

ARTICULO

La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión*

The unicity and the diversity: Factors at issue

Dr. Alfredo Dario Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular.

RESUMEN

Se plantea que la unicidad y la diversidad de la clínica se dan en sus protagonistas: el paciente (o el sano) y el médico clínico; en la relación médico-paciente, o médico-sano; en el método clínico, como expresión concreta del método científico aplicado a la atención individual de una persona y en los procesos de la vida cotidiana en los cuales están involucrados estas relaciones y personajes: la asistencia, la educación, la investigación, y la administración. Se insiste en que el debate sobre la clínica, como base de la atención médica a la persona individual, puede aportar nuevos conceptos y enfoques que beneficiarán en primer lugar a las personas que se asisten.

Palabras clave: Clínica; Relación médico paciente; Método clínico; Atención médica

ABSTRACT

It is assumed that the unicity and the diversity of clinics are present in its protagonists: the patient (or healthy person) and the clinical doctor; in their patient-doctor relationship (or healthy-doctor); in the clinical method, as a concrete expression of the scientific method applied to the individual care of a person and in the daily processes in which all these relationships and persons are involved: medical care, teaching, research and management. It is emphasized in the value of a debate about clinics, as the base of medical care of an individual person, could report

new concepts and approaches that could benefit first, to the patients that are cared.

Keywords: Clinics; Patient doctor relationship; Clinical method; Medical care

INTRODUCCION

El hecho de que otros distinguidos colegas traten, en este singular Taller sobre "La Clínica a las puertas del siglo XXI", un grupo de temas medulares, nos libera de referirnos a ellos en detalle y nos impulsa a abordar nuestro tópico de una manera lo más directa posible. No por ello dejamos de reconocer los intrincados nexos que existen entre todos los aspectos que se han propuesto discutir en el evento y, en ocasiones, tendremos que aludir necesariamente a algunos de ellos.

La unicidad (calidad de lo que es único) y la diversidad (variedad, diferencia) de la clínica, a nuestro modesto modo de ver, se dan en:

- Los protagonistas: el paciente (o el sano) y el médico clínico.
- La relación entre ellos: la relación médico-paciente, o médico-sano.
- El método clínico, como expresión concreta del método científico aplicado a la atención individual.
- Los procesos de la vida cotidiana en los cuales se expresan estas relaciones y personajes: la

* Este trabajo formó parte del Simposio "La Clínica a las Puertas del Siglo XXI", celebrado del 12 al 15 de diciembre de 1995, en el Hospital General Calixto García, de La Habana, en ocasión del Centenario de esta institución.

Nota: Este artículo fue publicado originalmente en Ateneo "Juan César García" 1996; 4 (1-2): 93-103. MEDISUR agradece a sus autores y editores, la aprobación de su reproducción en nuestra revista.

Correspondencia:

Dr. Alfredo Dario Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular.

Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Cienfuegos. CP. 55100

Dirección electrónica: espinosa@gal.sld.cu

asistencia, la educación, la investigación, y la administración.

Sólo de manera didáctica enfocaremos por acápite separados la problemática que se nos propuso en la invitación a este Taller. Nuestro planteamiento es que la unicidad y la diversidad en la clínica se dan, tanto en la teoría como en la práctica, como categorías complementarias y no antagónicas.

LA PERSONA HUMANA, OBJETO Y SUJETO DE ESTUDIO. EL "PROBLEMA CLINICO".

*"Busco a un hombre"
Diógenes*

La medicina clínica tiene sus raíces en los albores de la humanidad, ligada a la enfermedad de personas individuales". Ya, desde entonces, en esa individualidad los médicos discutían a qué dar prioridad, si a la enfermedad o al enfermo. ⁽¹⁾ Al final, la última posición se ha impuesto, al menos teóricamente.

Desde hace ya algún tiempo, con énfasis en los últimos años, además de la curación de los enfermos, son objetivos de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y los daños y la rehabilitación de los pacientes. En nuestros días, ha quedado claro que si se ejerce la medicina centrada en el individuo y sus problemas, nos encontramos en el campo de la clínica, y si lo que se aborda es la salud-enfermedad de las poblaciones o las comunidades, entonces caemos en el terreno de la epidemiología, la higiene social o, sencillamente, la salud pública.

