerosis lateral amiotrófica descrito por Ladislao Olivares.¹⁰⁰ Incluye no sólo las vivencias del enfermo sino las del propio médico, sus dudas, razonamientos, justificaciones, incertidumbres; las acciones que realizó no sólo en términos estrictamente terapéuticos sino para profundizar su relación con el enfermo, para reconocer sus necesidades y para ayudarlo auténticamente a pesar de que sufría de una enfermedad incurable y progresiva. Es reivindicar lo subjetivo pero también dar valor a la anécdota.

El impacto de estos relatos se ilustra en el texto “Medicina basada en cuentos”¹⁰¹ en el que los médicos escribieron narraciones y anécdotas, muchas de ellas a partir de sus propias vivencias relativas a la enfermedad de sus pacientes y que ilustran muy bien lo que es el arte de la medicina.

El asunto tiene que ver, por supuesto, con las habilidades literarias que no tendrían que ser ajenas a los médicos. La literatura y la medicina tienen muchos nexos; los médicos tenemos que registrar por escrito nuestras observaciones y comentarios sobre los casos que atendemos y hasta expresar nuestro razonamiento diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Es claro que hemos desperdiciado esta oportunidad al llenar los expedientes de abreviaturas,

acrónimos, símbolos, ambigüedades, eufemismos, rutinas, referidos predominantemente a los componentes biológicos de la enfermedad, y lamentablemente con defectos muy evidentes de caligrafía y redacción. La famosa “letra de doctor” tiende a superarse con los expedientes electrónicos, pero aún muchas prescripciones son manuscritas cuando los errores de lectura pueden tener graves desenlaces. Tampoco hemos sabido honrar la espléndida oportunidad de tener acceso a las intimidades de las vidas humanas, de conocer los entornos de la enfermedad, de vivir las alegrías y las tristezas de los enfermos, de penetrar en las almas e identificar los implícitos. No es casual que muchos escritores hayan sido médicos y que los textos literarios hayan servido para la educación médica.

118

La nueva clínica y la buena prescripción

Muchas de las interacciones entre médico y paciente culminan todavía en una prescripción, ya sea de medidas alimentarias, físicas, higiénicas y, lo más común, medicamentosas. Lamentablemente la calidad de la prescripción no siempre es óptima, en parte porque la terapéutica se ha complicado pues la ilusión que surgió a partir del modelo de las enfermedades infecciosas no se ha cumplido en la práctica. Según este modelo, la terapéutica no era más que la consecuencia automática del diagnóstico etiológico: saber qué microorganismo producía la enfermedad del paciente y con qué fármaco se combatía a este microorganismo era suficiente. Hoy todas las enfermedades requieren medidas complementarias, muchas veces varios fármacos simultáneos o sucesivos, un monitoreo estricto de los efectos, reglas claras para la duración, la combinación, el aumento o disminución de la dosis, la suspensión.

En la decisión terapéutica, además, influyen hoy en día varios factores externos como la publicidad y la promoción, no sólo dirigidas a los médicos sino también a los pacientes para que éstos presionen a sus médicos. Si a esto agregamos que puede haber defectos y errores en la dispensación, problemas en la elaboración de la receta, deficiencias en la administración y el uso y que el apego a la prescripción no suele ser óptimo podemos entender muchas de las limitaciones de la terapéutica contemporánea. El clínico tendría que afinar su competencia prescriptiva y ajustarse a reglas y procesos lógicos para ser eficaz.

La OMS definió que “el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban las medicaciones apropiadas a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un periodo adecuado y al costo más bajo para ellos y para su comunidad”.¹⁰²

Una farmacoterapia racional implica un conjunto de decisiones y acciones que, sobre la base de un correcto diagnóstico y del conocimiento de las características de cada paciente, involucra la consideración de medidas no farmacológicas, la determinación de usar o no medicamentos, y en caso de ser necesarios, una correcta selección, la elaboración de un régimen de dosificación, seguido de instrucciones claras y suficientes para facilitar su cumplimiento y un adecuado seguimiento o monitoreo. Aunque la prescripción es una competencia de todos los médicos, éstos deberían tener suficiente autocrítica para ejercerla cuando se sientan seguros y la humildad para consultar o referir cuando no sea así.

Habría que reconocer que la terapéutica ha dejado de ser la disciplina que enfoca el tratamiento de las enfermedades para convertirse en algo más amplio, que abarca todas las intervenciones que pretenden modificar la historia natural del proceso salud-enfermedad. Bajo esta perspectiva cabe, desde luego, la terapéutica preventiva y, por otro lado, cada intervención terapéutica tiene a su vez un propósito preventivo de males mayores.

Los clínicos de hoy en día se ubican entre dos extremos: por un lado los partidarios de la curación natural en la que lo que se pretende es permitir actuar a las fuerzas de la naturaleza que se suponen benéficas y, por tanto, las intervenciones suelen ser mínimas. En el otro extremo se encuentra la práctica heroica que aspira a salvar la vida aun a expensas de aumentar el sufrimiento; en este caso, las intervenciones suelen ser hasta excesivas. Por fortuna, la mayoría de los clínicos se encuentran en medio de estos extremos, más o menos cerca de alguno de ellos.

Se debe tener muy claro cuál es el propósito de la terapéutica pues si se pretende curar lo incurable puede haber consecuencias serias que podrían evitarse. La terapéutica puede pretender prevenir, controlar, paliar, reducir los síntomas, desde luego curar, rehabilitar, desacelerar o se puede tener claramente la conciencia de que tendrá un efecto placebo.

La decisión tiene un componente *espacial* (¿En dónde voy a aplicar la terapéutica? ¿En el domicilio? ¿En el ámbito ambulatorio?)

rio? ¿En el hospital? En ese caso ¿en una sala de cuidados intensivos o en una sala común?); un componente *temporal* (¿En este momento? ¿Después? ¿Por cuánto tiempo?); *de persona* (Quién lo aplica? ¿Con quién más?); *de cantidad* (¿Cuánto? ¿Cada cuando?); *de calidad* (¿Cuál de todas las alternativas? ¿Qué marca?); *cuándo subir o bajar la dosis, cuándo suspenderlo, cuándo combinarlo...*

La decisión de usar o no medicamentos no sólo depende de que existan fármacos eficaces y seguros para el caso sino de lo que se ha llamado “umbral terapéutico” que limita las relaciones diagnóstico-terapéuticas. El umbral terapéutico se alcanza cuando la probabilidad de la enfermedad es suficiente como para decidir prescribir un tratamiento. Por supuesto que este umbral depende tanto de la naturaleza de la enfermedad como de las características del tratamiento, en particular su cociente beneficio/riesgo. En el cáncer, por ejemplo, prácticamente se requiere tener la certeza absoluta del diagnóstico porque no se va a arriesgar al paciente con una quimioterapia o radioterapia que son por naturaleza tóxicas si no se tiene la seguridad de que puede haber un beneficio a partir de su uso. En cambio si se trata de una helmintiasis intestinal puede bastar con la sospecha vaga o hasta una consideración epidemiológica en un individuo asintomático para prescribir un tratamiento, dado que éste suele ser relativamente inocuo.

Algo que antaño no se usaba y que ahora es obligado es considerar la opinión del paciente o, en su caso, de los familiares en relación con el tratamiento. Es preciso explicar muy bien sus alcances y limitaciones y escuchar del paciente si es o no aceptable. Tampoco se tomaba mucho en consideración el costo, siempre que no impidiera su uso; hoy se debe tener una conciencia clara de los costos y en igualdad de circunstancias elegir la alternativa menos costosa.

Los errores de medicación suelen ser muy frecuentes y muchas estrategias enfocadas a la seguridad de los pacientes tienen que ver con reducir al mínimo la posibilidad de estos errores. Desde cómo hacer una receta (se dice que la caligrafía ha matado más gente que las guerras), identificar los medicamentos de alto riesgo, exagerar en la identificación correcta del paciente, el medicamento, la dosis prescrita, la vía de administración, etc. Hoy existe una estrategia específica para evitar los errores de medicación que forma parte importante de los sistemas de acreditación y certificación de establecimientos de atención médica.

Adherencia (apego)

*“Y vigilen también las fallas de los pacientes
quienes frecuentemente mienten acerca
de si tomaron lo que se les prescribió...”*

HIPÓCRATES

Los incuestionables avances que se han tenido en los tratamientos farmacológicos de muchas enfermedades terminan siendo anulados con frecuencia por un motivo muy simple: muchos pacientes no siguen las prescripciones. Las razones para ello son muy diversas: se les olvida, no entendieron las instrucciones, no se convencieron, no nos ganamos su confianza, sufren efectos adversos que los obligan a suspenderlos, no tienen acceso al medicamento por falta de recursos económicos o por otras causas, no lo valoran suficientemente, se sienten bien, consideran que ya es mucha medicina, temen efectos nocivos por acumulación, les parece que ya lo siguieron por un tiempo suficiente, reciben opiniones —profesionales o no— distintas, les incomoda el sabor, etcétera.

121

Esta falta de cumplimiento por parte del paciente se manifestó dramáticamente a propósito de la tuberculosis, enfermedad en la que fue necesario recurrir a estrategias de supervisión muy estrecha para evitar los fracasos terapéuticos y las resistencias, pero se ha hecho más evidente en otras enfermedades crónicas, en particular las que carecen de síntomas o éstos son bien tolerados. Los médicos hemos pecado de ingenuos y hasta de irresponsables al suponer que otorgar la receta garantiza su cumplimiento, que nuestra responsabilidad cesa en ese momento y que a partir de allí la obligación corresponde al paciente o a su familia. Ni siquiera solemos tener suficiente conciencia del problema y de su magnitud.

Por mucho tiempo la adherencia fue identificada con la sumisión; de hecho, se le denominaba “obediencia terapéutica”. El mejor paciente era el más dócil, el que menos cuestionaba las indicaciones y el que se disciplinaba de manera estricta, confiando ciegamente en su médico y sin atreverse a criticarlo o poner en duda sus órdenes. Pero a partir de los últimos decenios del siglo xx, con la jerarquización del principio de autonomía, se reconoció el derecho de los pacientes a participar activamente en las decisiones

que les conciernen y hasta el de negarse a seguir las indicaciones de los médicos si no les parecen apropiadas, en oposición al paternalismo que dominó por siglos y que concedía autoridad absoluta a los médicos para decidir en favor de los pacientes, aunque éstos no estuvieran totalmente de acuerdo. Bajo esta nueva concepción, el término “obediencia” se abandonó y se sustituyó por otros como “conformidad”, “adhesión”, “apego”, “alianza” o “adherencia” terapéuticas. En inglés se suele utilizar el término *compliance* que significa conformidad o acuerdo, y que no es estrictamente un sinónimo de adherencia, pues se suele traducir como aceptabilidad o tolerancia. Recientemente también en inglés se ha preferido el término *adherence*.

La OMS define a la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona —ya sea tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario o ejecutar cambios en el modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Este tema se limita a la adherencia al tratamiento farmacológico —con la plena conciencia de que la adherencia es mucho más difícil de lograr para los tratamientos dietéticos y para las modificaciones en los estilos de vida— y se enfoca en lo que puede hacer un médico individual con su paciente, y no tanto en las estrategias de salud pública que preocupan mucho a la OMS y a la OPS, en la medida en que se desperdician muchos recursos y no se logran los efectos esperados de los tratamientos.

La magnitud del problema es suficientemente grande como para que la OMS lo considere una prioridad. En los países industrializados apenas 50% de los pacientes con enfermedades crónicas alcanzan una adherencia terapéutica razonable, mientras que en los países en desarrollo las cifras son mucho menores, de apenas 12 a 37%. Desde luego que varían con la enfermedad, las condiciones socioeconómicas, la cultura y la educación, pero en general la falta de adherencia es el factor limitante más frecuente que impide alcanzar la efectividad terapéutica que sí se logra en los ensayos clínicos, y no puede considerarse como una excepción pues ocurre en la mayoría de los casos. La hipertensión, la diabetes, la epilepsia, el asma, el cáncer, la osteoporosis, el SIDA y los trasplantes son ejemplos dramáticos en los que la falta de adherencia conduce a desenlaces desafortunados. Cuando se trata de elegir candidatos para un cierto tratamiento, como sucede en los receptores de órganos, una variable ha sido la probabilidad estimada de que efectivamente se adhiera al tratamiento.

Las consecuencias de una falta de adherencia son obvias, pero se destacan la falta de eficacia del tratamiento, el incremento en las complicaciones, la resistencia y el aumento ineficiente de los costos. La información que los pacientes ofrecen a su médico acerca de si siguieron o no el tratamiento, y si lo hicieron como estaba prescrito, no ha resultado confiable como una medida de adherencia, ni siquiera cuando se obtiene a partir de un cuestionario estructurado. Se han tenido que idear procedimientos más complejos,¹⁰³ los cuales no resultan prácticos en el encuentro individual entre médico y paciente, como son el recuento de las tabletas remanentes, la medición de niveles sanguíneos, la utilización de marcadores biológicos no tóxicos o los dispositivos electrónicos que registran cada momento en que se abre el envase. Toda esta sofisticación sólo habla de que, para estos propósitos, no puede confiarse en la palabra de los enfermos.

Parece ser que algunos elementos clave para lograr una mayor adherencia implican la comprensión plena de la terapéutica por parte del enfermo, su convicción sobre la importancia del apego, el que le asigne un valor a su tratamiento o a la recuperación de su salud, se involucre afectivamente y se comprometa auténticamente. Partiendo de la idea de que el enfermo no es un obediente procesador de órdenes del médico, sino que siempre tiene algo que aportar en la relación terapéutica, el enfoque más pertinente se sustenta en mejorar la calidad de la relación interpersonal. En la medida en que el paciente cuente con información correcta, suficiente y comprensible, que jerarquice su propia salud, tenga confianza en el médico, en el medicamento y en el sistema de salud y cuente con una visión de futuro, se puede lograr una mayor adherencia terapéutica.

Las estrategias que se han propuesto para superar el problema abarcan cinco grupos:

Educación del paciente, tanto en relación con su padecimiento y su terapéutica, como en el valor del apego.

Efectos sobre el comportamiento, como ocurrió con los tratamientos de la tuberculosis.

Recompensas, particularmente en los pacientes con mente sencilla, en los que funcionan mejor los incentivos, ya sea positivos o negativos.

Apoyo social, especialmente por parte de la familia.

Seguimiento, ya sea telefónico o presencial, personal o por intermediarios.

En un intento de ubicar las estrategias en el terreno de un médico individual atendiendo a un paciente individual, y tomando en

cuenta las razones que con más frecuencia se invocan para la no adherencia, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

1. *La sola emisión de la receta, por más bien hecha que esté, no es, por supuesto, suficiente para garantizar la adherencia*
2. *Anotar en la receta el tiempo que debe seguirse la prescripción, por ejemplo, “hasta nueva instrucción”, “de por vida”, “indefinidamente”*
3. *Aunque se puede optar por utilizar incentivos –según las características del paciente–, en general no sirven de mucho las amenazas, intimidaciones y mentiras. Lo más que se logra es que el paciente pierda la confianza o abandone al médico*
4. *Explorar el grado de competencia del paciente, tanto en términos de poder ejercer su autonomía como de poder contender con su enfermedad*
5. *Explorar las expectativas del paciente. En caso de que sean razonables intentar cumplirlas; si son excesivas, acotarlas desde el principio*
6. *Tomarse el tiempo necesario para explicar en detalle la enfermedad y la terapéutica, y constatar varias veces que el paciente lo comprendió*
7. *Hacer partícipe al paciente de los planes terapéuticos*
8. *Otorgar información escrita*
9. *Retroinformar y reforzar, reconocer los esfuerzos y ponderarlos*
10. *En igualdad de circunstancias, prescribir la marca menos costosa siempre que se pueda garantizar el abasto y la calidad farmacéutica*
11. *Usar el menor número de medicamentos posible, a la menor dosis posible y en el menor número de tomas posible^f*
12. *Relacionar las tomas del medicamento con las actividades cotidianas y no tanto con el horario, por ejemplo “al acostarse”, “después del desayuno”*
13. *Explicar los posibles efectos adversos, su trascendencia y lo que hay que hacer en caso de que aparezcan*
14. *Involucrar a la familia*
15. *Mantener una comunicación frecuente con el paciente e investigar periódicamente el grado de cumplimiento*
16. *En algunos casos puede ser útil firmar un convenio*
17. *Investigar la posibilidad de una depresión asociada, en tanto que la falta de adherencia puede representar una conducta autodestructiva*
18. *Sin descalificarlas a priori, advertir de las ventajas e inconvenientes de las medicinas alternativas que se suelen usar para el caso*

^f En este terreno la información es contradictoria pues se recuerda mejor lo que se hace diario y forma una rutina que lo que se atiende esporádicamente

Medicina defensiva

La evolución de la sociedad y las circunstancias de la práctica médica han propiciado en algunos casos las desconfianzas mutuas en la relación médico-paciente. Si bien en el modelo hipocrático se identifica como una relación paternalista en la que el médico toma decisiones por el paciente y en su beneficio, han surgido una serie de modelos alternativos en los que ya el profesional no es el dueño de tales decisiones. El modelo paternalista, tanto en su variedad autoritaria como en la afectuosa, se sustenta en valores del propio médico y no en los del paciente, de manera que éste puede no sentirse representado por quien lo atiende. Los modelos adicionales incluyen, entre otros, el contractual y el mercantil; en el primero se acepta, aunque sea de manera implícita, que cada quien, médico y paciente, tienen obligaciones y que si alguno de ellos falla el otro tiene derecho a reclamarle, mientras que en el modelo mercantil el médico vende un servicio y el paciente lo compra con todos los derechos y las reglas del consumidor.

