

ARTICULO

El método clínico, las "buenas prácticas clínicas" y el profesionalismo médico.

The clinical method, the good clinical practices and the medical professionalism.

Dr. Miguel Ángel Moreno Rodríguez.

Especialista de Segundo Grado en medicina interna. Profesor Titular de Medicina. Doctor en Ciencias. Profesor Consultante. Facultad de Medicina Finlay-Albarrán, ISCM-H. Hospital Militar Central Docente Carlos J Finlay.

PhD. Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Full Professor. Consultant.

RESUMEN

La medicina, en su sentido más amplio, es la ciencia y el arte de conocer, prevenir, aliviar y curar las enfermedades. Se plantea que el método clínico no es más que el método científico o experimental de la ciencia aplicado a la atención individual de un paciente, pero aquí la fase del experimento se sustituye por la contrastación con la tecnología diagnóstica. Muchos incluyen actualmente también a la terapéutica dentro del método clínico. Se insiste en que hoy es común hablar de "buenas prácticas clínicas", pero la primera debería ser la aplicación con excelencia del método clínico. Se consideran como principios para la aplicación correcta del método clínico: una buena relación médico-paciente, la individualización del enfermo, el gran valor que tiene la clínica –con énfasis en el interrogatorio y examen físico-, y el valor y el lugar de la tecnología en el diagnóstico. Se enfatiza en que la clínica y su método adquieren en nuestro tiempo un valor todavía mayor que en el pasado y es el deber de los profesores educar a sus discípulos, con el ejemplo y la palabra, en la utilización depurada y con excelencia del método clínico.

Palabras clave: Método clínico; Buenas prácticas clínicas; Relación médico paciente; Enseñanza de la clínica

ABSTRACT

Medicine, in its widest conception, is the science and art to know, prevent, relieve, and cure illnesses. It is pointed out that the clinical method is the scientific or

experimental method of science applied to the attention of an individual patient, but in this case the experimental stage is replaced by the confrontation with diagnostic technology. Therapy is also currently included into the clinical method by many authors. It is emphasized that this method should be the first and most valuable of all "good clinical practices". Some principles for an adequate application of the clinical method are: a good doctor-patient relationship, the individualization of each patient, the great value of clinics (especially the interview and the physical examination) and the role of technology in the process of diagnosis. It is highlighted that medical clinics and its method are more important today than in the past. It is therefore necessary that teachers educate their students, both in theory and practice, in an exquisite use of the clinical method.

Keywords: Clinical method; Good clinical practices; Doctor patient relationship; Clinical teaching

La medicina, en su sentido más amplio, es la ciencia y el arte de conocer, prevenir, aliviar y curar las enfermedades. Es una gran ciencia a la cual concurren numerosas otras ciencias biológicas, naturales y sociales, determinando que su dimensión sea muy dilatada, al no restringirse solo al problema individual de salud del enfermo e incluir prioritariamente los de toda la sociedad.

Toda ciencia aplica métodos para abordar el estudio de los problemas particulares que atañen a su dominio, a su

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Moreno Rodríguez.

Facultad de Medicina Finlay-Albarrán, ISCM-H.

Hospital Militar Central Docente Carlos J Finlay.

Dirección electrónica: mmoreno@infomed.sld.cu

esfera de actividad, a su "objeto de estudio", precisamente para extraer con ellos el conocimiento que continuamente la enriquece y amplía como ciencia. Esos métodos son muchos, existen miles de métodos particulares que son aplicados, unos a un aspecto del problema, otros a otra fase diferente y así sucesivamente, porque un método no es otra cosa que una forma de abordar el estudio de un fenómeno, una herramienta que utiliza el investigador dirigida a obtener un resultado y pueden ser muy simples o muy complejos. Las diferentes técnicas que se han usado para dosificar la glucosa en sangre (Folin Wu, Somogyi Nelson, glucosa oxidasa) no son sino métodos muy particulares de la ciencia y ya podrá suponer el lector cuantos métodos particulares han existido y existen en la ciencia del laboratorio clínico para determinar el valor de los más de 280 componentes diferentes de la sangre que hoy se dosifican. ¡Cuántos métodos diferentes existen, por ejemplo, en la ciencia de la Estadística!

