



<https://doi.org/10.24245/mim.v40i3.9731>

La Medicina Interna en el umbral del cambio

Internal medicine on the threshold of change.

Alberto Lifshitz G

*La vida es agradable,
la muerte tranquila,
lo malo es la transición.*

ISAAC ASIMOV

Un umbral representa una frontera definida entre lo que se encuentra antes y lo que está después, pero también la puerta que marca el inicio de un cambio. Casi ninguna innovación se caracteriza por un viraje súbito, sino que todas son paulatinas y transitan por estados intermedios, por transiciones en las que se van entremezclando lo previo y lo futuro, lo antiguo con lo moderno. Probablemente la que estamos viviendo hoy en día es una etapa con estos atributos en relación con la práctica clínica. Por ejemplo, al lado de las más vetustas maniobras propedéuticas se ubican las vanguardias tecnológicas, cada conjunto buscando su lugar, unos resistiéndose a ser relegados en el cajón de la obsolescencia, refugiándose en la defensa de la condición humana y los otros peleando por legitimarse en un mundo convulsionado por los abrumadores desarrollos.

La prospectiva, por su parte, es la ciencia que estudia el futuro; no solo lo delinea, lo estima, lo predice, lo advierte, sino que lo construye, lo adelanta, lo anticipa, lo previene.

La prospectiva de la atención clínica en Medicina Interna se puede conjeturar a partir de dos elementos: las tendencias y las necesidades

Academia Nacional de Medicina.

Recibido: Marzo 2024

Aceptado: Marzo 2024

Correspondencia

Alberto Lifshitz G
alifshitzg@yahoo.com

Este artículo debe citarse como:

Lifshitz GA. La Medicina Interna en el umbral del cambio. Med Int Méx 2024; 40 (3): 167-170.

sociales. Las primeras identifican los cambios observables y persistentes que se van dando en la sociedad, que ya se están viendo y que pueden extrapolarse hacia un destino desconocido; marcan hacia dónde van las cosas de modo que, salvo que aparecieran acontecimientos imprevistos, permiten estimar hasta dónde llegarán. Las necesidades sociales, por su parte, muestran lo que tarde o temprano habrá de atenderse. Las tendencias describen hacia dónde se ve que *van* las cosas; el análisis de las necesidades sociales, hacia dónde *debieran* ir.

Con el artificio de solo considerar posiciones polares y soslayar las intermedias, en adelante se señalarán ciertos contrastes que parecen verse en algunas de las prácticas de la Medicina Interna y de la formación de profesionales, partiendo de que es una disciplina eminentemente clínica.

- A una práctica personalizada e individual se opone una despersonalizada en la que cada caso no se trata más que de un paciente más, o acaso de una práctica colectiva que atiende a los pacientes en grupo y no a personas por separado.
- Si tradicionalmente la medicina clínica es una actividad sensorial, que se basa en la percepción (visual, palpatoria, acústica y olfatoria), se observa una tendencia a convertirse en una actividad instrumental que, solo a través de artefactos, identifica las manifestaciones de la enfermedad.
- El paradigma etiológico se debilita ante lo multicausal y lo probabilístico.
- Los factores de riesgo no solo predicen una probabilidad, sino que se convierten en blancos terapéuticos por sí mismos.
- La verdad se banaliza ante el exceso de posverdades, noticias falsas, pseudociencia, descrédito ideológico de la ciencia y publicidad irresponsable.
- Durante siglos se exigía la presencia física del paciente ante el médico, no solo para dialogar con él, sino para examinarlo físicamente; ahora se ha desarrollado la telemedicina que permite las interacciones a distancia, más aún a partir de la pandemia de COVID-19, lo que supone una interrelación personal diferente y sujeta a nuevas regulaciones.
- La medicina clínica se aprendió siempre con el modelo de la enfermedad aguda, en la que el paciente toma la iniciativa, pide ayuda porque se siente mal o tiene una preocupación por su salud, el médico lo valora y le prescribe, con lo que frecuentemente termina la interacción; ahora van predominando las enfermedades crónicas que representan un modelo diferente: continuas, incurables (acaso controlables), con las que el paciente vivirá el resto de su vida, tendrá que enfrentar situaciones inéditas y en las que la educación del paciente es más importante que la prescripción.
- De poder explicar las enfermedades mediante un modelo lineal en que cada efecto obedece a una causa y es proporcional a ella, ahora se tiene que recurrir a las ciencias de la complejidad, en que los efectos son resultado de diversas causas interactuando, y cada una de ellas puede producir diferentes efectos.
- Las enfermedades se fueron aprendiendo una por una: su historia natural, sus límites, su diagnóstico, su diferencia con otras, su tratamiento específico y su pronóstico. Ahora la coexistencia de diversas enfermedades en un mismo paciente (comorbilidad) ya no es excepcional, y hay que entender las influencias recíprocas y las interacciones terapéuticas.
- Muchas de las respuestas de la profesión a las necesidades de los pacientes han



