

La tecnología como amenaza creciente a la relación médico-paciente y al método clínico

Technology as a growing threat to the doctor-patient relationship and the clinical method

Rafael Orlando Pinilla González^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0003-166X>

Magda Elena Pinilla Pérez² <https://orcid.org/0000-0002-3546-1611>

¹Hospital Clínico Quirúrgico Provincial “Joaquín Albarrán”. La Habana, Cuba.

²Escuela de Estomatología “Raúl González Sánchez”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: pinilla@infomed.sld.cu

RESUMEN

El avance de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX se ha debido a progresos de la terapéutica, las ciencias básicas y la tecnología aplicada al diagnóstico. El objetivo del estudio es ofrecer una valoración del papel que juega el método clínico en la práctica médica. El método científico y clínico, son una unidad inseparable y funcionan en plena armonía. El método clínico es una guía de trabajo aplicable al trabajo médico, con el objetivo de llegar a un diagnóstico contextualizado de la enfermedad que afecta a un individuo. La tecnología no sustituye al método clínico y el deterioro de la relación médico-paciente, la subvaloración del interrogatorio, del examen físico y la sobrevaloración de la tecnología son los aspectos que más afectan su uso y correcta aplicación en la práctica médica.

Palabras clave: método clínico; proceso diagnóstico; tecnologías.

ABSTRACT

The advancement of medical sciences in the second half of the 20th century has been due to advances in therapeutics, basic sciences, and technology applied to diagnosis. The objective of the study is to offer an assessment of the role that the clinical method plays

in medical practice. The scientific and clinical method are an inseparable unit and work in full harmony. The clinical method is a work guide applicable to medical work, with the aim of reaching a contextualized diagnosis of the disease that affects an individual. Technology does not replace the clinical method and the deterioration of the doctor-patient relationship, the undervaluation of interrogation, physical examination and the overvaluation of technology are the aspects that most affect its use and correct application in medical practice.

Keywords: clinical method; diagnostic process; technologies.

Recibido: 15/01/2019

Aceptado: 16/02/2019

Introducción

A finales del siglo XVIII se enfatiza en el hombre enfermo.⁽¹⁾ Virtuosos semiólogos del siglo XIX toman de cada enfermedad sus disímiles manifestaciones mediante el perfeccionamiento de las técnicas de interrogatorio y exploración física.⁽²⁾ El estudio de los enfermos permitió hacer generalizaciones de carácter teórico que nutren el cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología, la clínica, la terapéutica y otras disciplinas afines.⁽²⁾

El avance de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, que ha sido los progresos de la terapéutica, de las ciencias básicas y de la tecnología aplicada al diagnóstico, parecen haber arrojado a un lado los atributos seculares del médico y los principios que guiaron al médico en el ejercicio de su profesión.^(2,3) El origen del método clínico está indisolublemente ligado al de la relación médico-paciente, y constituye su esencia más profunda. Es a partir de esta relación y pautado este método, donde queda definido el papel del médico como sujeto del conocimiento y el papel del enfermo o paciente como objeto de ese conocimiento.⁽⁴⁾ La unidad dialéctica de sujeto-objeto resulta imprescindible para el desarrollo de cualquier tipo de conocimiento humano.⁽⁴⁾

La crisis del método clínico se profundiza y genera consecuencias preocupantes en el ejercicio de la medicina, con repercusiones cada vez mayores en los países

subdesarrollados. El tratamiento de tal crisis comprende aspectos sensibles de la práctica médica que se introducen desde el inicio de la formación de los futuros médicos: el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio por el valor del interrogatorio y del examen físico, la sobrevaloración de la función de la tecnología y el desinterés creciente por la medicina interna y la atención primaria de salud.⁽⁵⁾

Comenzamos preguntándonos si el título era una pregunta o una afirmación, porque en estos tiempos con frecuencia se oye como interrogante o como pronunciamiento ominoso. El objetivo de este estudio fue ofrecer una valoración del papel que juega el método clínico en la práctica médica.