125

El cambio social que se vive en los albores del siglo XXI no sólo ha multiplicado los modelos de relación médico-paciente sino que ha propiciado un cambio en el comportamiento de los pacientes; ahora cuestionan, desconfían, reclaman, se quejan, demandan, se organizan, litigan. En algunos países esta conducta ha propiciado auténticas dificultades de comunicación y ha vuelto necesario que los colegas médicos reaccionen en consecuencia.

Si bien la conducta profesional más recomendable sería la de arraigarse en principios y valores de la profesión y trabajar a favor de la comunicación eficaz con los pacientes, lo cierto es que en muchos ámbitos se ha optado por prepararse para enfrentar eventuales demandas y reclamaciones, con lo que surge la medicina defensiva. Ésta se ha definido como “el empleo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas” o como “los cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional”. En otras palabras, el propósito principal del acto médico ya no es ayudar a mantener o recuperar la salud del paciente, sino a prepararse para contender contra los reclamos futuros. También se considera medicina defensiva la de evitar pacientes de alto riesgo para no caer en responsabilidades (medicina defensiva negativa).¹⁰⁴

Hay un diferencial de riesgos según la especialidad, de tal modo que las tendencias hacia la medicina defensiva varían; los quemás riesgo tienen son los cirujanos y los que menos los pediatras y psiquiatras.¹⁰⁵

Esta conducta es hoy en día suficientemente generalizada como para significar un cambio relativamente característico de la época. Al haber aumentado las quejas y los juicios contra los médicos, se ha propiciado una nueva forma de proceder, alentada por gestores y personas interesadas en promover el conflicto y por quienes viven de él. En algunos países uno de cada cinco médicos ha sido sometido a un proceso legal y hasta 70% realizan una medicina defensiva, en México cada vez son más los profesionales que optan por esta idea. Se calcula que 34% de los costos de la atención médica se deben a la medicina defensiva y que 35% de las pruebas diagnósticas, 29% de los exámenes de laboratorio, 19% de las hospitalizaciones, 14% de las prescripciones y 8% de las intervenciones quirúrgicas obedecen a una medicina defensiva.¹⁰⁶ Sánchez-González y colaboradores¹⁰⁷ hicieron una encuesta entre médicos mexicanos en la que se observó ya una indudable orientación considerable hacia la medicina defensiva. A continuación se transcriben las preguntas que formaron parte de la encuesta y que ayudan a definir la medicina defensiva.

Dadas las tendencias actuales de la práctica de la medicina, en mi ejercicio profesional:

1. *Utilizo mayor apoyo tecnológico para aumentar la certeza de mis decisiones*
2. *Frecuentemente siento temor a ser demandado*
3. *Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitarle costos excesivos*
4. *Evito emplear procedimientos de alto riesgo*
5. *Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos*
6. *Sólo empleo procedimientos de bajo riesgo*
7. *Al seleccionar un procedimiento diagnóstico, empleo el que está a la vanguardia*
8. *Evito atender pacientes con situaciones de urgencia*
9. *Al tomar las decisiones sobre el paciente trato de complacerlo lo más posible*
10. *He modificado mi práctica para evitar ser demandado*
11. *Evito atender pacientes graves o complicados*
12. *Documento en el expediente clínico la mayor parte de las condiciones en que se da la atención del paciente*

13. *Proporciono al paciente la mayor información posible para evitar problemas*
14. *En la atención de los pacientes, trato de evitarles complicaciones*
15. *Para asegurarme que no habrá problemas, cito al paciente con mayor frecuencia que antes*
16. *Me siento seguro de las decisiones que tomo con mis pacientes*
17. *Refiero con más frecuencia a mis pacientes a otros especialistas o a otro nivel de atención*

El tipo de medicina defensiva que practican los médicos se ilustra en el siguiente cuadro según Catino:¹⁰⁸

Conductas defensivas

127

Positivas

Más pruebas diagnósticas que las necesarias

Procedimientos invasivos innecesarios (p. ej., biopsias)

Tratamientos innecesarios

Medicamentos no estrictamente necesarios

Hospitalización cuando se podrían atender ambulatorios o en casa

Referencia innecesaria a un especialista

Notas en el expediente que en otras circunstancias no se harían

Negativas

Evitar procedimientos riesgosos en pacientes que se podrían beneficiar de ellos

Exclusión del tratamiento de pacientes riesgosos

Las consecuencias de una práctica defensiva de la medicina sólo benefician a los gestores y los abogados, pero no a los pacientes, los médicos y la sociedad. Acaso a quienes realizan pruebas complementarias de laboratorio o imágenes puede aumentarles el trabajo. Los argumentos que fundamentan esta afirmación incluyen los siguientes:

1. *Los costos de la atención médica se incrementan en la medida en que se hacen estudios que no son necesarios para atender mejor a los pacientes*
2. *Los riesgos para los pacientes también se incrementan en la medida en que cada procedimiento los implica*

3. *Se prescriben medicamentos innecesarios, se hacen estudios no indispensables, se incrementa la referencia a especialistas, se cita en exceso a los pacientes*
4. *Al aumentar el número de pruebas aumenta la probabilidad de falsos positivos y cada uno de ellos obliga a más estudios adicionales*
5. *Se saturan los servicios de estudios complementarios con pacientes que no necesitarían ser allí atendidos en detrimento de quienes lo requieren*
6. *Se fomenta la desconfianza entre médicos y pacientes y se contribuye a la práctica impersonal, contractual y mercantil*

Si se considera la medicina defensiva pasiva, lo cierto es que la condición es mucho más frecuente de lo que se pensaba. Las soluciones no parecen sencillas pero parecen estar más en el ámbito de las tradiciones médicas que en el de la beligerancia.

Iatrogenia

Muchos se equivocan por miedo a equivocarse

G.E. LESSING

El desarrollo científico y tecnológico ha tenido su precio, no sólo en términos del aumento de los costos y las dependencias, sino también en sus consecuencias sobre la salud. Es lamentable que una proporción considerable de la patología contemporánea tenga que ver con efectos nocivos de procedimientos o tratamientos que pretenden ayudar a los pacientes. Igual que la contaminación atmosférica parece un efecto inevitable de la industrialización, los daños iatrogénicos lo parecen de la aplicación de los recursos diagnósticos y terapéuticos contemporáneos.

El término iatrogenia (“iatrogénesis”) se ha identificado con el daño producido por los médicos pero estrictamente se refiere a cualquier circunstancia producida por el médico, sea benéfica o dañina. La curación de una enfermedad puede ser iatrogénica (y por supuesto también espontánea); acaso, para referirse a la condición de efecto perjudicial habría que señalarla como iatrogenia nociva, iatropatogenia o como daño iatrogénico.

También conviene distinguir lo iatrogénico de lo iatrógeno que con frecuencia se utilizan como intercambiables, pero lo cierto es que lo iatrogénico es lo producido por los médicos y lo iatrógeno es lo que produce médicos: la escuela de medicina es entonces iatrógena. Igualmente se puede usar la grafía yatrogénico, cuya pronunciación resulta menos forzada, pero en casi todas partes se utiliza más la escritura con *i* latina.

Se suele condenar lo iatrogénico en cuanto que la función del médico es curar y siempre es lamentable que al intentarlo se origine más daño. Aunque la sociedad se apoya en el aforismo hipocrático de *primum non nocere* y condena cualquier daño causado por el médico, lo justo es interpretarlo en su debida dimensión. Uno de los textos más conocidos de ética médica, en efecto, señala que la obligación principal del médico es no producir daño o mal, en tanto que su potencial benéfico se relega. Esta idea ha propiciado, por un lado, que los daños iatrogénicos se juzguen fuera de contexto, y que se prefieran terapéuticas ineficientes mientras sean inocuas; la frase “si no te hace bien no te hace mal” ha servido para legitimar una gran cantidad de remedios inútiles. Considerando el principio del acto de doble efecto, en que todas las acciones tienen, siempre, un efecto bueno y uno malo, la frase apropiada podría ser: “aunque puede provocarte un pequeño daño, te traerá muchos beneficios”. Por esto, el *primum non nocere* tendría que interpretarse en razón de la proporción entre beneficio y daño.

Un fenómeno relativamente característico de la época contemporánea es la llamada “iatrogenia en cascada” en la que un medicamento provoca efectos colaterales que ameritan un segundo medicamento que también provoca efectos colaterales que tienen que ser tratados con un tercero y así hasta proporciones inverosímiles.

El médico es la segunda víctima de los daños iatrogénicos; aunque no tenga que enfrentar demandas y reclamaciones, siempre es objeto de culpas y remordimientos. Hoy ya no se trata de encontrar culpables, por eso el concepto de errores médicos se ha supeditado al de seguridad de los pacientes. Se trata de garantizar la seguridad de los pacientes y no tanto de castigar o satanizar a quien comete errores.

Se han identificado algunas circunstancias en las que los daños iatrogénicos son más frecuentes: cuando los médicos o el personal

son inexpertos, o se introducen procedimientos nuevos, los pacientes están en los extremos de la vida, se trata de otorgar cuidados complejos o atención de urgencia, o bien cuando la estancia se prolonga. Todas estas condiciones y algunas más se han denominado de “error latente” porque, si bien no ha ocurrido el daño, están dadas las circunstancias para ello, pues sólo es cuestión de tiempo: insuficiencia de recursos, falta de sistematización de los procedimientos, desorden administrativo, relación médico-paciente inadecuada, presiones laborales, familiares, económicas o psicológicas, cansancio de los médicos.

El término iatrogénico centra la responsabilidad en el médico aunque cada día está más claro que en todos los casos se trata de un efecto sistémico, es decir que la falla no es de un individuo sino de un sistema. En razón de esto se ha propuesto el término “comiogénico” (de *komein*, la misma raíz de nosocomio) para aludir a lo que producen los médicos, enfermeras, personal administrativo, de apoyo, farmacéuticos, productores de medicamentos o de material de curación, administradores o políticos de la salud.

El daño no sólo puede ser físico sino también económico, biológico, cognitivo, emocional o social. No todos los daños iatrogénicos han de juzgarse igual aunque las consecuencias para los pacientes no distinguen atribuciones. Se habla de daño iatrogénico predecible, justificado, anticipado, consciente, necesario, inocente, explicable o calculado cuando es literalmente imposible evitarlo como es el caso de la alopecia o la leucopenia por quimioterapia. El daño iatrogénico es aleatorio, impredecible, inevitable o accidental cuando es verdaderamente contingente, si bien en ambos casos cabe la posibilidad de reducirlos al mínimo. Puede atribuirse a la medicina misma, en tanto disciplina imperfecta, en constante búsqueda pero que ofrece lo mejor con que cuenta en el momento histórico particular, o puede atribuirse al propio médico, en tanto ser humano con todos sus defectos, o al sistema social o de organización de la atención médica en los que se suman los defectos de muchos seres humanos. En todo caso, el paciente es el menos culpable y sobre él recaen los daños. Puede atribuirse al individuo, a la estructura o al proceso, pero casi siempre participan los tres elementos.

Uno de los logros más importantes de la profesión ha sido el de reconocer su falibilidad y emprender estrategias para reducirla al mínimo, pues por mucho tiempo se ocultaron los errores y los daños iatrogénicos.

En resumen, más que dar preponderancia a la obligación de no hacer daño en términos absolutos o en sentido abstracto, hoy el precepto *primum non nocere* se puede concretar en las siguientes sugerencias para los médicos las que, desde luego, no son exhaustivas:

- *Refrendar el compromiso con el paciente antes que con nada ni nadie*
- *Sistematizar o protocolizar los procedimientos a manera de prever las contingencias y minimizar los riesgos*
- *Evitar a toda costa el sufrimiento innecesario*
- *Valorar siempre los beneficios en función del riesgo*
- *Evitar las acciones superfluas o excesivas*
- *Mantenerse permanentemente actualizado y apto para ofrecer siempre la mejor alternativa existente*
- *Minimizar la magnitud de los desenlaces dañinos inevitables*
- *Prescribir sólo lo indispensable*
- *Consultar las dosis e indicaciones de los medicamentos; no hay ningún desdoro en hacerlo frente al paciente*
- *Si hay una persona más apta para realizar un procedimiento, referirle al enfermo o solicitarle asesoría y supervisión*
- *En igualdad de circunstancias, elegir la opción menos costosa*
- *Denunciar fraudes y charlatanes. Probablemente será necesario crear un sistema para ello, en donde se eluda el riesgo de canibalismo por razones de competencia comercial*
- *Dedicar tiempo suficiente a las explicaciones*
- *Incrementar los esfuerzos de comunicación con el paciente y su familia*
- *Informar debidamente al paciente de los riesgos y de la necesidad de informar al médico sobre los eventos adversos y reportarse*
- *Considerar la autodeterminación del paciente competente y hacerlo participar en las decisiones que le conciernen*
- *Analizar los propios errores y sacar debido provecho de ellos corrigiendo los defectos, superando la ignorancia. Ello significa una práctica reflexiva y dialéctica, que eluda las rutinas*

131

Seguramente hay muchas recomendaciones más, pero todas se centran en el arraigo en valores y principios ancestrales de la profesión, en el cuidado y el esmero que se deben poner en el trabajo, en la sistematización de los procedimientos, la autocrítica honesta y el aprovechamiento de las estrategias que han resultado útiles en otros campos.

La ética y la nueva clínica

*“No es saber, saber hacer discursos sutiles,
vanos que el saber consiste sólo en elegir
lo más sano”*

SOR JUANA INÉS DE LA CRUZ

132

El médico clínico es, fundamentalmente, un tomador de decisiones y su calidad profesional se puede estimar en función de su capacidad de tomar buenas decisiones en el momento oportuno. Las decisiones tienen, al menos, una dimensión técnica y una ética, si bien esta última se suele soslayar o asumir de manera automática, sin la reflexión correspondiente; y es que no se han creado los debidos espacios para meditar sobre los componentes éticos de las decisiones cotidianas, a diferencia de lo que ocurre, por ejemplo, con los elementos técnicos del diagnóstico y el tratamiento.

La ética clínica contemporánea no consiste tan sólo en respetar los códigos, reglas, juramentos y declaraciones convencionales. La ética médica ha sufrido una profunda transformación en las últimas décadas en respuesta a nuevas condiciones sociales, pero sobre todo, como consecuencia del movimiento de la bioética que ha propiciado que el cuerpo completo de conocimientos de la ética clínica se someta a una revisión completa mediante el cuestionamiento, la disquisición filosófica y la investigación.¹⁰⁹

La velocidad del avance científico y tecnológico no ha sido paralela a la del avance normativo y ético, de tal modo que los médicos contemporáneos frecuentemente enfrentamos situaciones inéditas, que no tienen precedentes escritos o convenidos, y ello ha planteado la necesidad de una ética que sea racional y lógica, flexible, prospectiva, transparente y secular.

Las aspiraciones de la sociedad de hoy en día no siempre corresponden con los valores ancestrales de la profesión médica y, por ejemplo, se incentiva más el empleo excesivo de los recursos tecnológicos que la dedicación al cuidado de los pacientes. La actividad clínica cotidiana enfrenta al médico a conflictos y dilemas éticos¹¹⁰ inesperados. Para propósitos de este escrito se considera dilema cuando las proposiciones entre las que hay que elegir tienen un valor similar y competitivo, mientras que en un conflicto las pro-

posiciones tienen valores diferentes, una relacionada con el interés primario y la otra con el secundario. Estos dilemas y conflictos se plantean durante toda la vida profesional del médico y aun antes.

Algunos conflictos del estudiante de medicina

El médico enfrenta la necesidad de hacer reflexiones éticas desde su etapa formativa, si bien tampoco aquí se han creado los espacios para su análisis. El siguiente cuadro muestra algunas preguntas que podrían hacerse los estudiantes de medicina relacionadas con conflictos éticos. Por ejemplo, revelar al paciente la condición de estudiante tiene el valor incuestionable de la honestidad y la desventaja práctica de que el paciente no va a depositar su confianza en quien reconoce como un aprendiz. Se corre el riesgo de que el paciente se niegue, con todo derecho, a ser atendido por un estudiante y en muchos países la enseñanza de la medicina ha tenido que recurrir a pacientes estandarizados, simuladores y maniqués, en virtud de la negativa de los enfermos a participar en la formación de los futuros médicos.

133

Algunos conflictos éticos del estudiante de medicina

¿Revelar a los pacientes la condición de estudiante?

¿Proporcionar por su cuenta información al paciente o a los familiares?

¿Intentar un procedimiento para el que no se siente suficientemente capaz?

¿Realizar procedimientos innecesarios sólo por practicar?

¿Realizar maniobras en los cadáveres sin autorización?

¿Ejecutar una orden del profesor o del adscrito con la que no se está de acuerdo?

¿Abandonar al paciente terminal por atender a uno recuperable?

¿Cómo proceder si el paciente se niega a ser atendido por un estudiante?

¿Solicitar autorización a los pacientes para realizar procedimientos o para consultar su expediente?

¿Qué hacer si no se entiende la explicación del profesor o la del libro, si no se escucha lo que se supone se debe oír en la auscultación? ¿Confesar la ignorancia?

¿Cómo proceder si se presencia que un compañero está copiando en el examen o haciendo algún otro tipo de fraude?

¿Qué hacer si uno averigua que el compañero inventó los datos del expediente?

¿Qué hacer si uno atestigua que el compañero trató inadecuadamente a un paciente?

La buena disposición de los alumnos para colaborar en la atención médica los lleva a veces a cometer errores o indiscreciones,

cuando ofrecen información al paciente o a los familiares, la cual no coincide con la que proporciona el médico tratante. La prudencia y las normas de las unidades de atención médica aconsejan que sea sólo el médico responsable del caso el que informe al paciente o a la familia, para evitar interpretaciones que pudieran parecer contradictorias.