Pero junto a todos estos métodos particulares existe otro que es el Método Científico (o Experimental), común a todas las ciencias, sean aplicadas o teóricas. No existe ciencia sin método científico, porque es la estrategia de la investigación, como ha dicho Mario Bunge; ⁽¹⁾ el que tiene que ver con todo el ciclo completo de la investigación y no con una de sus partes singulares y es independiente del tema o del fenómeno que se seleccione para análisis o estudio. El rasgo distintivo de la ciencia es el método científico.

Se trata, recalquemos, de un método con carácter universal, único, común a todas las ciencias y que abarca al conjunto de toda investigación: es la estrategia. Para la solución de los diferentes aspectos concretos de dicha investigación se utilizan los métodos particulares, que son la táctica.

Hay bastante consensus en considerar que el método científico o experimental, aunque venía siendo aplicado desde antes, fue enunciado de manera definitiva por Claude Bernard, hacia 1865. ⁽²⁾ Consta de los siguientes pasos o etapas: formulación del problema a investigar; hipótesis científica a demostrar; diseño y ejecución de los experimentos a realizar; comprobación (o no) de la hipótesis y revisión y recomprobación, porque en ciencia experimental no basta comprobar una sola vez, porque puede haber intervenido el azar o un sesgo favorable, siendo necesario revisar y volver a comprobar, lo que se llama reproducibilidad o consistencia.

Cuando un médico asistencial atiende a un enfermo aplica también el método científico, con la diferencia de que no es un experimento de laboratorio con material inanimado o animales, sino con seres humanos. Veamos. El paciente formula sus molestias; después el médico obtiene los síntomas por el interrogatorio y los signos por el examen físico, es decir, obtiene la información necesaria para de inmediato establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación por intermedio de una contrastación que la mayoría de las

veces (aunque no necesariamente en todas) se realiza a través de análisis de laboratorio, de cualquier tipo que sean. Los pasos han sido: formulación, información, hipótesis, contrastación y comprobación (o no).

Esos pasos o etapas ordenadas son el Método Clínico o "proceso del diagnóstico", como también se llama. El método clínico no es más que el método científico o experimental de la ciencia aplicado esta vez a la atención individual de un paciente. La fase del experimento se substituye por la contrastación con la tecnología diagnóstica. Cada vez que un médico clínico se enfrenta al diagnóstico en un paciente nuevo está haciendo una mini investigación y aplicando el método científico común a todas las ciencias. ⁽³⁾⁽⁴⁾ Debo señalar que numerosos estudiosos incluyen actualmente a la terapéutica dentro del método clínico, porque están muy vinculadas, ya que no existe diagnóstico sin terapéutica ni terapéutica que no se preceda de un diagnóstico y el diagnóstico es solo el primer paso para una conducta posterior, que será la acción definitiva del médico sobre el paciente individual y uno de los objetivos finales del método. ⁽⁴⁾