Desarrollo

Cada persona produce una serie de pensamientos a partir de sus contactos con las personas, las cosas y los fenómenos, este tipo de pensamiento cotidiano es sencillo, natural, espontáneo, es el llamado sentido común. El pensamiento científico permite calar más profundamente en la realidad material, es sistemático, metódico y se ajusta a ciertos principios, posee métodos que permiten penetrar en la esencia de los fenómenos; que permiten detectar como falsas premisas lo que el sentido común daría como ciertas, precisar cuándo los fenómenos coinciden y cuándo existe relación de causa-efecto; gracias a él se producen conocimientos valaderos y objetivos, cuyo resultado es un conocimiento sistemático y además fundamentado que se llama ciencia. De aquí la aseveración "Si la apariencia y la evidencia coincidieran, no habría que hacer ciencia".^(2,6) El método científico como medio de conocer la verdad se fue elaborando en las ciencias durante siglos. Las ciencias que tienen que ver directamente con el estudio del hombre, se ven en la necesidad de usar el método científico. La aplicación de este en la profesión médica en la vida cotidiana, debe sufrir adecuaciones. Con razón dijera Aristóteles que el método de estudio de la realidad debía ser congruente con el objeto estudiado.⁽⁷⁾

Las etapas fundamentales del método científico son las siguientes:^(7,8)

1. La existencia de un problema, de una situación que no ha podido tener solución por el pensamiento ordinario o sentido común, y que se presenta en la vida diaria del hombre como una necesidad.

2. Búsqueda, recolección y análisis de toda la información existente hasta ese momento acerca del problema o cualquier conocimiento o experiencia acumulada previamente por la ciencia relacionada directa o indirectamente con el problema.
3. La formulación de hipótesis o conjeturas, que, de modo aparentemente lógico y racional, dan solución al problema, o explica la esencia de lo que no se conoce.
4. Las hipótesis o conjeturas son sometidas a contrastación, a prueba, para conocer si son o no ciertas. De acuerdo a la hipótesis, se planean y diseñan diversos procedimientos, experimentos, técnicas u observaciones que deben realizarse con una metodología y ser interpretadas de manera que quede excluida o minimizada la introducción de errores en las diversas conclusiones parciales. La negación de la hipótesis es también un avance del conocimiento científico; si la hipótesis se comprueba, debe darle solución parcial o total al problema y definir en qué terreno vale la hipótesis comprobada.
5. La comunicación a la comunidad científica internacional del resultado de la investigación, cualquiera que sea el resultado alcanzado, es un deber de cada investigador que permitirá reproducirla en su totalidad si las condiciones son similares. El método científico debe ser aplicado en todos los casos sin violaciones de la ética vigente.

La aplicación del método científico a la clínica define el método clínico. La clínica se refiere al estudio de los enfermos. La enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos enfermos, en los cuales se descubrieron regularidades, similitudes semiológicas, clínicas, evolutivas y de pronóstico que permitieron conocer e identificar un proceso morboso común para cada paciente. Este concepto de enfermedad o entidad nosológica se consolidó con el progreso de la anatomía patológica, que permitió aislar e identificar con mayor certeza tales afecciones.⁽⁶⁾

El estudio de los enfermos permitió hacer generalizaciones de carácter teórico que hoy forman parte del cuerpo de conocimientos de la semiología, la patología y la clínica. Al mismo tiempo que se identificaban estas regularidades que permitían asegurar que varios enfermos tenían la misma enfermedad, los clínicos observaban que, en cada uno de los enfermos, la afección, siendo la misma, tenía una expresión clínica diferente, peculiar; se describió entonces lo que se denominó formas clínicas de la enfermedad. De estas

observaciones, de esta contradicción dialéctica de lo que es similar, pero a la vez distinto, surgió el aforismo de que no existen enfermedades sino enfermos.^(2,6)

Cada persona es igual a las demás, pero es a la vez diferente, puesto que su constitución genética es diferente (excepto los gemelos univitelinos) y su medio ambiente tiene siempre peculiaridades individuales, cada persona es única, y no ha existido ni existirá otra igual. Por esta razón, la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aun cuando tienen la misma afección. Se trata en cada caso de un experimento nuevo de la naturaleza, de la evaluación integral del paciente y de decisiones que tienen que ver con algo tanpreciado como la salud y aún con la propia vida⁽⁶⁾. El método clínico y el epidemiológico son muy similares, solo cambia el objeto de estudio. En el primero se estudian las particularidades del hombre enfermo, mientras que para el epidemiológico el objeto serán los problemas de salud y enfermedades de las colectividades humanas.⁽⁷⁾ Coincidimos con *Ilizástigui Dupuy* y *Rodríguez Rivera* al afirmar que el método clínico es el método científico aplicado al trabajo con pacientes, donde el objeto de estudio es una unidad biopsicosocial, que le da una particularidad y complejidad diferente.⁽⁶⁾

Es esencial una relación cordial para aplicar eficazmente el método clínico, el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos.⁽⁹⁾