Por tanto, un primer aspecto que le da unicidad a la clínica es su objeto de estudio: el hombre como persona. Objeto con algunas características especiales, que habla, piensa, siente, vive y muere, en un entorno determinado, por todo lo cual es un verdadero sujeto, que participa activa y conscientemente en todo el proceso de salud-enfermedad. Cada ser humano es, además, irrepetible en su singularidad, tanto desde el punto de vista biológico, como, sobre todo, psicológico y social.

La necesidad de un abordaje integral, global, de cada individuo, por una parte, ratifica la unicidad del objeto de la clínica, pero el hecho de que "cada persona sea un mundo", diferente, con problemas disímiles - que se pueden suceder indefinidamente -, nos da la medida de la diversidad de las situaciones que se pueden presentar en la práctica clínica diaria. ⁽²⁾

Existen, además, distintos "grupos especiales" de personas que, por su edad, sexo u otra condición, presentan problemas de salud-enfermedad (clínicos) específicos, como: los niños, los adolescentes y jóvenes, las mujeres (especialmente durante el embarazo y el climaterio), los ancianos, los enfermos graves, los moribundos, los pacientes psiquiátricos, los minusválidos, entre otros, que requieren de enfoques diferentes y, en muchas ocasiones,

"especializados". En estos grupos se expresa la diversidad de la clínica.

Cada vez con mayor frecuencia los clínicos brindamos atención a personas ya no enfermas, sino supuestamente sanas o en riesgo de enfermar. Esto se da como parte de tamizajes o exámenes médicos preventivos, que se realizan con variados fines, lo que nos plantea nuevos retos éticos y metodológicos. En el caso de los sanos, actualmente se ha denominado sanología a esta "nueva" forma de expresión de la clínica, cuyo objetivo principal sería la promoción de la salud a nivel del individuo. ⁽³⁾

En las últimas décadas surge en el mundo, y en Cuba con un modelo particular en 1984, un nuevo tipo de profesional, el "médico de la familia", cuyo objeto de estudio principal, además del individuo - y de forma distintiva - lo constituye la familia, así como la pequeña comunidad o grupo de familias que atiende.

EL OBSERVADOR: EL CLINICO

*"Todo depende de tus conocimientos,
de tu moral, de tu honradez"
Alfredo Espinosa Pérez*

El médico clínico tiene como objetivo resolver el problema de salud de los enfermos que atiende. Educa, rehabilita y hace profilaxis; puede emplear acertadamente el método científico. Se comunica, en su práctica, a través de lo que hoy conocemos como relación médico-paciente. Pero su actuación la ejecuta, además de por sus conocimientos científicos médicos y extramédicos, según su filosofía de la vida y su concepción general de la medicina. ⁽⁴⁾

Por otra parte, el ejercicio profesional del clínico variará en dependencia del tipo de pacientes (personas) que atiende, de los diferentes problemas que estos tengan y de la especialidad a que se dedique.

Aunque pudiéramos clasificar de distintas maneras a los clínicos, sólo señalaremos que pueden ser: a) de perfil ancho (médicos de familia, internistas, pediatras, geriatras y -quizás- gineco-obstetras); y b) de perfil estrecho (se incluyen el resto de los especialistas que practican la clínica, ya sea "médica o quirúrgica").

Quizás una de las características más evidentes del desarrollo de la medicina, desde sus orígenes, ha sido la coexistencia de la práctica médica general y la particular. ⁽⁴⁾ Sin embargo, durante el actual siglo las especialidades médicas han surgido por doquier, con un auge sin precedentes, ligadas al desarrollo impetuoso de la ciencia y de la técnica, ⁽⁴⁾ a veces en detrimento de la clínica general.