Toda ciencia tiene sus particularidades y la clínica no es una excepción. Si en bioquímica la unidad básica de estudio es la molécula y en biología la célula, aquí es el enfermo individual; las unidades básicas de observación son los síntomas, signos y atributos personales del enfermo; los métodos particulares básicos de estudio (y esto es muy importante, porque se olvida con frecuencia) son el interrogatorio, el examen físico (de cuya acuidad depende la consistencia de la hipótesis), el razonamiento clínico y la terapéutica clínica y los elementos básicos de medición (y esto también es muy importante) son las palabras y no los números, que ocupan un lugar secundario. En ciencia experimental, ningún investigador está interesado en demostrar ni repetir nuevamente lo que ya es bien conocido, sino demostrar una hipótesis nueva; pero en medicina clínica la hipótesis siempre es repetitiva; si se trata del diagnóstico, el objetivo es reproducir uno que se ha hecho muchas veces antes y si de un tratamiento, repetir en ese enfermo los mejores resultados obtenidos antes con otros enfermos. Un investigador mide sus resultados a través de aparatos calibrados y cifras numéricas; en medicina clínica el "aparato" de medición más importante siempre es el enfermo (aunque se use tecnología) y al final todo tiene que ser incluido en los resultados, pues todo es pertinente con la vida del paciente. Esa es una de las razones que determina el hecho aparentemente "incomprensible", "injusto", para algunos médicos objeto de quejas por maltrato, que no entienden que la satisfacción de los pacientes, sus percepciones acerca de la competencia de los médicos e incluso sus opiniones sobre la eficiencia final de todo el sistema de salud, estén indisolublemente vinculados a la relación individual médico-paciente. El error de un gran número de médicos es que tratan a sus pacientes de

una manera impersonal y fría, como "un caso", viendo en ellos la enfermedad y no al enfermo, olvidando que la medicina clínica es una ciencia humana.

Todo médico asistencial aplica el método clínico cuando atiende a un paciente, porque lo aprendió "en la práctica" viéndolo hacer a sus profesores, pero son muchos los que no saben siquiera que lo que hacen tiene un nombre e ignoran sus fundamentos teóricos, porque el método clínico tiene una teoría que debe ser enseñada por los profesores y numerosos "principios" en los cuales es necesario educar al personal médico y de la salud. El desconocimiento de todo esto conduce a que se viole con frecuencia. Por ejemplo, cuando un médico ve a un enfermo y lo primero que hace es indicarle un "chequeo" de complementarios para luego ver los resultados y solo entonces interrogarlo y examinarlo someramente, está violentando el método, poniéndolo cabeza abajo, tal como si un investigador realizara experimentos sin haber formulado claramente el problema ni elaborado una hipótesis. ¡Imposible! Lo grave de tal conducta es que carece de seriedad y profesionalismo, negando su esencia misma de científico. Y sin embargo sucede a diario en el trabajo médico. Los errores en la aplicación del método clínico conducen con frecuencia a errores de diagnóstico.

Hoy es común hablar de las "buenas prácticas clínicas". La primera debe ser la aplicación con excelencia del método clínico. Así como no hay ciencia sin método científico, no puede haber buena clínica ni verdadero profesionalismo asistencial sin método clínico.

El método clínico está muy relacionado con todas las facetas de nuestro quehacer profesional: con la relación médico-paciente, con las capacidades de comunicación interpersonal del médico, con la individualización del enfermo, con el respeto al acervo clínico, con las habilidades del interrogatorio y la cuidada destreza en la exploración física, con el correcto entrenamiento en los procesos mentales que conducen a la elaboración de hipótesis diagnósticas, con la selección inteligente y racional de la tecnología médica aplicada al diagnóstico, con los errores médicos y finalmente con la filosofía, la ética y el humanismo de nuestra profesión. Veamos brevemente algunas.

La relación médico-paciente es el aspecto más sensible y humano de la medicina y el primer principio para una correcta aplicación del método clínico. Ya Hipócrates había establecido que un médico debía de reunir cuatro cualidades: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad. En el proceso gnóstico que busca obtener la información de otra persona, a la que con frecuencia no se ha visto nunca antes, para analizarla y arribar a una conclusión que luego será transformada en una conducta terapéutica, la pieza clave no es el paciente, sino el médico, y su disposición y capacidad para comprometerse con el enfermo. Dejar hablar al paciente, dedicarle el tiempo necesario –ni mucho ni poco, el que sea necesario– y mostrar un real interés por su problema

son otros tres principios del método clínico que hoy se incumplen con mucha frecuencia y difícilmente esa humanidad de la que hablaba Hipócrates podrá estar presente si el médico no establece con el paciente una relación temporal, psicológica, verbal y manual profunda, solidaria y profesional, que nunca podrá ser exclusivamente una relación a través de aparatos y análisis, porque tiene que realizarse en un contexto humano. Los extraordinarios progresos de la medicina en los últimos 50 años no han cambiado un ápice el hecho trascendente de que el centro, la esencia de las habilidades clínicas de un médico, son las habilidades de la comunicación interpersonal y la relación médico-paciente.