La comunicación entre ambos puede establecerse de forma verbal, en general, el primer acto suele ser la mirada, que no sea desagradable, acusadora o prejuiciosa, aunque sí se acepta que sea perceptiva, inquisidora, objetiva, y hasta si es posible, acogedora, que garantice la búsqueda correcta de los signos de la enfermedad. En ocasiones, también son necesarios los silencios, que en muchos casos no constituyen un momento vacío en la comunicación; sino por el contrario, espacios llenos de sentido expresivo.⁽⁹⁾ Se reconoce que un gran número de los problemas que enfrentan los médicos en la actualidad en su quehacer profesional se deben fundamentalmente a causas como el ejercicio hegemónico de la práctica médica, la tecnificación excesiva de la profesión médica y la despersonalización a la que se somete al enfermo por algunos profesionales,⁽⁵⁾ problemática vieja pues hace más de 60 años el insigne profesor español *Carlos Jiménez Díaz* expresaba: “¿Cuál es la causa de la creciente imperfección con que se maneja la exploración clínica por los médicos hoy? 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”. Es más fácil mandar hacer

análisis, hacer un electrocardiograma, poner en marcha el aparato de rayos X, etc., que saber tocar el bazo y saber preguntar que sintetiza perfectamente lo que significa la personalización del acto médico.⁽¹⁰⁾ La exploración clínica se incorpora pronto al espíritu del médico o no se incorpora nunca; el vicio de actitud es prácticamente incorregible, el médico debe bajarse del pedestal que la tradición le otorgaba para "acercase" cada vez más al enfermo.⁽⁹⁾ 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. Algunos sustituyen la clínica por la indicación de análisis de todo tipo, olvidando que la incertidumbre existe también en todos ellos.⁽²⁾

La relación médico-paciente ha variado a lo largo de la historia, en la Grecia antigua la medicina obedecía a una mentalidad mágica religiosa, hoy predomina una mentalidad técnico-científica, y la medicina depende de la tecnología.⁽¹⁾

Uno de los primeros médicos eminentemente clínicos de los que se reconoce han existido, fue *Hipócrates*. Nacido hace 25 siglos, fundó una escuela médica que contribuyó a emancipar a la medicina de la religión y también la liberó de las exageradas especulaciones filosóficas. Destacó en su tiempo el valor supremo de la observación del enfermo y la acumulación de experiencias por parte del médico para poder realizar un diagnóstico correcto de las enfermedades, y fue también el primero en confeccionar historias clínicas.⁽⁹⁾

El conocimiento científico propio de las ciencias médicas utiliza una forma de razonar para lo cual aplica un método, el método clínico, o método científico aplicado a la práctica clínica, es el orden recorrido para estudiar y comprender el proceso de salud y de enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica. Al aplicar el método clínico se elabora y construye el conocimiento médico. Ni la mejor tecnología puede sustituirlo en esta función, de lo cual debe estar consciente todo profesional de la salud que desee brindar una atención esmerada a los pacientes.⁽⁷⁾

El acto médico es la esencia de la relación médico-paciente, es el encuentro, en un contexto determinado, entre 2 personas: una: el enfermo (aunque cada vez con mayor frecuencia también el sano) que viene a solicitar ayuda o consejo y otra: el médico, que está dispuesto a brindarle su asistencia, lo que constituye un modelo singular de comunicación humana y sirve de marco a la interacción intelectual y afectiva conocida comúnmente como relación médico-paciente.⁽¹⁰⁾ Existen 3 vertientes que son

imprescindibles en el médico: la ética, el arte y la ciencia. La ética, dependiente de una vocación de servicio humanista y solidaria; el arte expresado por la maestría clínica en sentido amplio del facultativo y la ciencia, cuya máxima expresión es la práctica de un método clínico de excelencia, donde se expresan los conocimientos, las habilidades y los valores del que lo lleva a cabo, a la hora de establecer un diagnóstico integral, un pronóstico y tomar decisiones adecuadas a cada persona individual.⁽¹⁰⁾

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. La ejecución es típica debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.⁽⁹⁾

Diagnosticar es reconocer y es una actividad cognoscitiva del médico que debe ser abarcadora e integral y comienza tan pronto como se encuentra con el paciente. El paciente debe ser visto en lo biológico, psicológico y social. Por lo tanto, cada exploración médica tiene figura y contenidos propios que le otorgan una singularidad.⁽¹¹⁾

El medio diagnóstico considerado como equipo o aparato tecnológico, no hace diagnóstico por sí solo, este es un proceso cognitivo que requiere la unidad dialéctica sujeto-objeto. Es realizado por el sujeto que interactúa con el equipo sobre el paciente.⁽⁴⁾