Por fortuna cada vez se tiene más conciencia de respetar al paciente como persona y hoy en día no sólo se les explican los procedimientos a los que van a ser sometidos sino que se les pide su autorización. En lo que sigue habiendo debate es en la necesidad de solicitar la autorización del paciente para que los estudiantes consulten su expediente. Existe la idea –errónea– de que el contenido del expediente le pertenece al hospital, cuando en realidad este es sólo un custodio de la información que proporcionó el enfermo, confiado en que se manejaría de manera confidencial; la información le pertenece al paciente y el hospital sólo es propietario acaso del papel en el que está escrita. Esto implica que los estudiantes de medicina, efectivamente, tendrían que recabar la autorización del paciente para consultar los datos consignados en el expediente clínico.

Uno de los conflictos más comunes es el que tiene que ver con la realización de procedimientos en los pacientes por parte de los estudiantes. Es verdad que antes de intentarlos los alumnos tienen que demostrar que conocen a fondo la teoría, la técnica y las complicaciones y riesgos, que lo han visto hacer varias veces, que deben ser supervisados por un experto y, siempre que sea posible, tener una práctica análoga previa. No obstante, tarde o temprano, el estudiante tiene que enfrentar la realización del procedimiento en un paciente real; ello plantea el conflicto entre el derecho que tiene el paciente a que sea el experto quien lo realice, y la necesidad de los estudiantes de aprender a hacerlo.

En la organización de los servicios clínicos se identifica una jerarquía que casi no permite disentir. Los antecedentes castrenses de muchos servicios hospitalarios se muestran en el comportamiento de los médicos de distintas categorías. Esto ha propiciado que la mayor virtud sea la obediencia y que si un subordinado no está de acuerdo con alguna decisión tiene que acatarla sin discusión. Pero considerando que nadie es infalible, se convierte en una responsabilidad ética expresar el desacuerdo, aunque las actitudes de los médicos adscritos y jefes de servicio no sean propicias para ello. Se entiende, desde luego, que en situaciones de urgencia, se debe acatar la disposición del

responsable del caso, pero fuera de ello, la discusión y la argumentación puede ser saludable, tanto para el progreso profesional personal de los involucrados como, sobre todo, para el paciente.

La búsqueda de la eficiencia suele propiciar que se abandone al enfermo terminal por atender a los recuperables, considerando que el tiempo del médico es un recurso finito que se tiene que racionar. Sin embargo, si se parte del principio de la obligación de atender las necesidades de cada paciente, las del terminal son, acaso, que se le acompañe, que se le permita la presencia de sus familiares o la entrada del notario. En todo caso, no se justifica el abandono.

Todos hemos aprendido en los cadáveres; una de sus aportaciones ha sido ayudar a formar a los médicos. Pero ello no implica que no sea necesario hacerlo con respeto y recabando las autorizaciones correspondientes.

El aprendizaje de la medicina supone no sólo la adquisición de conocimientos, sino particularmente de habilidades, destrezas y actitudes. La identificación de los sonidos auscultatorios, por ejemplo, exige dominar las técnicas de abstracción, es decir, borrar de la percepción todos los ruidos adicionales y concentrarse en lo que se pretende oír. Esta capacidad suele ser difícil de adquirir y, mientras el alumno no la adquiera no va a poder alcanzar las habilidades auscultatorias requeridas. Es común, sin embargo, que al principio no se perciba lo que el maestro describe; esto obliga a confesarlo y a perseverar en la práctica. En otras palabras, habría que cultivar la honestidad intelectual de reconocer que aún no se ha aprendido, independientemente de que, bajo nuestros sistemas educativos, ello suele ameritar una sanción académica.

El fraude en los exámenes de evaluación es casi una institución. La habilidad para copiar es un timbre de orgullo, sin reflexionar que los logros sustentados en una conducta fraudulenta no sólo carecen de valor y legitimidad, sino que son el principio para una vida profesional corrupta. Sin embargo, cuando se ha interrogado a los alumnos si denunciarían a un compañero que está copiando en los exámenes, casi invariablemente contestan que no, porque jerarquizan el compañerismo por encima de la honestidad, o simplemente no quieren enfrentar represalias posteriores por parte del grupo. Algo similar ocurre con los estudiantes que presencian un mal trato a un paciente, la invención de los datos de la historia (p. ej., el examen rectal o vaginal omitidos) o algunas otras conductas que valoran como éticamente incorrectas.

En una encuesta que se hizo a estudiantes de medicina de Philadelphia,¹¹¹ 89% aceptaron haber actuado no éticamente –de acuerdo con sus propios criterios de lo que esto significara– y 61% aceptaron haber presenciado conductas no éticas.

En todo caso, y considerando que en el aprendizaje de la ética parece más importante el currículum oculto que el explícito,¹¹² se percibe una necesidad de propiciar los espacios para el análisis conjunto de las situaciones cotidianas de la práctica clínica y docente relacionadas con la ética, y no sólo de perfeccionar los cursos doctrinarios de ética o bioética.

La ética y el docente

136

Los escenarios de la atención médica son también escenarios educativos en los que el novato está constantemente aprendiendo del experto. No se puede eludir la responsabilidad de servir de modelo y ejemplo y se tiene que reconocer que los expertos tienen una influencia fundamental en la formación técnica y ética de los novatos. La obligación moral de todo médico es compartir sus experiencias; tendría que descalificarse el comportamiento de explotar los remedios secretos y el de evitar que otros aprendan para eludir la competencia.

El maestro adquiere también un compromiso con el conocimiento. La conducta de algunos profesores que por mantener un prestigio no aceptan que no lo saben todo, que contestan con ligereza las preguntas de los alumnos o que inventan las respuestas, tiene una gran trascendencia en el sentido de que se perpetúan las mentiras porque están avaladas por la autoridad del maestro, pero también en la formación moral de los alumnos cuando descubren la incongruencia.¹¹³

El respeto a la dignidad del alumno ha sido muy vulnerado históricamente: se le imponen contenidos que no van de acuerdo con sus intereses y motivaciones; se le asignan tareas que no corresponden con lo comprometido en el programa; se le exhibe cuando comete alguna falta; se divulgan sus calificaciones sin su consentimiento, etc. Ciertamente el maestro tiene un compromiso con la institución educativa al respetar sus políticas y reglamentos, y con la sociedad al no permitir que egrese quien no ha probado contar con las competencias correspondientes, pero el primer compromiso es con el alumno al propiciar su aprendizaje sin marginarlo si se rezaga.

El médico y la industria farmacéutica

Este es un tema que amerita una revisión mucho más amplia y profunda que la que aquí se podrá hacer. Buena parte de los conflictos cotidianos de la práctica clínica tienen que ver con esta relación. Hoy por hoy, la mayor parte de la educación continua de los médicos es financiada por la industria farmacéutica, casi siempre en defensa de sus propios intereses, de tal modo que se convierte, más que en una actualización, en una estrategia para la modificación de la conducta prescriptiva. La publicidad a favor de sus productos comprende una amplísima gama de alternativas, casi todas ellas ideadas con un conocimiento muy preciso de las motivaciones, aficiones y debilidades de los médicos, los que frecuentemente encuentran argumentos académicos o profesionales para justificar sus caídas ante tal seducción.

137

Pero lo cierto es que la medicina y la industria farmacéutica tienen valores diferentes como se muestra en el siguiente cuadro y que el médico tendría que anteponer los propios:

Los valores de la industria farmacéutica y los de la medicina

Industria	Medicina
Innovación	Salud y bienestar
Propiedad intelectual	Avance científico
El mercado	Reducción de riesgos
Superar a los competidores	Valores académicos
Eficiencia	
El medicamento como mercancía	El medicamento como vehículo de salud

Intereses en conflicto

El conflicto de intereses se define como el conjunto de condiciones en que el juicio profesional concerniente a un interés primario tiende a ser indebidamente influido por un interés secundario. El interés primario se relaciona con el deber profesional, con la responsabilidad social y con el compromiso laboral, de manera que el interés primario de los médicos tendría que ser la salud y el bienestar de los pacientes, como el de los investigadores sería la verdad científica y el de los maestros el aprendizaje de los alumnos.

Los intereses secundarios, por su parte, no son necesariamente ilegítimos y pueden ser incluso necesarios o deseables; el problema es su peso relativo en las decisiones o el que aparentan tener. Estos intereses secundarios, finalmente valores como los primarios, pueden ser de naturaleza financiera, personal o familiar, política, religiosa o académica. El énfasis en lo financiero no significa necesariamente que sea más importante o pernicioso que otros, sino que es más objetivo e intercambiable; el dinero es más fácil de regular por reglas imparciales y más útil para más propósitos.

El médico contemporáneo enfrenta cotidianamente la necesidad de elegir entre el paciente y muchos otros valores teóricamente supereditados. Los que laboran en una institución eligen entre las lealtades a la empresa y la que deben al paciente. Hoy en día este conflicto se plantea muy claro en México: el desabasto y las deficientes condiciones laborales limitan una atención óptima al paciente, y el médico a menudo tiene que dar la cara en defensa de la institución. Otras lealtades como la que sienten hacia el gremio, la ciencia y la educación también compiten con la responsabilidad primaria.

Algunos dilemas

Uno que se plantea muy claro en la práctica diaria es el que se opone a la libertad reproductiva con los riesgos de la sobrepoblación. Las políticas sanitarias y demográficas imponen a los médicos obligaciones que atentan marginalmente contra la libertad de los pacientes para procrear.

La coexistencia, en una misma sociedad, de teorías éticas teleológicas y deontológicas propicia que se perciban contradicciones en la conducta personal de muchos médicos. A la idea incuestionable de que antes que nada está el paciente, se oponen la selección utilitarista de los pacientes para tener acceso a los recursos escasos o costosos, según su utilidad social o algunos otros criterios; de que la asistencia a actividades académicas justifica abandonar transitoriamente a los enfermos en otras manos porque supone la posibilidad de mejorar y extender la capacidad benefactora a un mayor número de pacientes; de que los estudiantes deben tener oportunidades de experiencias significativas en la atención directa de los pacientes, y de que la generación de conocimientos resulta muy importante para ofrecer mejores alternativas a los pacientes del futuro, justificando de esta manera los pequeños sacrificios que se imponen a los pacientes a favor de la educación y la investigación.

Las ideas de ‘calidad de vida’ compiten con las del carácter sagrado de la vida al jerarquizar unas vidas sobre otras y hasta definir un dintel a partir del cual una vida se considera como tal. El concepto de futilidad, tan debatido, se plantea con frecuencia para moderar los ánimos de quienes perseveran en las medidas extraordinarias. Los límites de la vida sólo se han definido por consenso en su extremo final pero difícilmente se alcanzará tal consenso para su principio, y esto modula muchas de las acciones de los médicos de hoy en día. La preponderancia de la autonomía sobre la beneficencia o viceversa supone una postura en la que médicos y pacientes titubeamos.

En conclusión, la práctica clínica cotidiana es una fuente inagotable de reflexiones éticas en la medida en que tomamos conciencia de ello. Se puede transcurrir en una práctica rutinaria, tan sólo siguiendo obedientemente las reglas, normas, guías y algoritmos, evitando conflictuarse, como lo hacen muchos colegas que temen criticar o evaluar su propia actuación, pero tenemos la gran oportunidad de perfeccionar nuestra práctica a partir de una actitud dialéctica que someta a cuestionamiento tanto el conocimiento establecido como el desempeño personal.

139

La informática y la clínica

Aunque en su concepción más amplia la informática médica se identifica con la lógica de la atención a la salud, se acostumbra relacionarla más bien con los sistemas de información y de comunicación, los lenguajes médicos formales, las guías de práctica clínica, la inteligencia artificial y la cibernética.¹¹⁴ El término se ha vinculado fuertemente con la tecnología de la computación, aunque en realidad ésta tiene sólo un valor instrumental en la informática y, ante el cambio frecuente en las cualidades de los equipos, tiene también una vigencia breve. Son los principios y fundamentos de la informática lo que puede ayudar a adaptarse al acelerado cambio tecnológico y, más que en la ingeniería de la computación, la informática se sustenta en el valor de la información y en la capacidad para utilizarla.

La información es un insumo fundamental para la práctica médica. Además de la relativa a procesos de bajo nivel —como la que manejan la física y la química—, la medicina requiere información

relacionada con objetos complejos como son los organismos y las sociedades. Los médicos nos hemos dado cuenta de que muchos de nuestros problemas se resuelven con el acceso a la información y que otros tienen que ver con la sistematización de nuestro propio pensamiento para usarla apropiadamente. La inspección de nuestra mente nos ha permitido describir y manejar mejor el conocimiento médico, de modo que la informática está en el centro de muchos de los progresos médicos.¹¹⁵ La informática ha acercado la información al médico y le ha ofrecido herramientas para aprovecharla mejor.

Tal vez una de las primeras aportaciones de la informática a la medicina haya sido la de superar el concepto de la medicina como “arte”, en tanto que este término se entienda como una habilidad secreta, intransferible, inaccesible en su estructura para los no iniciados y propia sólo de los dotados. Al identificar los caminos que discurre la mente experta para llegar a desenlaces o conclusiones más o menos previsibles, se entiende que buena parte del proceso es susceptible de ser sistematizado y transferido a un procesador, ya sea humano o electrónico, de tal manera que una ganancia secundaria de la creación de la inteligencia artificial ha sido una mejor comprensión de la inteligencia natural para adaptarla al aprendizaje y perfeccionamiento de los médicos y a la orientación de su práctica.¹¹⁶

El término “informática” se refiere al tratamiento de la información y a los métodos y mecanismos para hacerlo. Se vincula con el estudio teórico de la información y de los problemas conexos, con la construcción y operación de computadoras y sus aplicaciones prácticas. La llamada “informática formal” tiene que ver con la lógica e investiga los algoritmos mejor adaptados para resolver, con ayuda de la computadora, problemas de la información,¹¹⁷ y ha ayudado en la identificación de rutas de pensamiento para abordar problemas prácticos, aun sin la computadora. La “informática médica” se ha definido como el campo científico que tiene que ver con la información, los datos y el conocimiento biomédicos, su almacenamiento, recuperación y su uso óptimo para resolver problemas y tomar decisiones.¹¹⁸ Esta definición amplía la extensión del concepto y trasciende el de la computación médica.

Bajo esta perspectiva, la informática participa tanto en la adquisición, almacenamiento y utilización de datos como en la toma de decisiones bajo un razonamiento probabilístico. Este capítulo pretende explorar algunas de las interrelaciones entre informática y clínica, hacer una estimación de sus alcances, pero adoptando una postura crítica

que eluda el deslumbramiento, y con la conciencia de que cualquier descripción, por más actualizada que parezca, es ya obsoleta. La lista de las aportaciones de la informática a la práctica de la medicina es, seguramente, mucho más extensa de lo que aquí se reseña.¹¹⁹

El valor de la información para los médicos

El trabajo del médico es el de atender las necesidades de los pacientes utilizando el conocimiento acumulado por la medicina durante más de 5 000 años y, sobre todo, en el último siglo. Se dice que los médicos utilizamos unos dos millones de piezas de información en el cuidado de los pacientes, que un tercio de nuestro tiempo lo pasamos registrando y sintetizando información y que un tercio de los costos de un hospital tiene que ver con la comunicación personal y profesional.¹²⁰ Hoy más que nunca resulta claro que el médico no puede desempeñarse sólo con la información que ha acumulado en su memoria; todavía hay quien piensa que es un desdoro consultar un texto delante del paciente y ha diseñado estrategias para ocultarlo, como esconderse para leer el Vademécum, siendo que sería mucho más grave no consultarlo y, por ejemplo, inventar o suponer las dosis de los medicamentos. Los médicos requerimos información sobre muchas cosas: los pacientes (su historia clínica, sus resultados de exámenes, etc.), la situación epidemiológica de la localidad en la que ejercemos, el conocimiento médico descrito en textos, publicaciones periódicas y fuentes electrónicas; los colegas a los que podemos referir los casos; el entorno y las influencias éticas, políticas y sociales, etcétera.

A pesar de que ha habido muchos intentos por simplificar la práctica clínica y tratar de reducirla a una aplicación acrítica de rutinas, lo cierto es que la calidad de la atención se relaciona con la posibilidad de una práctica reflexiva que supone la individualización de cada caso, la formulación de preguntas y respuestas, muchas de ellas susceptibles de ser contestadas por el propio médico con base en su marco de referencia, y otras que tienen que ser consultadas, ya sea con expertos o con bancos de información. Está muy claro que una amplia oferta de información no es toda la solución a estas necesidades; se requiere poseer la habilidad para sacar provecho de ella, lo que no suele formar parte hoy en día de los currículos universitarios; aun cuando algunos ya incluyen prácticas de computación, apenas se inician los contenidos relacionados con el acceso

a las fuentes, la selección de la información pertinente, su análisis crítico y su validación práctica.⁸

Algunos de los usos médicos de la informática se reseñan muy brevemente a continuación.

Expediente electrónico (Computer-Based Patient-Record System; CPR)

El expediente es un documento fundamental para la atención médica, la educación, la investigación, la salud pública y para juzgar de la responsabilidad legal. Un expediente electrónico en la computadora tiene ventajas incuestionables sobre el expediente en papel. Es más flexible y adaptable, tiene una mayor capacidad de almacenamiento, mejor legibilidad, se puede tener acceso a él por múltiples vías y de diferentes sitios (ubicuidad), tiene mayor permanencia y es más fácil de transferir. En términos generales un documento en papel tiene un carácter definitivo, mientras que uno electrónico tiene posibilidades de actualizarse. Por ejemplo, una publicación en una revista periódica adquiere un carácter terminal, en tanto que un boletín electrónico, por ejemplo, puede ir siendo modificado conforme se acumulan los datos, se vuelven obsoletos los publicados o conforme ocurra cualquier cambio en la situación.

El expediente por computadora se puede integrar con otros servicios como el laboratorio o el departamento de imágenes, de tal manera que la solicitud de exámenes llegue por vía electrónica y los resultados se integren de inmediato al expediente, o la farmacia de modo que se prepare anticipadamente la dispensación. Facilita también la elaboración de estadísticas, la vigilancia de las tendencias, y la supervisión y auditoría. Se puede enlazar con sistemas de apoyo a las decisiones o bases de datos de consulta frecuente, como el catálogo de medicamentos o sus dosis e interacciones.