Otro principio sumamente importante del método clínico es la individualización del enfermo. Este es un problema muy viejo y aún muy incumplido, sobre el cual han insistido los clínicos desde hace siglos. Hace más de 200 años, Hufeland expresó que el médico debe generalizar la enfermedad e individualizar al paciente y Simeón Poisson, que no era médico, sino matemático, también lo definió muy claramente hace más de 170 años: "en las aplicaciones médicas, el problema es siempre individual, hechos a los que dar soluciones en un momento único, uno por uno; es siempre la personalidad del enfermo la cuestión, y en fin, es siempre a un hombre único con su idiosincrasia al que el médico debe tratar. Para nosotros, la masa es irrelevante en este punto".

Una enfermedad cualquiera es un nombre, un concepto, una categoría filosófica de la medicina, a la que se llegó después de abstraer y generalizar los rasgos comunes de un gran número de enfermos en los cuales se repetían, una y otra vez, similares síntomas y signos, similares resultados de análisis de laboratorio, alteraciones anatomopatológicas, características pronósticas y evolutivas, de respuestas terapéuticas, etc; pero un enfermo es un caso individual que siempre le planteará al médico un cuadro único e irrepetible de la enfermedad, obedeciendo a un viejo principio de la dialéctica, enunciado por Heráclito de Efeso hace 26 siglos de que nada ocurre dos veces exactamente igual en la naturaleza y que transformado en ley establece que en todo fenómeno singular (el enfermo) siempre estarán presentes algunos rasgos, pero nunca todos, de la categoría general (la enfermedad). Quiere decir que cada paciente le imprime a su afección un sello único e irrepetible que no se volverá a repetir jamás, que el médico debe esforzarse por captar y que constituye uno de los elementos del arte de la medicina.⁽³⁾

Una cosa es la ciencia médica y otra bien diferente la medicina clínica, aunque estén muy relacionadas. La primera estudia la enfermedad fundamentalmente como evento biológico, lo que le sucede a una molécula, una célula, un tejido, un órgano, un aparato, etc, y se ocupa de la etiología, patogenia, anatomía patológica, fisiopatología, etc, de las enfermedades; pero la

medicina clínica estudia la enfermedad como evento humano y de lo que se encarga es del diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de esas mismas enfermedades, pero en el enfermo. Para la ciencia médica el problema en la enfermedad de Gaucher es que los lisosomas carecen de betagalactosidasa ácida, pero para la clínica quien está enfermo no es el lisosoma, el paciente no es el lisosoma, sino el hombre, con toda su complejidad biológica, psicológica, social, cultural y espiritual a cuyos lisosomas les falta esa enzima, que es muy diferente.

Y esto se debe a que la medicina, como ha señalado Barondess ⁽⁵⁾ es una disciplina en la interfase entre la ciencia, las humanidades y las necesidades humanas (por abandono de las humanidades, decía Osler, la medicina pierde una preciosa cualidad) y tiene aspectos que son transcientíficos, es decir, que están más allá de la ciencia y requerimientos que no pueden ser aportados por los avances científicos, sino que tienen que ser incorporados en el "evento clínico" que es una relación-comunicación esencialmente personal entre el médico y su enfermo, sin quebrantar su orientación humana. La clínica es una ciencia de individualidades, no de colectividades, como la epidemiología clínica y otras ciencias también muy importantes y necesarias que forman parte de la Medicina. El médico tiene que actuar ante sus pacientes como un sastre y hacerle a cada uno el traje a la medida, adaptándole desde la relación médico-paciente hasta el seguimiento. ¡Todo! Este no es solo otro principio del método clínico, sino también el arte en la medicina: la habilidad y el talento como se ejecuta la práctica médica individual, que no llegan a dominar, desafortunadamente, todos los médicos. El error de un gran número de médicos, repito, es que tratan a sus pacientes de manera no individualizada, impersonal, fría, viéndolos como una enfermedad y no como enfermos.