- atendido su subjetividad; hoy se prefieren referentes objetivos.
- El criterio individual de cada médico, de acuerdo con su experiencia y sus percepciones, tiende a sustituirse por reglas, guías y protocolos.
 - La individualidad de la práctica significaba una atención única, a la medida de cada paciente; la tendencia conduce hacia una práctica industrial, en serie, con atención solo de una parte del proceso porque a otros les corresponde el resto.
 - El profesional históricamente ha rendido cuentas a su paciente, la familia de éste y a sí mismo; ahora es sujeto de supervisión por pares y por la autoridad.
 - Con la prescripción (medicamentosa o de otro tipo) solía culminar el proceso de atención ambulatoria; hoy la responsabilidad profesional abarca no solo el seguimiento de los casos, sino asegurar el apego terapéutico.
 - Los objetivos primarios de la atención (diagnóstico nosológico, tratamiento y pronóstico) se van ampliando hacia identificar expectativas, competencias, prejuicios y temores por parte de los pacientes.
 - La creencia de que los pacientes tendrían que adaptarse al médico se ha invertido: el médico se adapta a la heterogénea tipología de los pacientes.
 - La terapéutica medicamentosa mediante el fármaco conducente ahora se diversifica en tratamientos múltiples, secuenciales o simultáneos, multimodales, crónicos, enfocados, supervisados, periódicos, cuasitóxicos.
 - Se reconoce que la enseñanza de la medicina interna carece de legitimidad si no se traduce en aprendizajes.
 - El protagonismo docente se sustituye por uno discente, y la memorización irreflexiva por la reflexión crítica.
 - Las dificultades de acceso a la información son ahora las de saber contender con el exceso de información.
 - La evidencia reemplaza a la opinión y la innovación a las rutinas.
 - La habilitación docente se sustituye por la profesionalización; no bastan la buena voluntad, la intuición y el conocimiento técnico, sino que es necesaria una preparación formal.
 - La evaluación del aprendizaje ya no puede ser diletante, sino que también se profesionaliza.
 - Los planes y programas de estudio rígidos ceden ante la necesidad de flexibilizarlos en función de las características de los estudiantes y las circunstancias del momento.
 - La educación médica (particularmente la continua) ya no tiene que ser presencial, sino que tiende a ser virtual o mixta.
 - La deconstrucción del conocimiento para poder abordarlo obligadamente tiene que complementarse con su reconstrucción, es decir, que los fragmentos logren integrarse.
 - Si bien hay contenidos compartimentalizados, se reconocen muchos que tienen que ser transversales o longitudinales, como la ética, el liderazgo, la relación médico-paciente, la comunicación.

- El aprendizaje obligadamente tiene que trascender al ámbito escolar, aunque éste se extienda a los campos clínicos, y alcanzar con amplitud las habilidades para la vida profesional.
 - Los planes y programas deben tener salidas no solo terminales sino también intermedias y laterales.
 - Más que a aprender datos la educación se orienta a aprender métodos.
 - La atención docente al conjunto de estudiantes se complementa con una atención individualizada, y el aprendizaje individual con aprendizaje colaborativo.
 - Sin menospreciar el aprendizaje cognoscitivo y psicomotor, tendría que insistirse en el afectivo, que es el que otorga la condición de permanencia a los otros dos.
 - Se aspira a que la educación sea un deleite y no una imposición abominada o un mal necesario.
 - Se intenta propiciar el aprendizaje autogestivo más que el forzosamente inducido, con lo que se garantiza su continuidad.
 - La protección de los pacientes puede ya mejorarse con las TICs y la simulación.
- Éstos son tan solo algunos de los enunciados que se vislumbran más allá del umbral; sin duda hay muchos más, a los que se adicionan los que difícilmente pueden predecirse hoy en día. Abordar la transición y el cambio significa un ejercicio de futuro, pues no vamos a ejercer solo en el presente.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.