Pero no todo ha sido bueno con los expedientes electrónicos. Se han tenido dificultades para su implantación, no sólo por lo que significan los costos de la inversión inicial, incluidas la capacitación y las instalaciones, sino que ha sido difícil lograr el cambio cultural que se requiere. Además, si el sistema falla se pierde el acceso a una información que puede ser esencial para atender debidamente al paciente; no es fácil garantizar la confidencialidad de los datos;

⁸ El nuevo plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM incluye ya la asignatura de informática médica

tiene posibilidades de ser alterado ante la amenaza de una evaluación o con cualquier otro propósito. Además, si bien la computadora teóricamente libera tiempo del médico para que pueda dedicarlo a su paciente, lo cierto es que a menudo se da la apariencia de que le interesa más la máquina que la persona. En México, a pesar de los esfuerzos y las inversiones y de una política que lo promueve, el expediente electrónico no ha arraigado más que en ciertos ámbitos restringidos.

Intercambio de información a través de redes

Como cualquier organización, las de atención a la salud pueden ahora estar integradas por medio de redes específicas o bien comunicarse a través de las redes públicas. Esto facilita la interacción entre los diferentes servicios, por ejemplo entre el clínico y el departamento de radiología, no sólo para la solicitud de estudios sino para la observación de las imágenes en la computadora del consultorio o del hospital. Esta es también la base de la telemedicina que permite la asesoría a distancia, y enlazar al hospital con sus centros de atención primaria, la consulta con expertos, la transferencia multidireccional de datos y hasta un diálogo electrónico capaz de generar proyectos comunes.

Depender excesivamente de las redes, sin embargo, sobre todo si no hay un sistema alternativo, puede propiciar que toda la organización se paralice cuando la red se descompone y, por otro lado, se requiere de un mantenimiento de la red para vencer la obsolescencia, el que suele ser costoso.

Sistemas para la administración de la atención médica (administración del consultorio o del hospital).

Hoy en día se cuenta con programas comerciales que permiten administrar el consultorio, tanto en términos financieros como de organización de la atención. La potencialidad de estos programas es muy grande y pueden adaptarse, efectivamente, a las necesidades de cada usuario, como dicen sus promotores comerciales. Lo que no suelen mencionar es que todas estas adaptaciones son costosas y, por lo general, rígidas, de tal modo que si las necesidades cambian se requiere de un nuevo diseño, con el consiguiente costo.

Diseminación y recuperación de información

El acceso a la información sobre salud ha alcanzado un alto grado de desarrollo gracias a la informática. Las limitaciones que tenían los médicos cuando se alejaban de los centros académicos hoy en día han sido virtualmente borradas, pues más que un problema de acceso a la información ahora hay que contender con el exceso de la información y con su desigual calidad. Este gigantesco acervo está lleno de datos ciertamente valiosos pero también de información inconveniente por sesgada, mal intencionada o favorable a intereses distintos de los sanitarios o académicos. La regulación aún no ha alcanzado este espacio y, si la hubiera, sería interpretada como un atentado a las libertades. El reto se ha visualizado como tan complejo que se piensa que la regulación del ciberespacio fomentará una transformación radical del derecho.¹²¹ Entre tanto, el médico contemporáneo tiene que cultivar la habilidad de analizar con eficiencia la información pública, distinguir lo valioso de lo superfluo, lo científico de lo promocional, lo verdadero de lo falso.

144

El acceso de los consumidores y del público en general a la información médica se ha extendido ampliamente, y aquí surge, como en otros ambientes, el viejo debate entre la autonomía y el paternalismo, entre el derecho de la comunidad a la información sobre salud y su capacidad para interpretarla y utilizarla en su propio bien. La prueba de que el de la salud es un mercado imperfecto la dan el consumo excesivo de productos de dudosa eficacia como los vitamínicos, energéticos, estimulantes, y todos los llamados “productos milagro” destinados más que a resolver problemas de salud, a atender necesidades creadas artificialmente. Ante una sociedad cada vez más crítica, el acceso a la información ha generado una presión adicional a los médicos ante pacientes que les exigen lo que leyeron en Internet.

Tal exceso de información ha generado que se multipliquen las fuentes secundarias, que recopilan y procesan información, que se desarrollen grupos profesionales de análisis y de revisiones sistemáticas, en las que se aplica una metodología científica a la interpretación de los contenidos de las fuentes. Al menos, los médicos hemos abandonado la idea de que es preciso estar al día, cuando esto es literalmente imposible, y que es preferible tener un sistema de acceso eficiente a la información que requerimos. Hay que tomar en cuenta que ya los publicistas se percataron también de esta necesidad de los médicos y muchas de sus estrategias van dirigidas

a satisfacer estas necesidades pero de acuerdo con los intereses de quienes los contratan.

Sistemas de monitoreo de los pacientes

La informática ha permitido la vigilancia continua (o al menos frecuente) de muchas variables de los enfermos graves, lo que ayuda indudablemente a tomar decisiones y a establecer predicciones. Además, estos datos pueden ser transferidos a localizaciones remotas, almacenados, organizados y reportados, integrados y correlacionados entre sí y con diversas otras fuentes, acoplados a sistemas de toma de decisiones, o utilizados para generar índices pronósticos y analizar los desenlaces en términos de costos y efectividad clínica. El inconveniente de estos sistemas es que pueden contribuir a la deshumanización de la práctica en términos de que los pacientes se visualizan como un conjunto de datos y de propiciar que se privilegie su corrección por sobre un análisis global o integrado del caso.

145

Procesamiento electrónico de imágenes

Los últimos años han atestiguado una revolución en la tecnología de las imágenes anatómicas que apoyan el diagnóstico médico, lo que se ha llamado “la revolución icónica”.¹²² La aportación de la informática representa el avance más importante en esta área desde el descubrimiento mismo de los rayos X. No sólo el abordaje de las lesiones con sustento anatómico sino el aprendizaje de la anatomía normal y patológica han sido frutos de este procesamiento.

La contraparte es que han propiciado una excesiva dependencia de los artefactos, contribuyendo a la atrofia de la clínica, pues significan ventajas muy obvias. Esta dependencia puede implicar que el médico se paralice cuando no tiene acceso al artefacto, por ejemplo por reparaciones o mantenimiento preventivo, y que tienda a utilizarlos en casos en los que no sería estrictamente necesario, causando una saturación de los servicios y una riesgosa espera para los pacientes en los que es indispensable.

Sistemas de apoyo a las decisiones clínicas

Al identificarse como la competencia médica fundamental la de tomar las mejores decisiones en el momento oportuno, la infor-

mática ha aportado no sólo sistemas de apoyo a las decisiones a través de acceso a la información necesaria para decidir sino como un auxiliar del proceso mismo.¹²³ El famoso diagnóstico por computadora considera fundamentalmente el teorema de Bayes y asigna probabilidades de desenlaces ante probabilidades condicionadas. Se han generado muchos programas cuya utilidad, no obstante, no ha sido suficientemente validada; su importancia ha sido más educativa que operativa y, en todo caso, se le da el valor de una orientación o guía, más que el de una alternativa para el razonamiento humano.

Las Guías de práctica clínica han sido una de las formas en que la medicina basada en evidencias se ha acercado a los clínicos. Tiene el propósito no sólo de poner al alcance del médico práctico la estrategia validada para atender a los pacientes con un cierto problema de salud, sino de reducir la amplísima variabilidad con que se suelen atender pacientes similares. México ha hecho un gran esfuerzo para la elaboración de estas guías con lo que se aporta a la oportunidad de unificar los servicios de salud.¹²⁴

Computadoras en la educación médica

La amplitud de posibilidades es muy grande.¹²⁵ Desde los modelos computacionales de piezas anatómicas o estructuras químicas que permiten una mejor comprensión mediante imágenes tridimensionales rotatorias, hasta simuladores electrónicos, programas interactivos con retroinformación inmediata, presentaciones académicas, libros electrónicos y educación a distancia.

Habría que reconocer con claridad que todo esto tiene sólo un valor instrumental, que acaso apoya a una planeación educativa, personal o institucional, y que no constituye, por sí mismo, la modernización educativa. Tiene el problema de integración al currículo, de dificultades para la acreditación y que, acaso, es una práctica equivalente que no sustituye a la análoga.

Bioinformática

Es el estudio de cómo la información se representa y transmite en los sistemas biológicos, empezando por el nivel molecular,¹²⁶ incluidas información sobre secuencias, estructuras y rutas biológicas. Aunque esta información parece destinada a los investigadores

especializados en cada uno de los campos de la biología, lo cierto es que la bioinformática se va vinculando con la informática clínica en tanto que abarca las bases de datos sobre el genoma humano, las enfermedades moleculares, las vías metabólicas y muchos otros datos de utilidad para los clínicos.

El síndrome relacionado con la computadora (*Computer-related syndrome; CRS*)

Aunque el tema está lleno de mitos, lo cierto es que han aparecido consecuencias adversas a la salud por el abuso de las computadoras, lo que se ha designado globalmente como CRS.¹²⁷ Los síntomas son fundamentalmente musculo-esqueléticos aunque se han propuesto también efectos sobre la visión que no han sido comprobados. Lo cierto es que muchas personas pasan horas frente a la computadora adoptando posiciones inconvenientes que generan molestias diversas, y abren un capítulo relativamente nuevo de la medicina del trabajo.

147

La ética en la medicina por Internet

La intersección entre la ética y el uso de Internet es aún un campo en construcción, sobre todo porque, como ha ocurrido en otros terrenos, el conocimiento y las capacidades para el manejo de nuevas tecnologías o áreas de estudio evolucionan con más rapidez que las guías y principios para practicarlos éticamente.¹²⁸ Internet se ha incorporado a la vida cotidiana de mucha gente; por ejemplo, el correo electrónico y los mensajes por las redes sociales ya son más comunes que las comunicaciones por teléfono. En sólo 4 años el correo electrónico alcanzó 50 millones de usuarios, lo que a la radio le costó 13 años. Hay más de 20 000 sitios web dedicados a la medicina y al cuidado de la salud y se calcula que se trata de un mercado de unos 88.5 millones de personas con un ritmo de crecimiento que muy pocos negocios tienen hoy en día. Al ser un enorme mercado de productos y servicios, los valores de la medicina —y en general los valores sociales—, tienen que contender con los comerciales, los que se expresan a través de la publicidad y la venta en línea.

Si uno no confunde a la ética con la ley, y si se la ubica en la conciencia de cada persona más que en reglas, acuerdos, convenciones, códigos o juramentos, la ética de la medicina por Internet no tendría por qué ser diferente de la que participa en la práctica médica

habitual. Pero se ha especulado que hoy podemos tener dos vidas, una *offline* y la otra *online* y que los códigos de la primera no siempre los aplicamos en la segunda.¹²⁹ Comoquiera que se vea, Internet plantea peculiaridades que, en ausencia de regulaciones, merecen al menos reflexiones éticas. Sugerir algunas de estas reflexiones es el propósito de estas palabras. El tema está en expansión de tal manera que no hay el propósito de ser exhaustivo; acaso mostrar algunos de los nuevos dilemas y conflictos que esta tecnología ha traído a la práctica médica

¿Qué es la medicina por Internet?

Si se visualiza a Internet tan sólo como una herramienta, la “medicina por Internet” abarca todas aquellas prácticas de médicos, pacientes, proveedores y usuarios de servicios de salud que utilizan la red para atender ese tipo de necesidades. En términos generales, Internet es una fuente de información (la más amplia que nunca ha existido) y un instrumento de comunicación; ambos, información y comunicación, elementos sustanciales para la práctica actual de la medicina. De estas dos funciones derivan algunas adicionales, como la consulta electrónica, la promoción de productos o servicios para la salud, su venta en línea, la interacción entre investigadores o médicos, la resolución de dudas, la telemedicina, la actualización médica, la educación a distancia, la capacitación, el registro de actividades, el reclutamiento de voluntarios para investigación, etcétera.

“Ética de la medicina por Internet”

Este es un campo interdisciplinario emergente que considera las implicaciones del conocimiento médico utilizado por vía de Internet, e intenta determinar guías éticas bajo las cuales los participantes practiquen medicina o terapia en línea, conduzcan investigación en línea, participen en el comercio médico electrónico (*e-comercio médico*) y contribuyan a los sitios web médicos. Hoy por hoy, la medicina por Internet carece prácticamente de regulación: todos pueden subir información y todos bajarla con tal que sepan cómo hacerlo técnicamente. Los cibernautas pueden obtener información falsa y cierta, promocional y científica, valiosa y superflua, dañina o benéfica, y muchos de ellos no pueden distinguir entre unas y otras.

Los médicos solemos tener una autorregulación ética, la cual es la base de la confianza que hemos logrado por parte de la pobla-

ción, pero no ocurre lo mismo con otros usuarios y prestadores de Internet. De hecho, se han originado nuevos delitos y delincuentes (ciberdelincuentes): además de los fraudes con tarjetas de crédito en las compras electrónicas, han surgido nuevos personajes como los *hackers*, *crackers*, los llamados “escritores de virus y de gusanos” (*virus writer*, *worm writer*) los *e-papparazzi* y *e-stalkerazzi*, los “rompedores de información en línea” (*on line information brokers*), los espías electrónicos, los charlatanes informáticos, los ciberplagiarios, los bromistas, el correo basura (*spam*), los supuestos premios y herencias para obtener información, etc. Todo esto propicia que la información de Internet se califique de entrada como “no confiable”, mientras no se aclaren las fuentes y sus características éticas.¹³⁰

Por otro lado, el término *web* (que califica a Internet como *world wide web* o *www*) tiene, en efecto, la connotación de red, pero también la de telaraña y de trampa, en la que quedan atrapados muchos usuarios que navegan en el ciberespacio y que acaban naufragando en él. Si en alguna época había limitaciones de acceso a la información, hoy las hay por exceso de información (hiperproducción e hiperdispersión de la información en salud) lo cual significa que se requiere no sólo de la habilidad técnica para llegar a las fuentes sino la habilidad crítica para seleccionarlas, matizarlas y valorarlas. En todo caso, implica una nueva relación con la información que supone un cambio cultural al que se van subiendo ya las nuevas generaciones. Se ha definido un nuevo reto en la educación: capacitar a los sujetos como usuarios inteligentes de las tecnologías de la información y la comunicación.¹³¹ El uso efectivo de Internet para propósitos profesionales requiere un entendimiento de las mejores estrategias de búsqueda y de los métodos para lograr la transferencia segura de datos.¹³²

La regulación, la libertad y sus límites

Hay un viejo debate que se reproduce en la era de la informática pero que no es exclusivo de ella, tiene que ver con la libertad y sus fronteras. En un extremo se encuentran quienes consideran que no debe haber ninguna restricción a la libertad de expresión, que cada quien puede decir (o subir a Internet) lo que quiera, y que el público sabrá seleccionar lo que le interese y lo que crea válido; en todo caso, que el mismo usuario asuma las consecuencias de equivocarse. En el otro extremo está

la visión paternalista que considera que el público no está preparado para juzgar la calidad de la información y que ésta le puede incluso dañar. Este grupo propone reglas estrictas que pueden caer en el terreno de la censura. Hay una tendencia entre muchos usuarios de Internet para considerar válido y confiable todo lo que aparece en la red (por el solo hecho de estar en ella) y hasta presionan a los médicos para que actúen como lo propone una determinada página. En México se ha planteado la necesidad de regular los contenidos de Internet dado que se considera que existen páginas peligrosas que ponen en riesgo a sectores vulnerables.¹³³ Es también el debate entre la autorregulación y la regulación forzada por la autoridad.

El *Medical Journal of Australia*¹³⁴ publicó un caso que ilustra los riesgos para la salud. Un hombre de 75 años decidió por su cuenta hacerse unos exámenes de laboratorio y al ver el resultado observó que tenía el antígeno prostático específico elevado en una sola determinación. Sin confirmar si tenía o no cáncer de próstata hizo una búsqueda en Internet sobre la enfermedad y descubrió que el selenio puede jugar un papel en la prevención y el tratamiento. Asistió a dos droguerías para comprar una sal sódica de selenio en polvo y en tabletas. Tres y media horas después de ingerir 10 g (una dosis muy elevada) de la sal sódica tuvo dolor abdominal, hipotensión arterial, hipoperfusión tisular, intervalo QT prolongado, acidosis e hipopotasemia. Fue transferido a una unidad de cuidados intensivos donde falleció a pesar de todas las medidas que se aplicaron en su manejo

Para evitar casos como este se plantean dos estrategias: regular las páginas de Internet o educar a la población, ambos extraordinariamente difíciles y laboriosos. Considerando que Internet se plantea como la nueva herramienta educativa, el reto se define como el de lograr no sólo lectores críticos sino navegadores críticos, que sean capaces de aplicar criterios de selección y que no se dejen deslumbrar.¹³⁵

La ética médica tradicionalmente se ha sustentado en la autorregulación; los propios médicos definen sus límites. Jerome P. Kassirer,¹³⁶ un reconocido profesor de medicina, dice que “*la base de la confianza del público en una profesión que se autorregula es la responsabilidad fundamental de esa profesión de preocuparse, primero y ante todo, por el bien público*”. La profesión médica ha demostrado históricamente este compromiso, aunque lamentablemente no pueda decirse lo mismo de todos sus integrantes. Pero los

demás participantes de la medicina por Internet suelen tener valores diferentes y con frecuencia supeditan a ellos los valores sanitarios.

e-Medicina

La medicina por Internet se suele identificar con la e-Medicina (*e-medicine* o *e-health*) aunque estrictamente esta designación la rebasa. Se denomina así por “medicina electrónica”, pero ha habido editorialistas que aprovechan la denominación para referirse a otros significados de la “e”, incluyendo la ética.¹³⁷ Abarca las interacciones electrónicas entre médico y paciente, la llamada “terapia en línea” que comprende a la psicoterapia, la investigación en línea y los sitios médicos y de salud.