Otro principio básico es el gran valor que tiene la clínica, como esfera del conocimiento, en el proceso del diagnóstico.

Cada una de las etapas del método depende de la precedente. Están unidas entre sí como los eslabones de una cadena. El interrogatorio que se haga a un enfermo dependerá de las quejas que este formule y el examen físico estará en dependencia de los síntomas obtenidos. Es obvio que en un paciente que consulta por una epidermofitosis del pie nadie se pondrá a explorar el gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. De igual forma, síntomas y signos guían las hipótesis y estas establecerán los análisis a indicar. Es decir, que cada etapa del método guía a la que viene después y la clínica guía la indicación de exámenes complementarios, que es otro principio del método.

Si esto es así, nunca se insistirá lo suficiente que la información que se obtenga del paciente por el interrogatorio y el examen físico debe ser lo más completa y precisa posible. Los hechos deben ser

recogidos, como decían los educadores latinos, "ad pedem litterae", al pie de la letra; si la información se obtiene "calamo currente", al correr de la pluma, es decir, apresurada, incompleta, superficial (cosa que sucede con mucha frecuencia), puede ser que no suceda nada en los casos sencillos y fáciles, pero no se llegará al diagnóstico en los casos complejos y difíciles, que son muchos y donde está demostrado que la acuidad y el aticismo en la entrevista médica y el razonamiento clínico son fundamentales. Como dijera Claude Bernard "el razonamiento siempre será justo cuando descansa sobre nociones exactas y hechos precisos, pero no podrá conducir más que al error cuando las nociones y los hechos estén contaminados de error o de inexactitud". ⁽²⁾ Al actuar de esta manera superficial y poco responsable, el médico estará dando muestras de una penosa falta de profesionalidad y haciendo un flaco honor a lo que escribió Hipócrates hace 25 siglos en su libro "La medicina antigua": "en tanto que tratan a enfermos poco graves, y hay que saber que los enfermos ligeros son más frecuentes que los enfermos graves, donde los más groseros errores no pueden producir serios accidentes, los yerros no son visibles, pero así que les toque una afección grave, violenta, formidable, entonces se ven más sus faltas, su inhabilidad se manifiesta y el castigo de su impericia de médico no se hará aguardar, viniendo al instante". ⁽⁶⁾

Hoy se olvida que los médicos tienen en el interrogatorio la herramienta más poderosa para el diagnóstico, capaz de hacerlo por sí solo en la mayoría de los casos. Es la habilidad que más tiempo lleva dominar, pero es la más útil. Muy numerosas investigaciones especialmente diseñadas para ello lo han demostrado desde la década del 40 del siglo pasado, con rangos que van del 56% al 90% de todos los diagnósticos. El examen físico y los complementarios aportan una cifra mucho menor. ⁽³⁾

Los médicos que subestiman el interrogatorio y el examen físico se justifican diciendo que la clínica tiene mucha incertidumbre y escasa sensibilidad y especificidad. Es verdad que la clínica tiene mucha incertidumbre. Hace ya más de 100 años Osler lo dijo: "la buena medicina clínica siempre mezclará el arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad"; pero la incertidumbre existe en todos los fenómenos de la naturaleza y en todas las ciencias, incluida la física atómica, que es la ciencia ubicada en la misma base del conocimiento de la materia y cumple con el paradigma de Newton y Galileo de que las matemáticas son el lenguaje de las ciencias (el cual ya hoy no es válido para todas las ciencias), porque uno de los postulados principales de la física cuántica es, precisamente, el Principio de Indeterminación o Incertidumbre de Werner Heisenberg. Se substituye la clínica por la indicación de análisis de todo tipo, olvidando que la incertidumbre existe también en todos ellos, ya que no hay un solo complementario que tenga 100% de sensibilidad y especificidad. Es más, la incertidumbre es inherente a