La diferenciación de funciones determina una inevitable fragmentación de las responsabilidades para la provisión de la atención médica, ya que el especialista impone, por definición, límites sobre la clase de enfermedad o el tipo de diagnóstico, o problema terapéutico, con el cual se enfrentará como médico. ⁽⁴⁾

La práctica total o general no es ni superior ni inferior a la

práctica médica especializada, es, sencillamente, un campo de trabajo médico diferente, con sus propias características, los mismos derechos y deberes que otras ramas médicas. ⁽³⁾

En la actualidad en lugar de un clínico, muchas veces asisten al enfermo - en especial en la atención secundaria - un grupo de clínicos que, en ocasiones, incluyen las más diversas especialidades. Este es el conocido trabajo en grupo, en equipo o colectivo, más elegantemente definido como multi, inter o transdisciplinario, en dependencia del caso. Sin embargo, a pesar de la diversidad de enfoques clínicos particulares, debe haber un "médico de cabecera" que sea el responsable del enfermo y de su atención continuada, a través de los vericuetos de los servicios de salud.

En el caso de nuestro país, se le ha asignado al médico de la familia la misión de la atención integral de ésta, la célula más pequeña de la sociedad. Este médico debe acompañar a los integrantes del núcleo familiar a través del sistema nacional de salud y de coordinar la asistencia de los mismos. ⁽⁵⁾ Por tanto, en buena medida el médico de familia está llamado a ser el médico de cabecera de cada uno de nuestros ciudadanos. En la atención secundaria, los pediatras - en el caso de los niños - y los internistas - en el de los adultos - deben ser los principales aliados de los médicos de familia en el desempeño de este importante papel. Este propósito debe cumplirse progresivamente, a medida que la medicina familiar incremente su estabilidad y madurez.

La medicina, cada vez más, será la medicina del colectivo, eso es evidente, y el clínico de perfil ancho debe jugar un papel destacado como especialista de síntesis y coordinación. ⁽⁶⁾ Todos sabemos que esta medicina colectiva, perfectamente coordinada, beneficia a los enfermos - sobre todo, con afecciones de cierta envergadura -, por su profundidad, su amplitud y su humanismo. ⁽⁶⁾

Otro aspecto que da unicidad a la clínica practicada por cualquier tipo de médico asistencial, lo constituyen las cualidades que espera encontrar el paciente en su médico: ⁽⁷⁾

1. Que lo escuche y lo comprenda
2. Que se interese por él como ser humano
3. Que tenga competencia profesional
4. Que se mantenga razonablemente actualizado
5. Que no lo abandone

Otra manera más práctica de referirse a la "triple misión" del clínico - lo que ratifica su unicidad - es que sea: sabio en la ciencia, sacerdote en el propósito y artista en el procedimiento. ⁽⁸⁾

LA ENTREVISTA MEDICO-PACIENTE. EL EXPEDIENTE CLINICO

"El verdadero santuario del clínico debe ser, tanto en el orden del conocimiento como en el orden

de la práctica y la moral, la relación directa y asidua con el cuerpo y el alma de sus enfermos".

Pedro Lain Entrialgo

La entrevista médico-paciente constituye un modelo singular de comunicación humana y sirve de marco a la interacción intelectual y afectiva conocida comúnmente como relación médico-paciente. ⁽⁹⁾ Esta relación directa con el enfermo es lo que otorga principio y fundamento permanentes a la experiencia del médico. Tal relación puede establecerse de muy distintos modos y en escenarios diferentes. Pero, bajo diversa apariencia, hay algo constante en ella: el encuentro entre un hombre, ser social, a quien una situación aflictiva de su vida -el problema de salud que padece- ha transformado en un paciente, y otro hombre, el médico, capaz de prestarle ayuda solidaria, no sólo técnica. ⁽¹⁰⁾ La ética de esta relación también contribuye a la unicidad de la clínica.

En todo momento el médico ha de ser acogedor, afectuoso y respetuoso con el paciente, fomentando un clima de seguridad y discreción. Nunca esta relación humana debe supeditarse a la puramente técnica. Así concebida, la relación médico-paciente posee una estructura integrada sin mengua de su carácter unitario, por un fundamento, un momento cognoscitivo o diagnóstico, un momento operativo o tratamiento, un momento afectivo o transferencia y un momento ético-moral. ⁽¹⁰⁾

El contexto socio-económico, histórico y geográfico, en que se da la relación médico-paciente es muy importante. La posición del hombre enfermo - y del médico - ha cambiado mucho en la sociedad, a lo largo del tiempo. Lamentablemente, en otros países los intereses mercantilistas dificultan la equidad y la justicia social tan deseables en esta relación humana, e incluso impiden el acceso a la misma. Esto no ocurre entre nosotros, situación que, a veces, no se valora lo suficiente, como uno de los mayores logros alcanzados por nuestro país en el campo de los servicios de la salud.