Los mayores retos de la medicina por Internet tienen que ver con la confidencialidad y la privacidad,¹³⁸ pero también han surgido otros cuestionamientos sobre la relación médico-paciente a través de Internet. La consulta electrónica va incrementando su frecuencia, al menos en la modalidad en que el paciente pregunta y el experto contesta. Varias direcciones electrónicas ofrecen este servicio, a menudo sin costo para quien pregunta, pero con el riesgo de que se aproveche para promover productos y servicios o hasta para propaganda personal de los médicos que participan.

La asesoría telefónica, anatematizada por mucho tiempo, ha sido reivindicada en el sentido de que permite mantener el contacto con el paciente, resolverle sus dudas, hacer ajustes a la terapéutica y otras ventajas; por supuesto que el diagnóstico por teléfono tiene muchas limitaciones y riesgos. Algo parecido ocurre en la comunicación por correo electrónico que, sin duda, ofrece una posibilidad de complementar las interacciones personales entre médico y paciente, si bien en este caso ocurre de manera asincrónica. Los cuestionamientos surgen a partir de pacientes que no han sido vistos previamente por el médico, en términos de si existe o no una responsabilidad ética de éste con pacientes que no conoce, y si este tipo de consulta implica relaciones contractuales verdaderas, por ejemplo, obligaciones del paciente y pago de honorarios.

Por otro lado, prácticamente cualquiera con una cuenta y una máquina de acceso puede adoptar el papel que años antes sólo estaba reservado a profesionales y los pacientes pueden estar consultando a quien ni siquiera es médico, pues no se suelen constatar los créditos y credenciales. Igualmente, habrá dificultades para juzgar si hay res-

ponsabilidad ante efectos adversos de un tratamiento recomendado por vía electrónica. La American Medical Association (AMA) ha definido algunos lineamientos, tanto para la comunicación como para los aspectos médico-legales y administrativos y una serie de políticas para la comunicación por correo electrónico entre médico y paciente.¹³⁹ Señala que el correo electrónico no debe utilizarse para establecer una relación médico-paciente sino, acaso, para complementar los encuentros personales; que en estos casos se mantienen las mismas responsabilidades éticas ante los pacientes que las que se tienen en otras circunstancias; que la información que se envíe debe llenar los estándares profesionales; que siempre se debe advertir a los usuarios acerca de las limitaciones y los riesgos que tiene la comunicación por correo electrónico.

En la llamada “telemedicina” se plantean dilemas parecidos: si se tiene la obligación de contestar las consultas sin que medie un convenio, si causan honorarios, si existe responsabilidad compartida con los médicos tratantes y otras.

La propiedad de la información

También ha resurgido el viejo debate sobre la propiedad de la información y el derecho a su comercialización. Hoy por hoy, la información es un bien enajenable y muchas empresas basan su desarrollo en la venta de información. Pero la información que beneficia al público puede ser visualizada desde otro punto de vista. Bajo una perspectiva ética amplia, la información que favorece el bienestar social debiera ser pública y de acceso libre. Si alguien descubriera hoy en día el tratamiento definitivo del cáncer y lo manejara como patente, como remedio secreto, sólo ofreciéndolo a quien lo pueda pagar, sería seguramente acusado de criminal. En este sentido, hay todo un movimiento identificado con el *open access* (acceso abierto) al que se han afiliado varias publicaciones periódicas, no sin controversia y oposición.¹⁴⁰ La definición de los *open access journals* (OAJ) dice que son “las publicaciones periódicas que utilizan un modelo de financiamiento que no genera cargos por el acceso a los lectores o sus instituciones”. Se asume que los lectores tienen derecho de leer, “bajar”, copiar, distribuir, imprimir, investigar o enlazar los textos completos de estos artículos. Se puede tener acceso al directorio de *Open Access Journals* en la dirección que se muestra en la referencia.¹⁴¹

Código de ética

Se ha propuesto un código de ética para la e-medicina¹⁴² cuyos principios guía se muestran a continuación:

Principios que guían el código de ética de e-salud

Candor: develar la información que, si es conocida por los consumidores puede afectar su comprensión o utilización del sitio, o la compra o el uso de un producto o servicio

Honestidad: manejarse con veracidad, sin engaño

Calidad: proveer información en salud que es exacta, fácil de entender y actualizada y que permita a los usuarios hacerse sus propios juicios sobre tal información, y sobre los productos y servicios aportados por el sitio

Consentimiento informado: respetar el derecho de los usuarios para determinar cuándo y cómo sus datos personales pueden ser recolectados, utilizados o compartidos

Privacidad: respetar la obligación de proteger la privacidad de los usuarios

Profesionalismo en los cuidados sanitarios en línea: respeto a las obligaciones éticas fundamentales con pacientes y clientes. Informar y educar a los pacientes y clientes sobre las limitaciones de los cuidados en línea

Asociación responsable: asegurarse que las organizaciones y sitios a los que se afilia son confiables

Responsabilidad y obligación de rendir cuentas (accountability): ofrecer a los usuarios oportunidades significativas para retroinformar el sitio

153

La visión de la organización que ha emitido este código es la siguiente:

“El Internet está cambiando la manera en que la gente recibe información sanitaria y cuidado de la salud. Todos los que usen el Internet para propósitos relacionados con la salud deben unirse para crear un ambiente de relaciones de confianza para asegurar una alta calidad en la información y los servicios, proteger la privacidad e incrementar el valor de Internet tanto para los consumidores como para los proveedores de información, productos o servicios para la salud. El propósito de este código es que la gente de todo el mundo pueda confiadamente y sin riesgos, aprovechar plenamente los beneficios de Internet para mejorar su salud”

Las comunidades virtuales

Internet ha contribuido a la formación de comunidades virtuales que pueden tener algunos impactos sobre la salud, por ejemplo en términos de grupos de autoayuda.¹⁴³ Las comunidades virtuales se

consideran “el ágora del siglo xxi” y seguramente darán mucho que hablar en los próximos años. Esto se inscribe perfectamente dentro de la ética médica al conceder la oportunidad de expresar las opiniones personales o grupales en pleno ejercicio de su autonomía.

Inequidad

Aunque por el momento podría no parecer el tema más importante desde el punto de vista ético, lo cierto es que la falta de acceso de muchas personas a Internet impide por ahora utilizar esta vía para programas sanitarios de amplia difusión,¹⁴⁴ y aunque la tendencia es a que se amplíe la base de usuarios, lo cierto es que siempre habrá restricciones con bases económicas, educativas y culturales.

154

Las redes sociales

Aunque el concepto de redes sociales antecede con mucho a las aportaciones de la informática pues abarca a los familiares y amigos de una persona, que son fundamentales para la atención de los pacientes, en particular los que tienen enfermedades crónicas, hoy se identifican con *facebook*, *tweeter* y otras formas de comunicación a través de la red. La creciente utilización de estas redes plantea una enorme potencialidad, pero hoy por hoy parecen destinarse a fines más frívolos que para la ayuda de pacientes y médicos.

En resumen, no cabe duda que Internet representa un cambio paradigmático no sólo en términos de la información en salud sino de la práctica misma de la medicina. La magnitud de su influencia todavía no ha sido medida pero ha sorprendido a la sociedad desarmada en cuanto a herramientas éticas para regularla. La organización social tendrá que avanzar en la búsqueda de mecanismos que moderen las ambiciones de quienes emplean esta herramienta y protejan a los usuarios de los riesgos para su salud, pero en la actualidad estos mecanismos no existen. Para los médicos, los principios que guían su práctica desde hace siglos se aplican perfectamente a las nuevas condiciones, a pesar de que éstas representan la necesidad de contender con el exceso de información, atender requerimientos adicionales, complementar la visión tradicional de la relación con los pacientes, participar con otros colegas ubicados en lugares remotos, acechar la aparición de soluciones innovadoras, responder a nuevas demandas y difundir opiniones y sugerencias.

Internet es una herramienta del siglo XXI para la práctica de una profesión milenaria.

Cuando se dice que el mundo está compuesto de materia, energía e información se concede a esta última una jerarquía que no ha alcanzado ninguno de los otros artificios humanos. Convertida en conocimiento, la información es condición indispensable para el progreso intelectual, social y económico¹⁴⁵ y herramienta fundamental del progreso científico. La era informática ofrece ventajas inmensas para la práctica de la medicina, la que ya no volverá a ser la misma. La capacidad de penetrar en la profundidad de los tejidos humanos sin dañarlos; de tener a la mano todo el conocimiento producido por el hombre, incluso casi en el momento mismo de su creación; de registrar los datos en sistemas sencillos, prácticos y de fácil procesamiento y manipulación; de recrear instantáneamente los trayectos de la enfermedad y la curación; de sistematizar y transferir el pensamiento experto; de delegar las rutinas para dedicarse a la reflexión y la creación, son oportunidades nunca antes ofrecidas a los médicos clínicos.

No obstante, el nuevo mundo de la informática también representa amenazas muy concretas para los médicos que van desde prendarse de las máquinas y olvidarse de los pacientes, caer en las redes seductoras que manipulan la conducta, en particular la prescriptiva, confundir el valor de la información, y hasta justificar errores y fraudes con argumentos cibernéticos.

155

Heurísticos

La palabra “heurística” tiene varios significados. Proviene del griego *eurisko* que significa hallar o inventar y se identifica con el arte de la invención o con la búsqueda o investigación en documentos o fuentes históricas.¹⁴⁶ La misma raíz griega tiene la palabra *eureka* (“lo he encontrado”) con que celebró Arquímedes su famoso *insight*. Sin embargo, el término ha evolucionado adquiriendo sutilezas dependientes de la disciplina en la que se utilice. En el terreno de la lógica,¹⁴⁷ la heurística es el método consistente en resolver un problema por ensayo y error, evaluando cada paso hasta llegar al resultado final. Una hipótesis heurística es una hipótesis de trabajo que permite actuar sin necesidad de someterla a prueba de hipótesis, es decir sin veri-

ficarla o refutarla. En el terreno educativo, un método heurístico es aquel que se apoya en el principio de organizar el trabajo del alumno, de tal manera que éste descubra por su cuenta las leyes y los comportamientos de los procesos en vez de aprenderlos de segunda mano a través de la información suministrada por el profesor; equivale al “aprendizaje por descubrimiento”.¹⁴⁸

La heurística a la que aquí se hace referencia ha sido más bien un producto de la inteligencia artificial que ha adoptado la psicología cognitiva; forma parte de los sistemas expertos, hoy día llamados “sistemas de apoyo a las decisiones”.⁹ Estos sistemas pretenden ofrecer al clínico individual la experiencia de muchos expertos y utilizan como base de la inferencia varias modalidades de análisis: algoritmos, sistemas estadísticos (teorema de Bayes), sistemas basados en reglas (heurística) y redes neurales.

La heurística cognitiva se ha definido como el proceso mental utilizado para aprender, recuperar o entender el conocimiento.¹⁴⁹ Conforman una serie de reglas prácticas, informales, que los expertos utilizan, sorteando pasos, y que se sistematizan en la inteligencia artificial. Son rutas cortas que eluden los cálculos de probabilidades, el razonamiento lógico, parsimonioso, en secuencia, y que derivan muchas veces de teorías personales, suposiciones, experiencias, tradiciones y creencias. Por este mismo hecho, las decisiones sustentadas en reglas heurísticas pueden resultar sesgadas.

Un ejemplo de las rutas cortas para el diagnóstico lo constituye el llamado “reconocimiento de patrones” en el que de una manera más refleja que reflexiva los médicos identificamos, de golpe, que las características de un paciente se corresponden con las de cierta enfermedad, casi sin hacer juicios analógicos, análisis de datos o agrupación.

Expresado en forma de reglas, el sistema se mueve de la premisa a la conclusión con la fórmula “Si... luego entonces...”. Por ejemplo, “Si se trata de un paciente senil..., luego entonces excluya usted el diagnóstico de sarampión”. Esta regla no lleva ninguna argumentación lógica en su interior aunque se base, por supuesto, en información estadística y en inferencias lógicas. La regla heurística no expresa el silogismo sino tan sólo una premisa y la conclusión, y evita tener que repensar completamente cada problema con el que uno se enfrenta. La relación entre este concepto de heurística y el descubrimiento se basa en que estas reglas empíricas son precisamente el resultado de un descubrimiento previo e ilustra que las

decisiones pueden provenir de fuentes diferentes y no sólo de un proceso mental de razonamiento lógico. Las reglas heurísticas (o simplemente las heurísticas o los heurísticos) son guías fáciles de seguir para tomar decisiones; en realidad sobresimplificaciones.

Variedades de heurísticos

Los heurísticos cognitivos más conocidos son el de disponibilidad, el de representatividad y el de anclaje y ajuste.¹⁵⁰ El de *disponibilidad* se relaciona con la facilidad con que un cierto desenlace aparece en la mente por el impacto que tuvo un episodio similar; la probabilidad de un suceso se juzga por la facilidad con que dicho suceso es recordado, lo cual no depende sólo de su frecuencia sino de la intensidad con la que se ha vivido algo similar, las consecuencias que tuvo para el médico o para el paciente, su rareza, etc. Este heurístico influye particularmente en el diagnóstico diferencial, pues a la mente acuden los diagnósticos que más han impresionado a los clínicos y no necesariamente los más frecuentes o los más probables. El impacto del suicidio de un paciente deprimido propicia que el médico sobrestime el riesgo en todos los pacientes deprimidos que atiende; la experiencia de algún error diagnóstico favorece que se exagere la búsqueda de la enfermedad en cuestión, etcétera.

157

El heurístico de *representatividad* se refiere a la semejanza con desenlaces previos; la probabilidad de un suceso se estima en virtud de qué tanto son sus datos representativos de la población en la que se origina. El diagnóstico se suele realizar en razón de qué tanto se parece a las descripciones de la enfermedad en los libros, sin tomar en cuenta siempre la prevalencia o las claves que van precisamente en contra de tal diagnóstico. El *anclaje* se refiere a las hipótesis tempranas que surgen a partir de las primeras impresiones y que se mantienen en la mente a pesar de que se van acumulando datos en contra, mientras que el *ajuste* corresponde a las modificaciones que va sufriendo esta hipótesis hasta arribar a una conclusión final. Los clínicos tienen dificultades para liberarse del anclaje que los orienta a acomodar, a veces forzosamente, los datos subsecuentes para que armonicen con una hipótesis establecida muy tempranamente en el abordaje del caso.

Riegelman¹⁵¹ advierte los riesgos de caer en sesgos, identificados como problemas predecibles que ocurren en el proceso de decisión, e ilustra la relación entre la heurística útil que funciona bien

en situaciones bastante simples y directas, de aquella que se intenta aplicar en situaciones más complejas; utiliza el símil de los ojos y la mente para estimar una distancia. Cuando se observan objetos a lo lejos, el grado de claridad con que se perciben resulta una fórmula útil de estimar la distancia a la que se encuentran: mientras más claro se vea el objeto, más cercana será su localización; es una regla que casi siempre funciona y que se podría expresar como instrucción. Sin embargo, confiarse a esta regla puede ser peligroso cuando la visibilidad es pobre, por ejemplo en la niebla o en la semioscuridad, en las que se puede hacer una estimación inadecuada de la distancia a la que se encuentra el objeto.

Las rutas heurísticas explican las decisiones aparentemente intuitivas que realizan los expertos y permiten definir algunas reglas prácticas. La tradición ha expresado en términos de aforismos algunas de estas reglas con lo que han orientado a generaciones. Lo verdaderamente sabio no es seguir con obediencia las reglas ni hacerse esclavo de las prescripciones, sino apreciarlas en su verdadera dimensión, como guías y no como mandatos, como útiles en muchos casos pero no en todos. El conocimiento de los heurísticos comunes permite también mantenerse alerta sobre los sesgos a los que pueden conducir puesto que no dejan de ser prejuicios. Aunque puede ser recomendable atender los heurísticos, mejor sería atenderse al significado original del término, relacionado con la creatividad y la búsqueda más que con soluciones preformadas.

Los caminos para las decisiones médicas se pueden estructurar esquemáticamente, sustentarse en el análisis minucioso de las alternativas, la estimación probabilística de los desenlaces, la asignación de valores a los resultados previstos, aunque también se pueden expresar en reglas sumarias capaces de guiar el pensamiento y la acción. Los heurísticos tienen su mayor valor en su facultad para entender el proceder del experto, conformar sistemas de apoyo a las decisiones, evocar reflexiones que se expresan aforímicamente, pero no dejan de ser razonamientos incompletamente expresados, con demasiados implícitos y con el riesgo de sesgar prejuiciosamente el camino si se soslayan las peculiaridades del caso individual. No hay que olvidar que el médico, más que un procesador acrítico de algoritmos e instrucciones es quien los genera, los corrige, los propone, identifica sus limitaciones y sus valores y decide si los utiliza.

El pronóstico

*Escribo los signos por medio de los cuales
hay que conjeturar, de entre los individuos,
los que sanarán y los que morirán, y los que
sanarán y perecerán a corto y largo plazo.*

HIPÓCRATES

De las responsabilidades tradicionales de los médicos —diagnóstico, tratamiento y pronóstico— esta última suele ser la más olvidada, probablemente porque no es tan fácil de estimar y porque, por naturaleza, tiene un alto grado de incertidumbre que compromete en exceso. Si los profesionales ocasionalmente fallamos en nuestras decisiones diagnósticas y terapéuticas, es en las estimaciones pronósticas en las que solemos tener más imprecisiones, pues se trata nada menos que de anticipar el futuro con base en ciertos indicios del presente.¹⁵² Se le suele eludir en los expedientes mediante circunloquios, estereotipos o eufemismos como “incierto”, “diferido”, “condicionado a la certeza diagnóstica” o “depende de la evolución”, todos ellos suficientemente vagos para evitar exponerse, y poco informativos tanto para los colegas como para los enfermos y los familiares, a quienes suele interesarles más el pronóstico que el nombre de la enfermedad, pues contesta a la pregunta de cómo se espera que le va a ir al paciente.