todas las conclusiones que provee la medicina basada en la evidencia. Muy temprano en el ejercicio de la carrera los médicos aprendemos a movernos y convivir con ella. La comprensión equivocada del papel que juega la incertidumbre en la práctica médica diaria socava la confianza en la habilidad del médico para actuar sabiamente frente a ella y acaba devaluando la medicina y la implicación de que los médicos siempre tienen que buscar evidencias externas cuantitativas socava también seriamente los propios esfuerzos por promover el uso apropiado y racional de la evidencia.

El abandono de la clínica desprofesionaliza a la medicina y la convierte en un oficio, que es un riesgo que está sufriendo hoy nuestra profesión, y el abandono del pensamiento clínico y de las habilidades clínicas del interrogatorio y del examen físico hace que el médico deje de ser un profesional para convertirse en un técnico.

Otro aspecto muy álgido e importante del método clínico es el valor y el lugar de la tecnología en el diagnóstico.

Los análisis complementarios se introdujeron en la práctica médica en la segunda mitad del siglo XIX y el laboratorio es uno de los hitos más relevantes de toda la historia de la medicina. Hasta entonces el método clínico era, por así decirlo, exclusivamente clínico; a partir de entonces los análisis han quedado medularmente incorporados a él; no se puede prescindir de la tecnología en el proceso del diagnóstico.

El gran valor de los análisis de laboratorio está dado, entre otras bondades, porque acortan el camino del diagnóstico, confirman unos diagnósticos y rechazan otros, proveen información valiosa en la evolución y el pronóstico de los enfermos, rastrean enfermedades ocultas, son imprescindibles para la estadificación de un gran número de afecciones, incluso antes de decidir qué terapéutica utilizar, intervienen en la decisión de muchos tratamientos, detectan los efectos indeseables de los medicamentos que usamos, ponen en evidencia situaciones allí donde no llega la sensibilidad de la clínica y en algunas circunstancias (por qué no) tienen el valor de tranquilizar tanto al enfermo como al médico, ya que la medicina es una ciencia humana.

El uso inteligente y racional de la tecnología diagnóstica no crea ningún problema. No hay contradicciones entre la clínica y el laboratorio; la tecnología no está fuera, sino dentro del método clínico, tiene a su cargo toda una etapa muy importante de él, que es la contrastación. La clínica y la tecnología son aproximaciones diferentes al diagnóstico, pero íntimamente relacionadas. Las dos son valiosísimas, solo que la clínica guía al laboratorio, porque en el método científico o experimental la elaboración de hipótesis precede al experimento, el proceso no puede ser racionalmente a la inversa y tampoco lo puede ser en el método clínico, donde la hipótesis precede a la contrastación y determina su tipo y extensión. Aunque parezca una verdad de Perogrullo, los médicos deberían siempre tener presentes estos

principios del método: el laboratorio interviene de manera relevante en el diagnóstico; los análisis tienen indicaciones específicas, no están para realizarlos a rumbo; la incertidumbre existe en todas las investigaciones complementarias y el resultado de cualquier análisis debe ser integrado críticamente al cuadro clínico del enfermo. ⁽³⁾

La aplicación del método clínico sufre, desde hace muchas décadas, un progresivo deterioro en todos los países, incluido el nuestro. La responsabilidad no incumbe solo a los médicos y en una medida no despreciable depende de las autoridades administrativas que han gravado ominosamente el quehacer profesional. La crisis incide sobre tres aspectos fundamentales: el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio de la clínica y el uso irracional de la tecnología diagnóstica. Muchos médicos apenas interrogan y examinan a sus enfermos y apenas piensan, olvidando que el abandono de la clínica conduce a la atrofia de sus habilidades básicas y que la palabra médico proviene de una raíz, "med", que significa med-itar, pensar; el resultado es que indican análisis, análisis y análisis creyendo que estos lo resuelven todo. El derroche de recursos y el gravamen económico es enorme.