El contenido de la entrevista debe reflejarse, lo más objetiva y sistemáticamente posible, en la historia clínica o expediente clínico del enfermo, para algunos la libreta del científico (del clínico). ⁽¹¹⁾ Este documento da también unicidad a la medicina clínica aunque, desde hace mucho tiempo, se han propuesto diversos tipos de modelos o formatos, que dependen, tanto del lugar y tipo de prestación del servicio clínico (atención primaria - domicilio, consultorio, policlínico-, secundaria -hospital-, o terciaria), como de la especialización de los servicios (por ej., neurocirugía, atención a quemados, terapia intensiva, entre otros). Es por ello que se han confeccionado variantes de historias clínicas, que van desde el formato más o menos clásico para recoger los datos del interrogatorio y del examen físico, hasta otros, más resumidos, preparados incluso para la computación. La conformación definitiva de este documento básico

para la atención médica de los pacientes, no está exenta de polémicas y esta diversidad se expresa también en la práctica clínica, aunque lo que realmente se necesita es que refleje con calidad, la realidad biopsicosocial del enfermo.

A propósito de las deficiencias encontradas con frecuencia en los expedientes clínicos, consideramos que las habilidades necesarias para una confección adecuada de los mismos están, también, íntimamente relacionadas con la capacidad de redacción y de síntesis de los médicos que practican la clínica.

EL METODO

"Si por impulsos incoercibles forjamos hipótesis, procuremos, al menos, no creer demasiado en ellas"

Santiago Ramón y Cajal

El método científico, como medio de conocer la verdad, se ha ido elaborando en las ciencias a través de los siglos. ⁽¹⁾ Sin embargo, durante mucho tiempo se sostuvo que en la medicina el verdadero método científico sólo estaba relacionado con la investigación biomédica y, desde esta posición, el clínico quedaba convertido en un administrador de verdades que otros le proporcionaban y de las que el clínico podría extraer conclusiones prácticas, basándose en su experiencia. ⁽¹¹⁾

Hoy, parece estar muy claro que el método clínico no es más que el método científico aplicado a la atención de un paciente en particular. La revolución científico-técnica de los últimos 50 años lo que ha revolucionado es la técnica, no la clínica. Lo que se ha vuelto obsoleto es la técnica antigua, no la clínica. ⁽¹⁾

Las etapas "clásicas" del método clínico son: ⁽¹⁾

1. La identificación y precisión del problema: trastorno o pérdida de la salud que motiva la atención del paciente.
2. La búsqueda de la información completa (evidencias): interrogatorio y examen físico, es decir, la historia clínica.
3. La formulación de hipótesis de trabajo: diagnóstico presuntivo.
4. La contrastación de la hipótesis: evolución y exámenes complementarios.
5. La confirmación o no del diagnóstico presuntivo, lo más completo posible, para hacer el pronóstico e indicar un tratamiento adecuado.

Esta es la manera habitual en que se supone funcione el método clínico, escalonadamente, del análisis de hechos científico médicos a la síntesis o generalización, para la solución de las incógnitas. ⁽⁸⁾ En otras palabras, el camino inductivo del conocimiento.

El método clínico incluye, además del diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica: ⁽¹²⁾

"En el proceso del diagnóstico se discurre entre lo real concreto (determinación de síntomas y signos

mediante el interrogatorio y el examen físico, conocimiento de la singularidad sociopsicológica del enfermo), a lo "abstracto" (precisión sindrómica y nosológica, topográfica, fisiopatológica y anatomopatológica, patogénica y etiológica), para pasar de aquí a lo concreto en el pensamiento (conocimiento de la estructura del proceso salud-enfermedad en el sistema individuo concreto). Es a partir de aquí, de la hipótesis diagnóstica de la integridad, que se orientan los exámenes complementarios para su confirmación y se enriquece el conocimiento de lo real concreto. Si algo necesita la educación del médico futuro es avivar el desarrollo del razonamiento clínico de esta manera, que va "del fenómeno a la esencia" de primer orden a la de segundo orden, sobre la base de esa forma especial del vínculo social: la relación médico-paciente."