En las relativamente pocas ocasiones en que los médicos se comprometen con un pronóstico, acaso lo expresan de manera sumaria con algún adjetivo como “pobre”, “favorable”, “bueno” o “mortal”, a menudo sólo sustentado en bases intuitivas o empíricas, pero en todo caso sin suficiente precisión y sin un análisis sistemático de la situación que vive el enfermo. En los hospitales se suele clasificar a los pacientes en ‘mejorados’, ‘delicados’, ‘graves’ y ‘muy graves’, clasificación que si bien tiene implicaciones pronósticas, no permite matices que verdaderamente individualicen a los enfermos. También hay médicos que exageran los malos pronósticos para aparecer como salvadores o para eludir las demandas y reclamaciones que ocurrirían si las cosas van mal —dado que lo advirtieron oportunamente—, lo cual constituye una de las estrategias de la muy deplorable medicina defensiva. Por suerte, la omisión de expresar un pronóstico parece más común en los expedientes (en los que quedaría un compromiso por escrito) que en la explicación que los médicos hacen a los pacientes o familiares a quienes se les explica de manera aproximada lo que puede ocurrir.

El término procede del griego *prognostikon* (προγνωστικον) que significa lo perteneciente al conocimiento de lo que ha de venir. Etimológicamente se refiere a conocer anticipadamente (*prognosis*). En épocas en las que la eficacia terapéutica era limitada, el pronóstico fue la actividad más importante de los médicos, lo que puede verse, por ejemplo, en el *Libro de los pronósticos* de Hipócrates, o en *On prognosis* de William Farr de 1838. Se solía clasificar como *quoad vitam* (con respecto a la vida) cuando se refería a si el enfermo vivirá o morirá; *quoad longitudinem vitae* (con respecto a la longitud de la vida) para señalar el tiempo que vivirá el paciente; *quoad sanationem o valetudinem* (con respecto a sanar o a la salud) para predecir si la enfermedad curará o durará toda la vida y *quoad restitutionem o functionem* (con respecto a la restitución o a la función) para señalar si el enfermo quedará bien.

Este capítulo pretende ayudar a los médicos contemporáneos a enfrentar esta difícil responsabilidad aportando algunas sugerencias con elementos de juicio relativamente confiables.

Responsabilidades de los médicos en la predicción

La predicción es un elemento fundamental de la planeación, que se ha valido de instrumentos con diferente grado de confiabilidad. A fuerza de haber sido trivializada, la predicción se ha desprestigiado y hoy ya no se cree, por ejemplo, en los pronósticos meteorológicos, la de los números que ganarán la lotería o los deportivos, pues se consideran más un producto del azar que de las circunstancias presentes. Pero la predicción se sustenta en la teoría de la probabilidad que tiene fundamentos racionales incuestionables.

A los médicos nos intimida la incertidumbre esencial del futuro, sobre todo contrastada con la relativa certeza del presente. Es menos peligroso y comprometido decir cómo está un paciente que cómo estará en un futuro. Pero la predicción es una actividad fundamental e ineludible de los médicos. Para empezar, es una de las funciones de la ciencia, que tiene el propósito de la anticipación, de actuar antes y de prevenir desenlaces inconvenientes y propiciar los favorables. La predicción es un elemento sustancial de la decisión terapéutica, pues el médico tiene que suponer lo que puede ocurrir si elige una u otra alternativa. Al enfrentar opciones competitivas tiene que estimar los posibles desenlaces de cada una, dar un valor estimativo a cada uno de ellos (utilidad) y calcular la probabilidad de que ocurran.¹⁵³

Emitir un pronóstico implica estimar la probabilidad de una cierta evolución de la enfermedad en el paciente y anticipar las posibles complicaciones y secuelas, si no es que evitar los desenlaces ominosos. La tarea no es sencilla, no sólo por las dificultades intrínsecas de cualquier predicción, sino por el número tan grande de variables que participan, muchas de ellas difíciles de ponderar. En todo caso, se trata de hacer una estimación probabilística de los desenlaces, que tome en cuenta el diagnóstico nosológico pero también las condiciones particulares del paciente y factores adicionales, entre ellos sociales, económicos y hasta políticos.

El pronóstico tiene un elemento cualitativo (lo que le puede suceder al paciente, lo que se conoce como desenlace u *outcome*), uno cuantitativo (la probabilidad de que efectivamente ocurra) y uno temporal (en cuánto tiempo se estima que va a ocurrir). En la mayoría de los casos existe información suficiente para acercarse a estas predicciones. La valoración preoperatoria, por ejemplo, es un análisis pronóstico que permite tomar medidas para acechar las complicaciones y minimizar los peligros, con base en las características del paciente en cuestión.

Factores pronósticos

Aunque tanto los factores de riesgo como los factores pronósticos son elementos de predicción, conviene precisar algunas diferencias.¹⁵⁴ Los primeros han adquirido preponderancia en la medida que se ha reconocido que todas las enfermedades son multicausales y que su etiología no puede atribuirse a una sola condición sino que tiene que ver con una combinación de ellas. Los factores de riesgo están presentes antes de que la enfermedad ocurra y simplemente revelan una asociación estadística con su aparición futura y una hipotética relación causal. Los factores pronósticos, en cambio, son aquellos que, en personas que ya poseen la enfermedad, marcan una probabilidad de una cierta evolución, ya sea favorable o desfavorable. La división entre riesgo y pronóstico tiene algo de artificiosa pues, por ejemplo, la hipertensión arterial puede ser un factor de riesgo para desarrollar enfermedad vascular cerebral y es un factor pronóstico para la aparición de complicaciones microvasculares de la diabetes como retinopatía o nefropatía; la edad participa tanto en el riesgo como en el pronóstico; etc. y muchos factores de riesgo hoy son objeto de una intervención terapéutica como si fueran ellos mismos enfermedades (p. ej., hipercolesterolemia).

Se ha propuesto que los “factores” (de riesgo y pronósticos) deben distinguirse de los “marcadores” (de riesgo y pronósticos) en tanto que éstos son inmodificables (edad, sexo, historia familiar, genes, peso al nacer), y que se denominan condiciones de riesgo o condiciones pronósticas al colectivo de factores y marcadores; también se suele hablar de indicadores pronósticos como sinónimo de condiciones, en tanto que los índices o escalas pronósticos son conjuntos de indicadores que ayudan al clínico a hacer las predicciones sobre un paciente individual, frecuentemente en términos cuantitativos. En la literatura hay muchos índices de este tipo, por ejemplo, para la enfermedad vascular cerebral, el crecimiento intrauterino, diversas formas de cáncer, ciertas psicosis, mortalidad en ancianos, quemaduras, EPOC, insuficiencia cardíaca, SIDA, enfermedades hepáticas, pancreatitis y muchos más.

El pronóstico de la enfermedad

Los estudios que más aportan al conocimiento del pronóstico de las enfermedades son los retrospectivos de casos y controles y los prospectivos de cohortes.¹⁵⁵ Los desenlaces más frecuentemente utilizados en estos casos se suelen referir como “puntos finales” o *endpoints*, que son ciertos hechos que marcan el término del seguimiento de un individuo dentro del ensayo o la cohorte. El pronóstico se expresa entonces como la probabilidad de que ocurra tal

Guía para evaluar artículos sobre pronóstico

¿Son válidos los resultados?

¿Se trata de una muestra representativa de los pacientes?

¿Fueron los pacientes suficientemente homogéneos con respecto a sus riesgos pronósticos?

¿Fue suficiente el tiempo de seguimiento?

Los criterios de desenlace utilizados ¿fueron objetivos y sin sesgos?

¿Cuáles fueron los resultados?

¿Qué tan probables fueron los desenlaces a lo largo del tiempo?

¿Qué tan precisas son las estimaciones de probabilidad (*likelihood*)?

¿Cómo puedo aplicar estos resultados a la atención de mis pacientes?

Los pacientes y los tratamientos ¿fueron similares a los de mi práctica?

¿Fue el seguimiento suficientemente largo?

¿Puedo utilizar estos resultados en el manejo de los pacientes de mi práctica?

punto final en un cierto tiempo. Los más empleados son: curación, muerte, mejoría (por ciento de respuesta), remisión (por ciento sin indicio de enfermedad), proporción de recurrencias, de secuelas, de complicaciones, de estado de portador crónico.¹⁵⁶ En estos mismos estudios, el pronóstico de la enfermedad se suele expresar como letalidad (*case fatality*), supervivencia (a 5 años, mediana de supervivencia, observada en tablas de vida o gráficas de Kaplan Meier), o calidad de vida (medida con diversos índices).

La evaluación de la confiabilidad (validez interna) de tales estudios se puede facilitar mediante las recomendaciones mencionadas en el cuadro de la página anterior.

El pronóstico del paciente

Es obvio que el pronóstico de la enfermedad no necesariamente se aplica a cada paciente, pues participan otros factores (validez externa) como la comorbilidad, el estado funcional del enfermo, su competencia, su cultura médica, sus creencias, temores, aprensiones y prejuicios, su disposición, la valoración que hace de su propia salud, la disciplina, la adherencia, las redes de apoyo con que cuenta, y sus recursos intelectuales y económicos, entre otros.

Para adaptar el pronóstico a los pacientes individuales se toman en cuenta ciertos factores de estratificación, unos llamados primarios y otros secundarios. En el siguiente cuadro se listan algunos de ellos:

Estratificación de los factores pronósticos

Factores primarios

Anatómico-histológico: magnitud, extensión, localización, variedad histológica, marcadores anatómicos de pronóstico

Estado funcional y nutricional

Severidad de la enfermedad

Aspectos cronométricos: edad del paciente, duración de la enfermedad, etapa de la historia natural en que se encuentra

Comorbilidad: enfermedades asociadas y sus propios factores pronósticos

Predicción de respuesta: farmacogenómica (*snips*), alergia, respuesta previa, herencia, marcadores bioquímicos

Factores secundarios

Disposición, competencia, adherencia, temores, prejuicios, aprensiones, acceso a los recursos, disciplina, redes sociales de apoyo

Conviene no limitarse a un adjetivo sumario sino tratar verdaderamente de individualizar el caso en términos de lo que puede razonablemente ocurrir y las condicionantes de los desenlaces, por ejemplo, “si sobrevive las primeras 24 horas...”, “tiene tal por ciento de probabilidades de desarrollar una enfermedad ocular en menos de 10 años”, “si se logra una adherencia terapéutica...”, “si no ocurren complicaciones inesperadas...”, etcétera.

La verdad y la mentira piadosa

Una vieja discusión plantea la disyuntiva de informar a los pacientes sobre su pronóstico o bien, en caso de que éste sea muy malo, ocultárselo y comunicarlo sólo a los familiares, para no desalentar la esperanza y no producir un daño adicional. Decir la verdad es un imperativo ético irrefutable pero también lo es el de evitar daño innecesario, como el que puede hacer a veces la verdad cruda y cruel. Los médicos anglosajones no suelen tener ningún escrúpulo para informar de los malos pronósticos, pues sienten que así cumplen con su deber, sin hacer consideraciones sobre las consecuencias psicológicas de tales noticias. En nuestro país, muchos médicos prefieren no decir toda la verdad, en la inteligencia de que con ello evitan el desánimo que tal información puede propiciar, se aliena la esperanza (aunque no sea totalmente cierta) y se atienen al principio de incertidumbre según el cual no es posible establecer pronósticos indudables y siempre puede haber milagros, como está documentado en las excepciones.

El paciente tiene, sin duda, derecho a conocer la verdad, pues de ello derivan consecuencias prácticas, como preparar su muerte, resolver problemas pendientes, redactar testamento si fuera el caso, hacer encargos, etc. Pero hay diversas formas de decir la verdad, unas más crueles que otras. La sensibilidad del médico, con el conocimiento que pueda tener del paciente y con la asesoría de los familiares, puede ayudarle a administrar tal verdad, a escoger el momento apropiado, la secuencia conveniente, la progresión debida; algunos colegas consideran que tan sólo hay que contestar las preguntas que plantee el enfermo, porque hay algunos que no quieren conocer toda la verdad.

En resumen, la habilidad para emitir pronósticos no puede ser menospreciada aun cuando conlleve la incertidumbre de toda predicción. El pronóstico atiende a una necesidad básica de los

enfermos, les permite alentar sustentadamente una esperanza, participar activamente en su tratamiento o prepararse maduramente para un mal desenlace. Las estimaciones pronósticas, además, permiten juzgar del valor de las intervenciones en la medida en que éstas puedan mejorar los desenlaces previstos. El pronóstico ya no es más una especulación ni producto de una intuición basada en experiencias personales; tampoco se sustenta en un solo indicio.

Hoy se ha generado información suficiente para hacer un abordaje probabilístico que no justifica el soslayo de que ha sido objeto ni la tendencia a eludir la posibilidad de comprometerse. Conocer su pronóstico es muy importante para el paciente, y el médico está en condiciones de ofrecer esta información y anotarla en el expediente, por supuesto que siempre con las reservas del caso.

165

Medicina personalizada

La literatura médica —y hasta la popular— se ha visto invadida en los últimos tiempos por la idea de una medicina personalizada, pero haciéndola equivalente a la farmacogenómica. Se la describe como la confección del tratamiento farmacológico de acuerdo con las características individuales de cada paciente, la selección de la terapéutica a la medida de cada persona, de tal modo que no todos los pacientes con una misma enfermedad se atienden igual sino que se depende de las características individuales de cada caso. No se trata tanto de crear medicamentos o dispositivos que sean únicos para un solo paciente sino de clasificar a los individuos en subpoblaciones que difieren en su susceptibilidad a una cierta enfermedad o en su respuesta a un tratamiento específico.

Las intervenciones preventivas o terapéuticas se pueden entonces concentrar en aquellos que se beneficiarán de ellas, ahorrando gastos y efectos colaterales a los que no tienen posibilidades de que ello ocurra. Hoy, como nunca antes, se pueden identificar marcadores moleculares de la presencia o riesgo de una enfermedad, de susceptibilidad, de protección o de respuesta diferencial al tratamiento.

La terapéutica hasta ahora ha sido genérica, aproximadamente la misma para quienes comparten una misma enfermedad; esta terapéu-

tica es la que se ha mostrado más útil para la más amplia población, con base en las estadísticas que consideran promedios poblacionales y que soslayan las excepciones. La terapéutica se empieza a individualizar a partir, por supuesto, del diagnóstico preciso pero también al considerar las diferencias en edad, peso, superficie corporal, las funciones renal y hepática, la historia de alergia o intolerancia y otras variables.

Hoy se plantean variables adicionales que revolucionarán la terapéutica y que tienen, en efecto, que ver con la farmacogenómica. Los polimorfismos permiten predecir la respuesta terapéutica y la aparición de efectos adversos; ayudan a decidir el no administrar un cierto fármaco a un paciente porque le hará más daño que bien. En teoría permiten elegir el medicamento adecuado, a la dosis adecuada, con el fraccionamiento y distribución adecuados, por el tiempo adecuado en el paciente adecuado, lo que ha sido siempre el desiderátum.

El asunto es aún naciente, pues aunque se han descubierto una gran cantidad de marcadores genéticos, la validación clínica de estos marcadores está ocurriendo a una velocidad más lenta, pues enfrenta dificultades económicas y metodológicas y hasta regulatorias. Pero cabe, desde luego, vislumbrar la posibilidad ampliamente imaginada de un carnet personal que liste las enfermedades a las que el individuo tiene mayor riesgo, aquellas contra las que está genéticamente protegido, y con bases farmacogenómicas, los medicamentos que pueden generarle reacciones adversas, aquellos que originarían respuestas favorables, las que no serán eficaces, además de otras características personales que definan su perfil.

Pero esta identidad entre medicina personalizada y farmacogenómica queda un tanto corta y no le hace justicia a la práctica clínica tradicional, pues en una visión más amplia, una medicina personalizada no sólo se refiere al uso de fármacos para prevenir o tratar enfermedades, sino también a la consideración de la individualidad del paciente en todos los sentidos y no únicamente en el que se refiere a su respuesta potencial a los medicamentos. Es verdad que el que cada paciente es un ser único e irrepetible ha sido frecuentemente dejado de lado en razón de encontrar respuestas que benefician a un mayor número de enfermos.

El concepto mismo de enfermedad (en el sentido nosológico) no resulta más que un artificio operativo y didáctico que busca las similitudes entre distintos enfermos pero soslaya las diferencias. La contrastación con el “padecimiento” ilustra las diferencias entre un constructo y el sufrimiento verdadero, entre lo que dicen los tex-

tos y lo que padecen los enfermos. El viejo aforismo de que “no hay enfermedades sino enfermos” ilustra el reconocimiento ancestral de que la visión nosológica es artificiosa, sin negarle su valor práctico.

La salud pública, no obstante, se tiene que centrar en grandes conjuntos de individuos para los que se aspira a ofrecer respuestas colectivas. El pensamiento clínico, si bien tiende a individualizar a los pacientes, no deja de tener como referentes los grupos de enfermos y suele contrastar las descripciones nosográficas con las características individuales de los dolientes, a veces menospreciando algunas diferencias que surgen en tal intento de analogía, pero hay que partir de la idea de que cualquier generalización tiene un componente mayor o menor de artificio. Antonio Machado decía: “por más vueltas que le doy no hallo manera de sumar individuos”.

La individualización del paciente implica una consideración a sus diferencias, las que pueden ser de muchos tipos: intelectuales, culturales, económicas, de hábitos y costumbres, de creencias y prejuicios, temores, aprensiones, expectativas, deseos y, por supuesto, biológicas. Eludir la consideración de estas diferencias no sólo significa una falta de respeto al paciente sino también un mayor riesgo de fracasos terapéuticos.