Lo dijo Bernard Lown, premio Nobel de medicina, en 1995: "la sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima"; ⁽⁷⁾ lo dijo Hinich, en 1990, "el médico moderno, cual aprendiz de brujo, ha dejado de ser el amo de la tecnología para convertirse en su servidor" ⁽⁸⁾ y también lo dijo Carlos Marx, en una mayor dimensión, hace más de 150 años, al referirse al "fetichismo de la mercancía": "los hombres han convertido a las mercancías en objeto de una adoración casi religiosa; ellos, los creadores han terminado por rendirse ante sus criaturas; los productos de su cabeza han terminado por apoderarse de su cabeza".⁽⁹⁾ Aquel viejo "fetichismo" se ha transformado hoy en uno nuevo: "el fetichismo de la tecnología", conduciendo al surgimiento de falsas concepciones e ilusiones y de la misma forma que en el terreno social ha llevado a los tecnócratas a considerar que basta con el desarrollo de la ciencia y la técnica para dar solución a los acuciantes problemas del hombre y la humanidad, prescindiendo de la voluntad política y la equidad social, así también, en el terreno de la medicina, ha lanzado a miles de médicos al aquelarre iluso de considerar que basta con la tecnología para dar solución a la incertidumbre del diagnóstico, prescindiendo de la clínica y su método. La peligrosa ironía de todo esto es que así como está demostrado que el avance impetuoso de la ciencia, si no es controlado racionalmente por el hombre, puede llegar a destruir el planeta, el progreso no controlado racionalmente de la tecnología médica puede llegar a destruir la esencia humana milenaria de la medicina.

Hay que luchar contra el analfabetismo clínico y oponerse al uso irracional, al abuso, al mal uso de la

tecnología y a la concepción teórica equivocada que se oculta detrás de esa conducta práctica (que toda acción práctica tiene detrás un fundamento en ideas), que es la de considerar que los análisis substituyen a la clínica y hacen innecesario el razonamiento médico. La tecnología moderna lo que hace es sustituir a la vieja, que se quedó atrasada y los ejemplos se pueden multiplicar ad libitum, pero no a la clínica practicada con aticismo y profesionalidad y en cuanto al razonamiento clínico, nunca dejará de existir, "porque los científicos se diferencian entre sí por sus procesos intelectuales y no por ningún procedimiento técnico individual".⁽¹⁰⁾ Hoy en día, con la ayuda de la técnica, los médicos pueden identificar con mayor precisión muchas enfermedades, con solo observar los resultados de los análisis, sin tener que asumir el largo proceso de razonamiento inferencial, inductivo-deductivo, que era necesario antes de la revolución científico-técnica, cuando el diagnóstico dependía, en mucha mayor medida, de los datos del interrogatorio y del examen físico. Con frecuencia, el reto principal en el diagnóstico, como ha dicho el profesor Feinstein,⁽¹¹⁾ no es el acto intelectual de explicar decisiones deductivas, sino el reto administrativo de elegir que análisis indicar, entre muchos disponibles, para llegar al diagnóstico y esto ha conducido a millones a la ingenua ilusión de que la clínica pierde consistencia frente a la tecnología.

Quizá no existe entre los profesores una plena conciencia del grado en que la dependencia irracional de la tecnología ha dificultado y deteriorado la educación de los médicos en la aplicación del método científico en el estudio de la enfermedad y el cuidado de los enfermos; asistimos a una alarmante y significativa disminución del énfasis en el entrenamiento de los estudiantes para hacer con la mayor calidad posible una historia clínica promedio⁽¹⁰⁾ y como se piensa que "las nuevas tecnologías están dejando anticuadas las opiniones de los clínicos sagaces" y que "el juicio clínico está anclado en el pasado, mientras que la tecnología se basa en progresos contemporáneos que son la antítesis de la experiencia",⁽¹²⁾ pues hasta se aboga por delegar el estudio clínico a las computadoras, considerando que la tarea del médico no es esa "medicina estéril y falaz centrada en el paciente, basada en el culto al trato,

ritual o liturgia de perpetuación injustificada de funciones sociales",⁽¹³⁾ sino ordenar procedimientos técnicos e interpretar sus resultados.