"Se ha separado, con toda intención, el pronóstico, por considerarlo el componente menos desarrollado del método clínico. La función de pronosticar es inherente a la ciencia contemporánea; un elemento básico que debe demostrar la madurez de la clínica como ciencia es precisamente la certeza de su pronóstico".

"Como el pronóstico clínico es la predicción de un fenómeno de extraordinaria complejidad, tiene necesariamente un carácter probabilístico, lo que no reduce su veracidad, porque la probabilidad es la medida de la exactitud de los fenómenos complejos. El pronóstico no puede reducirse a la pérdida o no de la vida, ni de la simple determinación cualitativa de un estado clínico, sino que debe contener, además, información sobre la recuperación total o parcial y en qué grado desde el punto de vista biológico, psicológico, sociolaboral, o la posibilidad de contraer una u otra enfermedad en un individuo sano. Aquí la clínica necesita del concurso de la higiene social, de la epidemiología y de la estadística sanitaria, pero sin disolver la especificidad de su pronóstico, que es siempre sobre la base de la individualidad."

"La terapéutica es el último componente del método clínico. Aquí se pasa de la contemplación a la acción, de la identificación y el conocimiento a la transformación hasta donde permite el desarrollo de la ciencia y la individualidad del paciente."

No obstante, la realidad no siempre y en todas las circunstancias se adquiere de forma tan metódica. Desde hace mucho tiempo se sabe que el diagnóstico intuitivo, también conocido como "ojo clínico", puede captar la realidad a través de un juicio sintético integral, que se desarrolla y forma parte esencial del arte y de las humanidades. De aquí que el clínico no debe despreciar el cultivo del arte como medio para educar un pensamiento creativo. ⁽¹⁾

Estas estrategias, generalmente se pueden identificar en diferentes caminos diagnósticos, como: diagnóstico exhaustivo, o diagnóstico hipotético-deductivo, o diagnóstico inductivo, o diagnóstico de reconocimiento de patrones, los más habituales en la práctica clínica.

⁽¹³⁾ Últimamente se han incorporado a los anteriores, el del árbol de decisiones o algoritmos y el de los sistemas de expertos automatizados, una combinación de los cuales se encuentran en muchas guías de procedimientos ("guidelines") de diagnóstico y de tratamiento, así como índices ("scores"), tan en boga en nuestros días, tanto para el diagnóstico como para el pronóstico. ^(14,15,16)

La existencia de un número cada vez más creciente de "entidades nosológicas" descritas en la medicina clínica - la mayoría de las veces sin seguir una sistematicidad definida- ha originado múltiples intentos de organizar, de la manera más universal posible, las enfermedades y las lesiones, a través de 10 clasificaciones internacionales, - especie de "esperanto taxonómico" - revisadas periódicamente en los últimos 100 años. ⁽¹⁷⁾ Estas clasificaciones han pretendido satisfacer el cuerpo de conocimientos alcanzado en un momento dado y han contribuido al paradigma de que si una persona se siente mal y requiere atención clínica, debe padecer, al menos, de una entidad nosológica que explique ese malestar. Todos los clínicos a diario atendemos a personas con diferentes quejas que "no clasifican para una entidad nosológica". No quiere decir que se trate de síntomas imaginarios. Es verdaderamente mala salud, simplemente no encaja en nuestras clasificaciones de las enfermedades, pero estas quejas en la mayoría de los casos serían compatibles con la taxonomía psicosocial. ⁽¹⁸⁾

Todo lo anteriormente expuesto, ha llevado a que, generalmente, en la clínica diaria estemos detrás del "diagnóstico de certeza", en busca de lo que hoy se denomina el "patrón de oro" ("gold standard"), para probar nuestras hipótesis a toda costa, de buscar aquellas evidencias que apoyan o ratifican nuestro diagnóstico presuntivo.