El origen y desarrollo de estos medios no puede verse al margen del método clínico, como algo que se agrega externamente para desplazarlo en su papel cognoscitivo fundamental. Por el contrario, están íntimamente vinculados, como una unidad dialéctica de contrarios que interactúan enriqueciéndose el nivel primario perceptivo del proceso cognitivo del médico y facilita el ulterior desarrollo de todo el proceso diagnóstico, dotándolo así de un contenido más objetivo.⁽⁴⁾

El médico atiende a pacientes que presentan diferentes enfermedades que condicionan reacciones psíquicas y biológicas particulares, complejas, que exigen dominio y perfeccionamiento continuo de habilidades clínicas, enseñadas primeramente en la

carrera de medicina, pero que en realidad se aprenden y desarrollan plenamente solo durante la práctica asistencial. La interrelación dialéctica médico-paciente es fuente del desarrollo del método clínico.⁽¹²⁾

Cuando comenzó la Revolución Industrial en Inglaterra en los siglos XVIII y XIX con la aparición de las primeras máquinas para fabricar textiles, el hombre las vio como una competencia que lo dejaría sin empleo. Luego, se desarrollaron otras máquinas para el transporte, las comunicaciones, el entretenimiento; así, lo que fuera una separación o antagonismo entre la naturaleza humana y la mecánica se transformó en continuidad.⁽¹⁾

Hoy el hombre convive con las máquinas, que están omnipresentes en su devenir diario, y que realmente son amplificadoras de las capacidades físicas e intelectuales del ser humano, y lejos de desalojarlo del empleo, lo amplifican, fábricas, distribuidores, vendedores y operadores son algunos ejemplos entre muchos otros.⁽¹⁾

La tecnología ha tenido y tendrá una función fundamental en el mundo de la medicina. Su evolución ha abierto un amplio abanico de posibilidades, ya no solo a la hora de tratar y dar una mejor respuesta a los pacientes, sino también para mejorar la gestión hospitalaria y de esta forma tener un mayor control sobre los enfermos y sus historias clínicas.⁽⁹⁾

La tecnología biomédica ha avanzado vertiginosamente, tal vez, el primer instrumento para la exploración clínica que tuvo el médico fue el estetoscopio primitivo de *René Laennec* (1781-1815). Hoy disponemos de una amplia gama de instrumentos que hacen más certero el diagnóstico y el tratamiento. A la cirugía ha llegado la robótica, que permite la tele cirugía. La computadora, es un amplificador de la capacidad intelectual del hombre, y la informática ya no puede ser vista solo en términos de la tecnología de la información, sino más bien como la metafísica de la informática, y nos ha llevado al desarrollo de la inteligencia artificial.⁽¹⁾ En el proceso de la evolución aparece ahora la *machina sapiens*, el robot humanoide, que muchos científicos predicen habrá de reemplazar al *homo sapiens* sobre la faz de la tierra antes de 50 años, por lo que existe un nuevo complejo biosociomecánico, dado por la sinergia e integración entre el hombre, la sociedad y la máquina. Hace falta que los médicos del presente y del mañana se adapten dinámicamente a los cambios, definiendo lo que debe perdurar para que los demás puedan cambiar, sin perder los principios básicos de la clínica.⁽¹⁾

Afortunadamente, el modelo educativo actual promueve la tendencia creciente a abandonar los modelos clásicos, centrados en el profesor y en la clase magistral, para

hacer un progresivo énfasis en la necesidad de que el estudiante no solo adquiera conocimientos, sino que se entrene en habilidades y adquiera actitudes idóneas para su ejercicio profesional. El desarrollo actual de la ciencia se caracteriza, en primer lugar, por su estrecha vinculación con la práctica social, que llega a considerarse como una fuerza productiva, y en segundo lugar, por su desarrollo a ritmos acelerados, con la acumulación de una enorme cantidad de datos científicos, la rapidez en el cambio de estos y su obsolescencia.^(12,13)

La clínica tiene un componente práctico superior al teórico en el sentido de que es imposible lograr una sistematización rígida al ver a cada paciente individualmente. De ahí que la teoría que se imparte sea relativamente menos eficiente que la educación en el trabajo. La práctica clínica tiene una alta carga afectiva que influye en la vinculación de lo teórico y lo práctico en cada encuentro entre médico y paciente. Desconocer o subvalorar el método clínico, subordinándolo a los dictados de los resultados obtenidos por los medios diagnósticos, creer que estos últimos en el futuro podrán sustituir al médico como sujeto del conocimiento e implementador de los procedimientos clínicos, se convierte en un estado de opinión que gana terreno en muchos escenarios, en detrimento del ejercicio científico de la asistencia médica y en esos mismos escenarios es necesario luchar contra semejante error. Al priorizar las investigaciones médicas por sobre el interrogatorio y el examen físico se sustituye la relación médico-paciente por la relación médico-máquina-paciente, perdiéndose uno de los eslabones más valiosos del método clínico.⁽¹¹⁾