El diagnóstico, por ejemplo, se ha centrado en el nombre de la enfermedad (diagnóstico nosológico) lo que resulta a todas luces insuficiente para las decisiones que le suceden. Si utilizamos como ejemplo la diabetes, es obvio que no todos los diabéticos son iguales aunque compartan los criterios diagnósticos y la designación de la enfermedad que los ataca. La decisión terapéutica y el pronóstico apenas se pueden esbozar con el solo enunciado de la diabetes pues simplemente se distingue la mellitus de la insípida, la tipo 1 de la tipo 2, la antigua de la reciente, la grave de la leve, la complicada de la que no está, la que tiene secuelas de la que carece de ellas, la del individuo competente de la del incompetente, la del comprometido de la del indolente, la del que tiene redes sociales de ayuda de la del que carece de ellas, la del pobre de la del rico, la del viejo de la del joven, la del analfabeta de la del ilustrado, la del asegurado de la de la población abierta, la del que tiene enfermedades asociadas de la que carece de ellas, etcétera.

En otras palabras, dos pacientes con la misma enfermedad pueden acaso compartir la lesión anatómica o el trastorno fisiopatológico, pero obviamente tendrán diferencias en la magnitud, la duración, los órganos involucrados, las enfermedades asociadas, el estado funcional previo, la edad, incluso la respuesta fisiológica, etc. La variabilidad entre pacientes puede ser muy grande, al grado que algunos

no tienen ninguna respuesta al medicamento o tienen reacciones adversas graves. Esto se puede deber a las condiciones en que en ese momento se encuentra el organismo, por ejemplo, por mala función renal o hepática, o a diferencias genéticas que imprimen su peculiaridad, no necesariamente en términos de genes sino de unidades más simples como son los polimorfismos de un solo nucleótido o *snips*.

Personalizado es algo adaptado o preparado a las necesidades o deseos de cada persona a la que se destina. Hoy se habla, por ejemplo, de documentos, utensilios, cosméticos, prendas, instrumentos y equipos personalizados. Una medicina personalizada es aquella dirigida a las características individuales del paciente, no sólo en términos del mejor fármaco para él sino de una serie de recomendaciones y consejos que se adaptan específicamente a sus necesidades.

Medicina translacional

La evolución de la ciencia, como la de muchas otras actividades humanas, tiende a la especialización. Ya no existe el científico universal que comprende cualquier rama de la ciencia, aun cuando todos los científicos comparten ciertos códigos metodológicos y de conocimiento esencial. Esta especialización ha permitido la división del trabajo, la profundización del conocimiento y la colaboración, pero también ha distanciado algunos campos de la ciencia aunque ha acercado a otros.

Por otro lado, la generación del conocimiento no siempre considera su aplicación práctica, asumiendo que finalmente irá encontrando su utilidad para la sociedad de manera natural. Muchos científicos han defendido su libertad para investigar con independencia de si los resultados tendrán o no una utilidad inmediata, partiendo de que no hay conocimiento inútil.

En la medicina esto se ha manifestado en una separación entre las áreas clínicas y las básicas, condición que se observa desde hace tiempo en los currículos universitarios, al menos en el modelo flexneriano, en los que parece haber dos carreras diferentes, la que se cursa en la primera mitad destinada a las ciencias básicas y la de la segunda mitad relativa a las disciplinas clínicas. Los muchos intentos de integración no siempre han sido exitosos, y no deja de ser una preocupación permanente para la planificación curricular y la formación de un médico científico. En muchas universidades los profesores de ciencias básicas

ya no son médicos, sino profesionales de otras áreas como biología o química. Algo similar ocurre en la investigación biomédica que progresivamente va siendo un campo de profesiones distintas de la medicina.

En alguna época los clínicos desarrollaban investigación básica, y todavía hay algunos ejemplos notables, pero lo cierto es que cada vez más se separan las dos actividades. Mientras la investigación básica se va alejando de la clínica, la medicina clínica se va distanciando de la ciencia y corre el riesgo de convertirse en una disciplina empírica, que procede por *deja vu*, que no reflexiona en lo subyacente ni se arriesga a hacer predicciones sustentadas científicamente y, lo que es más importante, escatima algunas soluciones que podrían salvar vidas o mejorar la salud. Entre lo más grave del distanciamiento entre la ciencia y la clínica es que ha surgido un problema de comunicación y un retraso (por decir lo menos) de la adaptación del nuevo conocimiento a las circunstancias de la práctica. Y lo que se dice para la clínica también es aplicable a la salud colectiva.

169

Translacional

El adjetivo ha sido cuestionado en razón de que no parece pertenecer al idioma español. Ha sido una interpretación libre del término *translational research* del inglés, el cual podría referirse como traduccional, pero también puede hacer referencia no tanto a la traducción como al traslado, en cuyo caso podría llamarse traslativa o trasladada a la clínica. Cualquiera que sea su nombre en español, se refiere al vínculo que hay entre la investigación básica y el desarrollo tecnológico por un lado, y las aplicaciones clínicas o a la salud pública por el otro. Viene a cubrir ese espacio vacío que la incomunicación ha generado y que, por ahora, no ha sido cubierto ni por los investigadores ni por los clínicos.

No es un concepto nuevo, pues se viene manejando desde hace más de cinco años. Se ha definido como la “rama de la investigación médica que intenta conectar más directamente la investigación básica con el cuidado de los pacientes” o la “transformación de lo que se obtiene en el laboratorio en nuevas maneras de diagnosticar y tratar a los enfermos”. En todo caso es un vínculo entre el laboratorio y la cama de hospital o el consultorio y se concreta en una interdependencia crítica entre medicina y ciencia.

A partir de este concepto, se han derivado otros como la medicina traslacional que aspira a emplear en los pacientes los resultados de

la ciencia, y educación traslacional para referirse a aquella que verdaderamente vincula a las ciencias básicas con las disciplinas clínicas, lo cual ha sido una aspiración secular de las escuelas de medicina.

Si se mantuviera la idea de que la medicina traslacional es la utilización de los conocimientos de la ciencia en la atención de los pacientes no sería diferente de la investigación aplicada. En realidad se trata de un puente en dos direcciones que se establece entre la ciencia y la clínica, pues si bien la ciencia aporta nuevo conocimiento para ayudar a los pacientes, la clínica ofrece un campo de aplicación, de puesta a prueba, de retroinformación y de identificación de necesidades para la investigación, además de generar por sí misma conocimientos que se integran con los que cuentan los científicos.

Tampoco se puede identificar como la medicina molecular o la medicina personalizada, aunque utiliza bastantes elementos de ambas. Tampoco se puede identificar sólo con la extrapolación a los humanos a partir de un organismo modelo, que sería una medicina comparada. En cierto modo, la medicina traslacional es una etapa evolutiva de la medicina basada en evidencias que aspira a ofrecer a cada paciente la mejor alternativa existente, suponiendo que ésta se encuentra en los resultados de la ciencia. Pero se trata también de acelerar la transición entre los conocimientos básicos y la práctica clínica.

La idea ha prendido suficientemente como para que varias universidades hayan creado departamentos de medicina traslacional, existan institutos vinculados con este concepto, maestrías y doctorados que habilitan para el desarrollo de investigación traslacional. El asunto de la incomunicación se percibe como complejo pues muchas veces los clínicos ya no reconocen los términos y conceptos que maneja la ciencia básica y mucho menos perciben su aplicación en el cuidado de sus pacientes, los investigadores básicos viven deslumbrados por sus propios descubrimientos alejados de las necesidades de los enfermos y los hospitales. Se ha propuesto la necesidad de formar “traductores” o “trasladores” que sirvan de vínculo entre ambas actividades, como una especialidad nueva y un personaje adicional en la organización de los servicios, de profesionalizar la interpretación de la ciencia con fines aplicativos.

Los fundamentos de la medicina clínica

Si bien la medicina tiene un pie asentado en la ciencia biomédica, también es cierto que el otro se ubica en otras áreas como son las

humanidades y las ciencias sociales. Las decisiones clínicas no sólo toman en cuenta los resultados de la investigación sino cosas menos estructuradas como son expectativas, deseos, temores, aprensiones y prejuicios de los pacientes, pericia del decisor y circunstancias de la práctica. Esto quiere decir que existen limitaciones para trasladar sin adaptaciones los resultados de la ciencia al contexto de los pacientes.

El movimiento de la medicina basada en evidencias, que originalmente aspiraba a que las decisiones clínicas tuvieran su fundamento principalmente en los resultados de la investigación científica (evidencias) tuvo que rectificar y proponer que estos resultados se consideraran en función de la experiencia del médico, su juicio clínico, las condiciones de los pacientes y las circunstancias del momento. Más aún, las evidencias tuvieron que ser clasificadas según fuesen o no aplicables a la atención de los pacientes (*patient oriented evidence* [POE] y *disease oriented evidence* [DOE]), y según tuvieran o no importancia para ello (*patient oriented evidence than matters* [POEM]).

171

Los mundos de la clínica y de la ciencia

Existen diferencias filosóficas entre la práctica clínica y la investigación científica que conviene conocer para entender las dificultades de comunicación y traducción. Mientras que la investigación pretende develar los secretos de la naturaleza, la práctica clínica aspira a ayudar a los pacientes, aunque a veces lo hace sin respetar completamente los resultados de la ciencia o sin poner éstos a prueba. A los científicos les interesa conocer la verdad y a los clínicos propiciar la curación, prevención o alivio. Para los clínicos lo importante es reducir el daño; para los investigadores incrementar el acervo cognoscitivo de la humanidad. Para los clínicos las sentencias son más axiológicas que fácticas, para los investigadores ocurre lo contrario.

Por supuesto que no se trata de dos mundos totalmente diferentes. La ciencia ha aportado innumerables beneficios a la atención de los pacientes, y la clínica ha sido la inspiración de muchos científicos. Ambas disciplinas se retroalimentan mutuamente y de ninguna manera se puede decir que a los investigadores no les interesan los pacientes ni a los clínicos el avance de la ciencia.

La clínica es el espacio de aplicación de los conocimientos generados por la ciencia, en donde se ponen a prueba, de donde se retroinfor-

ma la ciencia y en lo que se inspira para nuevos proyectos. Pero la clínica es también un espacio en el que se genera conocimiento, si bien esto no ha sido suficientemente aprovechado. Con todo esto se señala que la separación es artificiosa, que no es tan categórica como a veces parece, pero también se destaca la necesidad de mejorar la comunicación.

La incomunicación

Las dificultades de comunicación entre investigadores y clínicos comienzan por los códigos lingüísticos; los idiomas van distanciándose. Particularmente difícil para la comunicación ha sido el uso excesivo de siglas, abreviaturas y acrónimos que sorprenden a quienes no están en la convención si no se agrega un glosario. El texto de *Medicina Interna de Harrison*, por ejemplo, dedica 44 páginas a renglón seguido para listar las 2 112 siglas utilizadas en el texto, y por supuesto ya han surgido los diccionarios de acrónimos y abreviaturas. La interpretación de estas siglas por sentido común o por el contexto puede generar graves confusiones. Por ejemplo, la expresión HB se puede identificar como hemoglobina o como hepatitis B, pero también es una marca de transportes de carga, una cadena de televisión y hasta se utiliza para referirse a habitantes. Lo cierto es que los artículos científicos y los reportes clínicos están plagados de siglas; en el mejor de los casos, los primeros se acompañan de un glosario o del vocablo completo en los primeros renglones del texto, seguido de la abreviatura entre paréntesis para evitarse repetir muchas veces la palabra, pero por lo menos vuelven difícil la lectura.

Los niveles de abstracción de la ciencia y la clínica son obviamente diferentes. La clínica se refiere al individuo y acaso a un grupo limitado de ellos. La ciencia abarca diversos grados de lo molecular, celular, tisular, orgánico, sistemas de órganos y también grupos grandes de personas. La ciencia explora la profundidad, la clínica va un poco más hacia la extensión. Los métodos difieren, pues los clínicos emplean mucho la analogía, las conclusiones por exclusión, las pistas no suficientemente validadas, la identificación de patrones sin un análisis racional, las pruebas terapéuticas, estrategias que nunca serían avaladas por los científicos. La ciencia tiende a ser reduccionista, la clínica pretende ser holística. Incluso en términos de valores se percibe un distanciamiento. Las consideraciones mutuas van del menosprecio al deslumbramiento. Lo cierto es que, aun ubicados en un mismo espacio físico, no siempre ha sido fácil lograr una comunicación ni una comunidad de objetivos entre clínicos e investigadores.

Validez externa

Otra dificultad tiene que ver con la validez externa pues es evidente que las circunstancias de la investigación no son las mismas que las de la práctica clínica. La validez externa está relacionada con la aplicabilidad de los resultados de la ciencia, con su transferencia a condiciones diferentes de aquellas en las que se generaron. Responde a la pregunta sobre qué tan generalizables son los resultados y sobre la extensión a la cual los resultados de un estudio pueden ser aplicados más allá del propio estudio. Estos cuestionamientos sobre la validez externa no se relacionan sólo con la investigación biomédica básica, sino aun con la investigación clínica que parece estar más cercana a los clínicos.

Las aportaciones de la investigación clínica a la atención de los enfermos han sido invaluable. No obstante, no siempre se han logrado transferir de manera sencilla, empezando por la cuestión de si los resultados obtenidos con grupos de enfermos se pueden aplicar al caso, único e irrepetible, que desafía al clínico en ese momento preciso. La pregunta tiene que ver con el concepto de padecimiento, entendido como lo que el paciente efectivamente tiene, independientemente de que no siempre corresponde a la enfermedad descrita en los textos o concebida como constructo operativo y didáctico.

En conclusion, la medicina reconoce su vínculo con la ciencia, no sólo como una forma de conocer mejor los mecanismos subyacentes a la enfermedad sino como una aportación sólida a la atención de los enfermos. En muchos casos la ciencia ha avanzado siguiendo su propio desarrollo y ha dejado atrás a los pacientes, cicateando soluciones que urgen en el contexto práctico. El desarrollo de la genómica, la clonación, las técnicas de diagnóstico fino, los blancos terapéuticos, los biomarcadores, la biofarmacéutica, el desarrollo de nuevos fármacos, la posibilidad de una verdadera medicina personalizada son algunas aportaciones que comienzan a mostrar cómo la ciencia ayuda a los pacientes. No perdamos la oportunidad de hacer avanzar nuestra disciplina por razones de incomunicación, individualismo, soberbia o territorialismo.

EPÍLOGO

Este texto no tiene intenciones de ser un catálogo exhaustivo sino acaso una ilustración sumaria del estado actual de la práctica clínica contrastada con sus raíces originales y mostrar una aproximación a lo que tiende a ser en los próximos años. Evidentemente los pacientes de hoy no son como los de antes, como tampoco lo son los médicos, los estudiantes de medicina, los establecimientos de atención médica y la sociedad en su conjunto. Esta nueva clínica, por supuesto, no obedece a la decisión arbitraria de nadie sino que se fue modelando según los cambios sociales y el desarrollo tecnológico. Los viejos textos de propedéutica tienen que ser modernizados, preservando lo valioso y desechando lo obsoleto, y la enseñanza de los nuevos médicos tiene que hacer honor a la época en que viven. Los valores de la medicina clínica, sin embargo, no han cambiado, acaso se han reafirmado. Su relación con las humanidades tiene que ser actualizada, su compromiso social reafirmado. La modernización no tiene que ver con la ostentación de lo nuevo ni la denigración de antiguo, sino con la oportunidad de ejercer con más eficiencia una profesión que históricamente ha dado muestras de su compromiso con el servicio a los pacientes.