Indiscutiblemente, todos estos abordajes van en busca de la verdad, o sea, son caminos "verificacionistas", con gran influencia positivista, a punto de partida de hechos y experiencias. ⁽¹¹⁾

Sin embargo, en los últimos tiempos, sobre todo a partir de la influencia de Karl Popper, se va abriendo paso una corriente que plantea que el verdadero fundamento científico de la clínica es tratar de disminuir la incertidumbre del médico frente a un problema de salud individual dado y refutar, hasta donde sea posible, la hipótesis planteada como diagnóstico presuntivo. Este planteamiento metodológico - "la cuestión al revés" - ha servido de base, según algunos, para el surgimiento de lo que hoy conocemos como epidemiología clínica, que en la época del máximo desarrollo de la revolución científico-técnica, pretende "venir al rescate de la clínica como ciencia, con instrumentos y razonamientos acordes con la época que vivimos". ^(11,13) Más que un camino hacia la verdad, la clínica buscaría un camino hacia la

menor probabilidad de error. Este cambio a aceptar la clínica -con todas las de la ley - como ciencia probabilística, y no de verdades, es un giro importante del pensamiento científico, motivo de una polémica que, al final, da la unicidad a la clínica a través de su método, el "plato fuerte" de cualquier discusión que emprendamos acerca de la clínica como ciencia.

Smith ha resumido en cuatro afirmaciones el porqué de la incertidumbre en la medicina clínica: ⁽⁷⁾

- La práctica de la medicina es inexacta y permanecerá así.
- El instrumento de medición es personal y único.
- Los datos disponibles son a menudo indirectos, incompletos, o aún contradictorios.
- La mejor decisión puede ser alcanzada sólo por aproximaciones sucesivas.

Pero ninguno de estos planteamientos niega que la clínica sea ciencia, sino que los ratifica. Ciencia es nuevo conocimiento y éste es el resultado final de la aplicación correcta del método clínico. Ciencia, además, que no puede ser considerada como de "segunda", o ciencia "blanda", como algunos la han calificado, en contraposición de la ciencia "dura" de la investigación biomédica, más exacta, "aséptica", realizada en condiciones controlables. ⁽¹⁹⁾ Al contrario, ciencia más compleja, más intrincada, que requiere de un pleno conocimiento de los componentes del proceso - fundamentalmente humano - y de su método, sobre los que descansa firmemente la unicidad de la clínica, aplicada en la infinita diversidad de las situaciones que seamos capaces de imaginar.

EDUCACION

"¿Cuál es la causa de la creciente imperfección con que se maneja la exploración clínica por los médicos? Es doble, en primer término, porque no se acierta a valorar lo mucho que puede dar de sí en el camino del conocimiento de la enfermedad del paciente; pero también por lo arduo de su aprendizaje".

Carlos Jiménez Díaz

"Instruir puede cualquiera, educar sólo el que sea un evangelio vivo", dijo nuestro José de la Luz y Caballero. Quizás este conocido pensamiento sintetice todo lo que pudiéramos exponer sobre la formación clínica.

No es tampoco novedad decir que para enseñar con propiedad alguna cosa, se necesita conocerla en sus aspectos esenciales y emplear adecuadamente los métodos y las técnicas apropiadas al fin que nos proponemos. ⁽⁴⁾

Si la aplicación del método científico (método clínico) es la conducta básica utilizada por el clínico para la solución de la salud de los enfermos, debiera ser la enseñanza de este método el alma de la educación del clínico (su unicidad) y, por lo tanto, a partir de ello delinear la metódica para su enseñanza por todas y cada

una de las disciplinas clínicas (su diversidad).⁽⁴⁾

El profesor de clínica tiene la importantísima tarea pedagógica de enseñar a observar, interrogar, examinar, diagnosticar, pronosticar e imponer terapéutica de carácter integral al futuro médico, como también despertar en los educandos el amor por la clínica y la vocación por su ejercicio.⁽¹²⁾