Es sorprendente escuchar estos argumentos en hombres de ciencia, pues ponen en evidencia una notable pobreza de concepciones filosóficas básicas de la ciencia. No existe un solo sistema computadorizado "que ni remotamente sea capaz de realizar un acercamiento a la capacidad racionalizadora de un médico experto".⁽¹⁴⁾ No es justo escuchar esa terminología seudocientífica que deforma la realidad y embelesa y confunde a los ingenuos. Hace ya mucho tiempo, Federico Engels escribió que no pocos científicos creían liberarse de los determinantes filosóficos de la vida simplemente ignorándolos. "Pero como no pueden lograr nada sin pensar y para pensar hace falta recurrir a las determinaciones del pensamiento, toman estas categorías, sin darse cuenta de ello, de la conciencia usual de las llamadas gentes cultas, dominada por residuos de filosofías desde largo tiempo olvidadas, del poquito de filosofía obligatoriamente aprendido en la universidad (un revoltijo de ideas de gentes de las más diversas escuelas), o de la lectura, ayuna de toda crítica y de todo plan sistemático, de obras filosóficas de todas clases y a la larga son víctimas frecuentes de los peores restos vulgarizados de la peor de las filosofías".⁽¹⁵⁾

Hay que afirmar los valores del método clínico en los estudiantes, residentes y especialistas, en primer lugar educando a los educadores, porque no son pocos los profesores que profesan poco. Hay que divulgar lo que es el método, sus principios teóricos y prácticos, y sembrarlo en el alma y la conducta diaria de los profesionales de la salud. Es la herramienta dorada, el arte y el humanismo de la medicina clínica, es un deber hacia nuestra población y nuestros enfermos. Hay que oponerse, con el ejemplo personal, allí donde trabaje un médico cubano, dentro o fuera del país, al intento creciente a convertir la relación médico-paciente y el ejercicio individual de la medicina, en una impersonal y deshumanizada relación médico-aparato o paciente-aparato, altamente tecnificada y deslumbrante, pero despojada en gran medida de sus atributos humanos, que es lo que está pasando en la actualidad.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Bunge M. La investigación científica. Su estrategia y su filosofía. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1972: 24-37.
2. Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. Barcelona: Fontanella, 1976: 32-46; 219-21.
3. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica, 2001: 19-29; 49-50; 78-82; 150.
4. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos, 1999: 27-30.
5. Baroness JA. Science in medicine: some negative feedbacks. Arch Intern Med 1974; 134: 152-7.
6. Codazzi Aguirre JA. El legado de Hipócrates. Buenos Aires: El Ateneo, 1938: 149.
7. Weatherall J. Crisis de comunicación. Bernard Lown: The lost of healing. Br Med J (Ed. Latinoamericana) 1997; 5:287.
8. Hinich H. Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos. Gac Med Mex 1990; 126: 72-6.

9. Marx C. El capital. Tomo I. La Habana: Ciencias Sociales 1973: 38-50.
10. Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? JAMA 1976; 236: 861-3.
11. Feinstein AR. What kind of basic science for clinical medicine? N Engl J Med 1970; 283: 847-52.
12. Gorbach SL. Clinical experience. Inf Dis Clin Pract 1994; 1: 251-2.
13. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en la evidencia. Aspectos controvertidos. FMC 1998; 5: 185-92.
14. Rodríguez Leyva D. Desarrollo de la infraestructura para la informatización de la cardiología en Cuba. Tesis de Doctorado. Holguín. 2002: 7.
15. Engels F. Dialéctica de la naturaleza. Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1982: 177.