Referencias

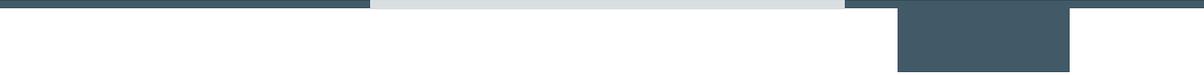
- 1 Chávez I. Humanismo médico. Educación y cultura. México: UNAM; 1980.
- 2 Dickson J, Carter M. Introducing the Journal of Clinical Examination. The Journal of Clinical Examination. 2006;1:1-2.
- 3 Foucault M. El nacimiento de la clínica. Op cit. Pag. 84.
- 4 Foucault M. Op cit.
- 5 Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1999.
- 6 Luce RD, Raiffa H. Games and decisions. Introducción and critical survey. New York: Dover Publications; 1989: p. 13.
- 7 Lifshitz A. La decisión terapéutica. Rev Med IMSS (Mex). 1995;33:439-44.
- 8 Whitney SN. A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. Med Decis Making. 2003;23:275-80.
- 9 Moskowitz AJ, Kuipers RJ, Kassirer JP. Dealing with uncertainty, risks, and tradeoffs in clinical decisions. A cognitive science approach. Ann Intern Med. 1988;108:435-49.
- 10 The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive diabetes therapy on the development and progression of neuropathy. Ann Intern Med. 1995;122:561-8.
- 11 McDonald CJ. Medical heuristics: The silent adjudicators of clinical practice. Ann Intern Med. 1996;124:56-62.
- 12 Lifshitz A (ed). Problemas del diagnóstico. Temas de Medicina Interna. México: Interamericana McGraw-Hill; 1994.
- 13 Reyes-Arellano W, Lifshitz A. La enseñanza del razonamiento clínico. En: Lifshitz A, Zerón L, Ramiro M (ed). Los retos de la educación médica en México. Tomo II. México: Letra Impresa GH; 2011: pag. 71-102.
- 14 McCutcheon G. Curriculum theory and practice. En: Omstein AC, Behar LS (ed). Contemporary issues in curriculum. USA: Allyn and Bacon; 1995: pag. 3-9.
- 15 Michels MEJ, Evans DE, Blok GA. What is a clinical skill? Searching for order in chaos through a modified Delphi process. Medical Teacher. 2012: pag. e1-e9.
- 16 Walker HK, Hall WD, Hurst JW. Clinical methods: the history, physical and laboratory examinations. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990: pag. 29-36.
- 17 Dávila-Cervantes A. Simuladores en la educación médica. En: Lifshitz A, Zerón L, Ramiro M (ed). Los retos de la educación médica en México. Tomo II. México: Editorial Letra Impresa GH; 2011: pag. 299-307.
- 18 Charon R. The internist's reading: Doctors at the heart of the novel. Ann Intern Med. 1994;121:390-1.
- 19 Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Barcelona: Editorial GEDISA; 2006: pag. 109-10.
- 20 Marinoff J. Más Platón y menos prozac. Madrid: Editorial Z Bolsillo; 2009.
- 21 Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Probabilidad y creencia. En: Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Ed. Triacastela; 2002: pag. 131-47.
- 22 Lain-Entralgo P. La medicina actual. España: Ed. Triacastela; 2011.
- 23 Cerdá-Massó R (coordinador). Diccionario de lingüística. España: Ed. Anaya; 1986.
- 24 Parkinson GHR. La teoría del significado. México: Fondo de Cultura Económica; 1976.
- 25 Eco U. Tratado de semiótica general. España: Editorial Lumen; 1985: pag. 38.
- 26 Cabrera E, Gaxiola A. Las relaciones semánticas entre patología y signo. 2ª ed. México: UNAM; 1987.
- 27 Sapira JD. Op.cit. pag 5.
- 28 Feinstein A. Op. cit.
- 29 Bouton J. El síntoma y el signo. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla (México); 1986: pag. 6.
- 30 Lowy B. The lost art of healing. New York: Ballantine Books; 1987.
- 31 Harvey AM, McKusik VA. Osler's Textbook Revisited. Baltimore, Maryland: Meredith Publishing Company; 1967.
- 32 Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson LJ. Principles of Internal Medicine. 15th ed. International Edition. New York: McGraw-Hill; 2001.
- 33 Helman CG. Culture, health and illness. 3rd. ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann; 1998.
- 34 Reforma de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Diario Oficial de la Federación. 31 de diciembre de 1999.
- 35 Reglas de operación del ramo salud. Diario Oficial de la Federación. 24 de mayo de 2000.
- 36 Fernández-González H, Minjares JL, Sámano AFJ. Carta al editor. Gac Med Mex. 2000;137:391-3.
- 37 Ramiro M. Carta al editor. Gac Med Mex. 2001;137:625-6.
- 38 Fairfield G, Hunter D, Mechanic D, Rosleff F. Managed care: origins, principles, and evolution. BMJ. 1997;314:1823.
- 39 Angell M, Kassirer JP. Quality and the medical market place-following elephants. N Engl J Med. 1996;335:883-5.
- 40 Dorsey L, Ferrari B, Gengos A, Hall T, Lewis W, Schetter C. The productivity of healthcare systems. The McKinsey Quarterly. 1996;4:121-30.
- 41 Herzlinger R. Market driven health care. Harvard Business School. 1997.
- 42 Wright RA. Persons, caring and community: the ethical bases for health care. En: Human values in health care. New York: McGraw-Hill; 1987
- 43 Falvo DR. La educación del paciente y el cumplimiento del tratamiento como conceptos. En: Una guía para incrementar el cumplimiento del tratamiento. Educación electiva para pacientes. Grupo MIND. México; 1994.
- 44 Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy. En: Principles of biomedical ethics. 5th ed. London: Oxford University Press; 2001: pag. 57-112.
- 45 Pence GE. Ethical options in medicine. New Jersey: Medical Economics Company; 1980: pag. 97-9.
- 46 World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medical products for use in self medication. Ginebra, Suiza. 2000.
- 47 WISMI. Guiding principles in self medication. World Self Medication Industry. London. 1998.
- 48 Secretaría de Salud. Proyecto Infopharma en América Latina. Informe técnico. México. 1999.
- 49 Simons RJ, Imboden E, Mattel JK. Patient attitudes toward medical student participation in a general internal medicine clinic. JGIM. 1995;10:251-4.
- 50 Feinstein A. Classification of clinical behavior of a disease. En: Feinstein A (ed). Clinical judgement. Florida: Robert E. Krieger Publishing Co.; 1967: pag. 153.
- 51 Degroot V, Beckerman H, Lankhorst G, Bouter L. How to measure comorbidity. A critical review of available methods. J Clin Epidemiol. 2003;56:221-9.

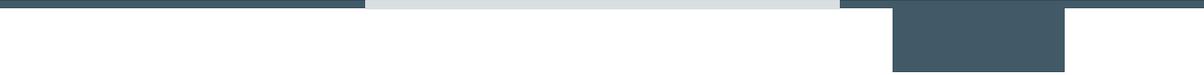
- 52 Reaven G. Metabolic syndrome. *Circulation*. 2002;106: 286-8.
- 53 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, Mckenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis*. 1987;40:373-83.
- 54 Laín-Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Alianza Editorial; 1983.
- 55 Katz J. El médico y el paciente: su mundo silencioso. México: Fondo de Cultura Económica; 1989.
- 56 American Board of Internal Medicine, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine, European Association of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-6.
- 57 Choy-García SA. Relación médico-paciente. En: Responsabilidad en el ejercicio de la medicina. México: OGS Editores; 1997: pag. 11-22.
- 58 Laín-Entralgo P. La medicina hipocrática. Madrid: Alianza Editorial; 1970.
- 59 Soriguer-Escofet FJC. Cuando el médico decide por el paciente. En: Couceiro A (ed). Bioética para clínicos. Madrid: Editorial Triacastela; 1999: pag. 127-32.
- 60 Charlesworth M. La bioética en una sociedad liberal. Gran Bretaña: Cambridge University Press; 1996.
- 61 Groopman J. Second opinions. USA: Penguin Books; 2000.
- 62 Gómez-Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. España: Editorial Fundamentos; 2002.
- 63 Castañeda G. El arte de hacer clientela. Reedición 1997 del texto de 1933. México: Facultad de Medicina UNAM. Ediciones JGH.
- 64 Bates RC. El sutil arte de entender a los pacientes. México: Ediciones PLM; 1974.
- 65 Platt FW, Gordon GH. Field guide to the difficult patient interview. Baltimore: Lippincot, Williams & Wilkins; 1999.
- 66 Martínez-Cortés F. Las mentiras piadosas. En: El médico, el enfermo y su enfermedad. Edición del autor. México; 1991: pag. 19-22.
- 67 Bayés R. La comunicación de malas noticias. En: Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 2001: pag. 43-55.
- 68 Grief.com. the-five-stages-of-grief/
- 69 Sapira JD. The art and science of bedside diagnosis. Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1990.
- 70 Jinich H. El paciente y su médico. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 2002.
- 71 Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigations medical diagnosis. *West J Med*. 1992;156:163-5.
- 72 Duffy FD. Dialogue: the core clinical skill. *Ann Intern Med*. 1998;128:139-41.
- 73 Pereda C. Conversar es humano. México: Fondo de Cultura Económica y El Colegio Nacional; 1991: pag. 135-72.
- 74 Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta Médica Grupo Ángeles (México)*. 2003;1:59-63.
- 75 Lifshitz A. Las nuevas responsabilidades de los médicos ante el movimiento emancipador de los pacientes. *Summa Bioética*. 2003;1:39-40.
- 76 Fernández-Ruiz J. El aspecto civil de la responsabilidad profesional. En: La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos. Comisión Nacional de Derechos Humanos. México. 1999: pag. 19-30.
- 77 Dobler-López IF. La responsabilidad en el ejercicio médico. México: El Manual Moderno; 1999: pag. XIV.
- 78 Menéndez A. Ética profesional. México: Herrero Hnos. Editores; 1992: pag. 144-5.
- 79 Bryan CS. Osler. Inspiration from a great physician. New York: Oxford University Press; 1997.
- 80 Bliss M. William Osler. A life in medicine. Canadá: Oxford University Press; 1999.
- 81 Osler W. Aequanimitas. New York: McGraw-Hill; 1906. Edición facsimilar.
- 82 Cochrane A. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. *BMJ*. 1999. Royal Society of Medicine Press.
- 83 Kassirer JP, Kopelman RI. Learning clinical reasoning. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991.
- 84 Wulff HR, Oedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Ed. Triacastela; 2002.
- 85 Wulff HR, Gotzche PC. Rational diagnosis and treatment. 3rd ed. United Kingdom: Blackwell; 1999.
- 86 Feinstein A. Clinical judgment. Malabar, Florida: Robert E. Krieger Publishing Company; 1967 (Reimpresión 1985).
- 87 Johannisson K. Los signos. El médico y el arte de la lectura del cuerpo. España: Ed. Melusina; 2006
- 88 Gómez-Esteban R. El médico como persona en la relación médico-paciente. Madrid: Editorial Fundamentos; 2002.
- 89 Fajardo-Ortiz G, Ortiz-Montalvo A. El enfoque de las ciencias de la complejidad en la administración de servicios de salud. *Rev Med IMSS*. 2013;51:164-9.
- 90 Santibáñez-Beltrán S, Villareal-Ríos E, Galicia-Rodríguez L, Martínez-González L, Vargas-Daza ER, Ramos-López JR. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. *Rev Med IMSS*. 2013; 51:192-9.
- 91 Rosado J. Prólogo. En: Ruelas-Barajas E, Mansilla R (ed). Las ciencias de la complejidad y la innovación médica. México: Plaza y Valdés; 2005: pag. 12.
- 92 Feinstein A. *Clinimetrics*. New Haven CT: Yale University Press; 1987.
- 93 Lifshitz A, Sánchez-Mendiola M. Medicina basada en evidencias. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002.
- 94 Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. 2nd ed. London: Churchill-Livingstone; 2000.
- 95 <http://www.cochrane.org/>
- 96 <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>
- 97 Lichstein PR. The medical interview. En: Walker HK, Hall WD, Hurst JW (ed). *Clinical methods*. 3rd ed. Boston: Butterworths; 1990.
- 98 Sanders L. Every patient tells a story. Medical mysteries and the art of diagnosis. New York: Broadway Books; 2009.
- 99 Op. cit.
- 100 Olivares-Larraguibel L. Esclerosis lateral amiotrófica y medicina narrativa. *Rev Nex Neurociencia*. 2009;10:255-8.
- 101 Dabah-Mustri H. Medicina basada en cuentos. México: Ed. Palabras y Plumas; 2010.
- 102 Organización Mundial de la Salud. Conferencia de expertos de Nairobi. Nairobi, Zambia; 1985.
- 103 Clapé-Laffita O. Estrategias farmacológicas para facilitar la adherencia a la terapia antirretroviral altamente activa. *Rev Med IMSS*. 2013;51:200-3.
- 104 U.S. Congress, Office of Technology Assessment: *Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H-602* (Washington DC. US Government, Printing Office, July 1994)
- 105 Jena AB, Seabury S, Lkdawalla E, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011;365:629-6.
- 106 Hettrich CM, Mather RC, Sethi MK, et al. The costs of defensive medicine. *AAOS 2010*. Aaos.org.
- 107 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. *Cirugía y Cirujanos*. 2005;73:199-206.
- 108 Catino M. Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation. *Safety Science Monitor* 2011;15:article 4
- 109 Pellegrino ED. The metamorphosis of medical ethics. A 30 year retrospective. *JAMA*. 1993;269:1158-6.
- 110 Lifshitz A. La revolución de la bioética. Su influencia sobre la ética médica. *Med Int Méx*. 2002;18:307.
- 111 Anderson RE, Obenshain SS. Cheating by students: findings, reflections, and remedies. *Academic Medicine*. 1994;69:323-31.
- 112 Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med*. 1994;69:861-71.
- 113 Lifshitz A. Ética en la docencia médica. *Gac Med Mex*. 2000;136:399-404.
- 114 Coiera E. Guide to medical informatics, the internet and telemedicine. Oxford: Chapman & Hall Medical; 1997: pag. XXI.
- 115 Mishkoff HC. Understanding artificial intelligence. Ft. Worth, Texas: Texas Instruments; 1986.
- 116 Negrete J. De la filosofía a la inteligencia artificial. México: Grupo Noriega Editores; 1992.
- 117 De Gortari E. Diccionario de Lógica. México: Plaza y Valdés; 1988.
- 118 Shortliffe EH, Blois MS. The computer meets medicine and biology: emergence of a discipline. En: Shortliffe EH, Perreault LE (ed). *Medical informatics. Computer applications in health care and biomedicine*. New York: Springer; 2001: pag. 21.
- 119 Negrete J, López G. *Informática médica*. México: Noriega Limusa; 1991.
- 120 Smith R. What clinical information do doctors need? *Brit Med J*. 1996;313:1062-8.
- 121 Muñoz-Machado S. La regulación de la red. Poder y derecho en Internet. España: Editorial Taurus; 2000.
- 122 García-Barreno P. *Medicina virtual. En los bordes de lo real*. España: Editorial Debate; 1997: pag. 83.
- 123 Boom-Anglada R, Boom-Díaz de León T. Análisis de decisiones y computación en medicina. México: UNAM-IGH; 1997.
- 124 CENETEC. www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogo-MaestroGPC.html
- 125 Álvarez-Manilla JM, Bañuelos-Márquez AM (coordinadores). *Usos educativos de la computadora*. Centro de Investigación y Servicios Educativos. México: UNAM.
- 126 Altman RB. *Bioinformatics*. En: Shortliffe EH, Perreault LE (ed). *Medical informatics. Computers applications in health care and biomedicine*. 2nd ed. New York: Springer-Verlag; 2001: pag. 638-59.
- 127 Smith RD, Garske ST. CRS. Computer Related Syndrome. The prevention and treatment of computer-related injuries. New York: Prometheus Books; 1997.
- 128 Ess C. Internet research ethics. http://www.nyu.edu/projects/nissenbaum/ethics_ess.html
- 129 http://www.nyu.edu/projects/nissenbaum/ethics_ess.html
- 130 Dyer KA. Ethical challenges of medicine and health on the Internet: a review. *J Med Internet Res*. 2001;3:e23.
- 131 Fainholc B. *Lectura crítica en Internet. Análisis y utilización de los recursos tecnológicos en educación*. Argentina: Ediciones Homo Sapiens; 2004.
- 132 Al-Shahi R, Sadler M, Rees G, Bateman D. The internet. *J Neurol Psychiatry*. 2003;74:699-703.
- 133 Lara P. Segob quiere regular Internet. *Excélsior*. 14 de Junio de 2007.
- 134 See KA, Lavercombe PS, Dillon J, Ginsberg R. Accidental death from acute selenium poisoning. *MJA*. 2006; 185:388-9.
- 135 Crovi-Drietta D. *Educación en la era de las redes*. México: UNAM; 2006.
- 136 Kassirer JP. Pseudoaccountability. *Ann Intern Med*. 2001;134:587-90.
- 137 Kina T. Does the "e" in e.health stand for ethics? *Pediatric Ethicscope*. 2003;14(2).
- 138 Goodman KW, Miller RA. Ethics and health informatics: users, standards, and outcomes. En: Shortliffe EH, Perreault LE, Wiederhold G, Fagan LM (ed). *Medical informatics. Computer applications in health care and biomedicine*. 2nd ed. New York: Springer; 2001.
- 139 <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2386.html>
- 140 Mayor S. Open access could reduce cost of scientific publishing. *BMJ*. 2004;328:1094.
- 141 <http://www.doaj.org/doi?func=findjournals>
- 142 Rippen H, Risk A. e-Health code of ethics. *J Med Internet Res*. 2002;2:e9.
- 143 Jadad AR. Re virtual communities good for your health? *BMJ*. 2006;332:925-6.
- 144 Mandl KD, Kohane IS, Brandt AM. Electronic patient-physician communication: problems and promise. *Ann Intern Med*. 1998;129:495-500.
- 145 Ellul J. From information to telematics. En: Ellul J (ed). *The technological bluff*. Michigan: William B. Eerdmans Publishing; 1990: pag. 327.
- 146 Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. XXI Edición. Madrid: Editorial Espasa Calpe; 1992.
- 147 De Gortari D. *Diccionario de la Lógica*. México: Plaza y Valdés; 1988.
- 148 Morie H, Morine G. *El descubrimiento: un desafío a los profesores*. Madrid: Editorial Santillana; 1992.
- 149 Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. En: Kahneman D, Slovic P, Tversky A (ed). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. New York: Cambridge University Press; 1987: pag 3-20.
- 150 O'Neill ES. Heuristic reasoning in diagnostic judgment. *J Prof Nurs*. 1995;11:239-45.
- 151 Riegelman RK. *Minimizing medical mistakes. The art of medical decision making*. Boston, Mass.
- 152 Baron J. *Decisions about the future*. En: *Thinking and deciding*. 2nd ed. Cambridge University Press; 1994: pag 502-33.
- 153 Geddes J. Answering clinical questions about prognosis. *Evidence Based Mental Health*. 2000;3:100-1.
- 154 Altman DG, Riley RD. Primer: an evidence-based approach to prognostic markers. *Nature Clinical Practice Oncology*. 2005;2:466-72.
- 155 Riley RD, Ridley G, Altman DG, Hayden J, De Vet HC. Prognosis research: towards evidence-based results and a Cochrane methods group. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:863-5.
- 156 Moons KGM, Royston P, Veargouw Y, Grobbee DE, Altman DG. Prognosis and prognostic research: what, why and how? *BMJ*. 2009;228:1

NOTAS







Este libro fue editado y producido por Intersistemas, SA. de CV.
Aguilar y Seijas 75, Col. Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F.
Teléfono 5520 2073. Fax 5540 3764. intersistemas@intersistemas.com.mx
Esta edición terminó de imprimirse en diciembre de 2013
en Surtidora Gráfica, Calle Oriente 233 No. 297, Col. Agrícola Oriental,
México, D.F. Hecho en México.

La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentes analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