Por otra parte, la clínica más que enseñarse, se aprende en un trabajo diario, duro, arduo, independiente, paciente, bajo la conducción y guía de un buen docente.⁽⁴⁾ Se les debe enseñar a los estudiantes a pensar por su cuenta, de manera lógica y dialéctica, crítica y creadora, a partir de la solución de múltiples problemas reales con pacientes en los diferentes escenarios donde se practica la clínica. Pero éste es uno de los problemas más arduos, difíciles y complicados con que se enfrenta el docente de las áreas clínicas.^(4,20)

La toma de la historia clínica - lo más "acabada" posible - es, quizás, la destreza conductual más importante que el médico debe dominar al terminar su carrera⁽⁴⁾ y es quizás el resultado objetivo que mejor refleja el desempeño profesional del médico y que da unicidad a todo el proceso docente-educativo en las áreas clínicas.

INVESTIGACION CLINICA

"La validez de las deducciones depende de la calidad de las observaciones"
Edgar Alan Poe

Quizás sea el área de la investigación donde se expresen mejor todos los conceptos que hemos manejado de la clínica como ciencia y, por tanto, donde sea más factible comprender la unicidad de la misma, por la necesidad de que se cumplan los requisitos mínimos indispensables para estos fines.

Cuando el clínico investiga bien y teoriza sobre su propia práctica, a nadie le puede caber dudas de que está expresando la unicidad de su ciencia, aún en medio de las más diversas condiciones de estudio (tanto por lugar, problemas, técnicas, especialidad).

ASISTENCIA

"Y un día serás médico. Y comenzará la verdadera batalla de la vida. Ejercerás tu profesión..."
Alfredo Espinosa Pérez

No estimamos oportuno insistir demasiado sobre la actividad asistencial de los clínicos, como base de su unicidad y diversidad, pues a la práctica médica diaria nos hemos estado refiriendo constantemente en este trabajo y ello es una prueba fehaciente de estos atributos a lo largo de toda una realidad histórica en la medicina.⁽²¹⁾

Sin embargo, es bueno recordar que la forma de hacer

la clínica cambia con el tiempo y que depende de la organización socioeconómica del país, del momento (crítico o no) de la enfermedad del paciente, del escenario donde se ejerce, del desarrollo tecnológico alcanzado y disponible, de quién la practica, entre otros factores. Así, por ejemplo, debemos preguntarnos si aún en nuestros días es viable y deseable imponer la manera "clásica" y exhaustiva de ejercer la clínica como la hacían nuestros predecesores. En épocas anteriores, nunca el enfermo consultó al facultativo ya con el resultado de exámenes complementarios en la mano, ni el ingreso hospitalario tenía en cuenta la estadía del paciente, que podía prolongarse indefinidamente. Otros ejemplos se podrían exponer, pero lo que sí entendemos es que a pesar de que la forma de ejercer la clínica cambie (diversidad), debe mantenerse el contenido (unicidad) de sus principios y reglas.

ADMINISTRACION

"Dadme el valor de reconocer mis errores diarios para que mañana pueda ver con claridad lo que no podía contemplar en la débil luz de ayer"
Maimónides

Por último, queremos dedicar algunas frases a la organización de los servicios clínicos. Es necesario que los que toman decisiones en Salud Pública también comprendan cabalmente la unicidad de la clínica (de los participantes, de sus relaciones, del método), expresada en la diversidad de problemas que esos médicos atienden.

La integración, la sistematización, las interrelaciones, los nexos entre los médicos clínicos de diversos servicios y niveles de atención, deben estar claros y ser dinámicos, flexibles, cambiantes en relación a los problemas de las personas que atienden, de los propios médicos y de las instituciones, para dar respuestas adecuadas a todos ellos.

La correcta ubicación del enfermo en determinado servicio es muy importante. El comprender en qué lugar se está y qué función de desempeña en el sistema de salud, es un aspecto de gran interés, no siempre entendido ni por los clínicos ni por los administradores de salud.

Comentario final

A las puertas del siglo XXI, parece que el debate sobre la clínica, como base de la atención médica a la persona individual, no sólo se justifica, sino que al poner sobre el tapete esta discusión teórica a partir de una rica praxis de tantos años de trabajo fecundo, puede aportar nuevos conceptos y enfoques que beneficiarán en primer lugar a las personas que asistimos. Además, este debate elevará el prestigio, en el sentido más amplio - científico y humano -, del acto cotidiano de la atención médica individual de nuestros semejantes y la solución de sus

problemas de salud.

De esta forma los clínicos estaremos en mejores condiciones para continuar respondiendo

adecuadamente a la pregunta que ha angustiado al hombre a lo largo de tantos siglos: Doctor, me siento mal, ¿qué puede hacer por mí?

REFERENCIAS

1. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. *Rev Finlay* 1990;4(4):3-23.
2. Feinstein AR. Ciencia, Medicina Clínica y Espectro de Enfermedades. En Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna. 14^a. ed. Madrid: Ed. Importécnica S.A, 1978:3-7.
3. Aldereguía Henriques J. Sanología. Nueva concepción de la Salud del Hombre. Conferencia en sesión inaugural de la Cátedra Finlay. Facultad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Diciembre 3, 1994.
4. Ilizástigui Dupuy F. Salud, Medicina y Educación Médica. Ciudad de La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1985:101-238.
5. UNICEF, UNFPA, OPS, OMS, MINSAP. El plan del médico de la familia en Cuba. La Habana: UNICEF, UNFPA, OPS, OMS, MINSAP, 1992. 56 p.
6. Ministerio de Salud Pública, Viceministerio de Atención Médica y Social. Grupo Nacional de Medicina Interna. Estado actual y perspectivas de desarrollo de la Medicina Interna. Ciudad de La Habana: MINSAP, 1981. 44 p.
7. Smith LH. Medicine as an art. En Cecil-Loeb. Textbook of Medicina. 17th ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1982: xxxiii-xxxvii.
8. Romero E. Patología general y Fisiopatología. Tomo I. Madrid: Ed. Paz Montalvo, 1959:96-100.
9. Llanio Navarro R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Tomo I. Ciudad de La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1983:28-56.
10. Laín Entralgo P. Concepto de salud y enfermedad. En Balcells. Patología General. Tomo I. La Habana: Ed. Instituto del Libro, 1967:9-18.
11. Soriguer Escofet FJ. ¿Es la Clínica una Ciencia? Madrid: Ed. Díaz de Santos SA, 1993, 119 p.
12. Aldereguía Henriques J. Problemas de Higiene Social y Organización de Salud Pública. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1985:207-211.
13. Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología Clínica. Una Ciencia Básica para la Medicina Clínica. Madrid: Ed. Díaz de Santos SA, 1985, 475 p.
14. Rocha Hernández JF, Quintana Galende ML, Vital Cambas ME. Pronóstico en el enfermo crítico: razonamiento clínico versus fórmulas matemáticas. *Rev Finlay* 1990;4(2):61-67.
15. Armas Vázquez A. Sobre el proceso cognoscitivo en el diagnóstico clínico. A propósito del APACHE II. *Rev Finlay* 1990;4(3):58-64.
16. Guías y Procedimientos para la Prevención y el Control de Marcadores de Riesgo y Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Rev Finlay* 1994;8(1-2):1-168.
17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción., 1975. 9^a. Revisión. Washington: Organización Mundial de la Salud, 1976. Publicación Científica OPS No. 353
18. Buck C, Llopis A, Nájera E, Terris M. El Desafío de la Epidemiología. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1988:93. Publicación Científica OPS No. 505.
19. Breilh J. Las Ciencias de la Salud Pública en la Construcción de una Prevención Profunda: "Determinantes y Proyecciones". En María Isabel Rodríguez. Lo Biológico y Lo Social. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994:63-100. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101.
20. Mandel JH, Rich EC, Luxemberg MG, Spillane MT, Kern DC, Parrino TA. Preparation for practice in Internal Medicine. A Study of Ten Years of Residency Graduates. *Arch Intern Med* 1988;148(4):853-856.
21. Molina J. Medicina Interna. Pasado, presente y futuro. *Acta Médica Colombiana* 1993;18(1):2-7.