Observamos que ha disminuido la calidad en la recogida de los datos clínicos, aumentando el síndrome de hipocompetencia clínica que no es más que la pérdida de habilidades clínicas para recoger los datos primarios (síntomas y signos, deterioro de la entrevista, las observaciones, el juicio clínico y la acción psicoterapéutica); que los errores de diagnóstico dependen en su gran mayoría de exámenes incompletos, precipitados o insuficientemente repetidos, por otro lado tenemos un incremento de las pruebas tecnológicas (complementarios), con el consiguiente incremento de los falsos negativos y positivos (síndrome de la neblina informativa, no “ver” lo que hay, “ver” lo que no hay). Todo esto genera atenciones médicas inadecuadas, insatisfacciones de nuestros pacientes y familiares, y elevación de los costos de salud.^(2,7) Si nos preguntamos ¿Asistimos a una crisis del método clínico? La respuesta es positiva como han asegurado otros.

¿Se deteriora la relación médico-paciente como consecuencia de tantos aspectos y cada día hay más médicos galénicos que hipocráticos? *Rodríguez Rivera* con aportes de *Moreno*, han caracterizado a los médicos clínicos de nuestros días en dos grupos fundamentales: "hipocráticos" y "galénicos", en alusión a las diferencias en sus enfoques de la práctica clínica que identificaron a esos dos grandes de la antigüedad, en la práctica se pudieran identificar muchos tipos intermedios.^(10,14)

"El médico hipocrático se caracteriza por emplear el tiempo necesario con el enfermo, escucharle con atención, obtener de manera precisa su historia clínica, examinarlo cuidadosamente e interesarse por él no solo como paciente, sino como persona. Una vez que ha obtenido toda la información posible utiliza sus conocimientos y experiencias para usar la tecnología médica de manera racional. Aunque llega a una conclusión, se caracteriza por tener flexibilidad para efectuar un cambio de enfoque clínico si las evidencias así lo indican⁽¹⁴⁾. Ya *Hipócrates* había establecido que un médico debía de reunir cuatro cualidades: conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad.⁽²⁾ y de esa manera trata de incorporar las enseñanzas que recibe en la práctica con sus enfermos y cree en el valor de la experiencia que cada caso le aporta en su búsqueda de un alto profesionalismo; evita la polifarmacia; reconoce sus errores; mantiene un sano escepticismo y al comprender que el ejercicio de la clínica conlleva una determinada y permanente incertidumbre, ello lo convierte en un hombre modesto".^(10,14)

"El médico galénico muestra más afición por los libros, las revistas e internet que por los enfermos, le interesan más las explicaciones fisiopatológicas, las teorías en boga y los nuevos medicamentos, rinde un mayor culto a la tecnología moderna; su contacto con el enfermo es peligrosamente breve, se interesa sobre todo por los datos biológicos; si el paciente es poco preciso, recoge datos diferentes a la realidad y al elaborar sus hipótesis diagnósticas introduce al enfermo en su archivo mental de acuerdo con el resultado de una abundante batería de análisis complementarios,⁽¹⁴⁾ tiende a asimilar mucho menos la experiencia clínica que le aportan los pacientes, esquematiza en vez de individualizar; es impersonal en su trato, manejo y seguimiento de los enfermos, gusta de las normas y protocolos para casi todo, se inclina más a la polifarmacia, sus registros en las historias clínicas son pobres, no reconoce los errores porque se cree infalible y no duda porque tiene una respuesta para todo. Es autosuficiente⁽¹⁰⁾ 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⁽²⁾ y se olvida también que los enfermos evalúan las

habilidades interpersonales por encima de su propia competencia científica, que desean explicaciones claras, que el médico demuestre paciencia, cortesía, privacidad, confidencialidad y lo ayude no solo desde el punto de vista médico, sino también psicológico y social.⁽¹⁵⁾ Sucede en ocasiones que antes de interrogar y examinar al paciente, o después de un breve y superficial interrogatorio le indican a este la llamada "batería" de exámenes, en los cuales se "tira" hacia todas partes para ver luego cual "dio en el blanco".⁽¹¹⁾

El prestigioso clínico español, *Agustín Pedro Pons* afirmaba, hace algo más de 40 años: Hay que conseguir médicos cultos, antes que eruditos. La cultura es un conocimiento profundo y consciente formado de vivencias. La erudición constituye un saber de información, de raíz superficial, falta del control de la experiencia y del hecho aprendido que se ofrece diariamente durante toda una existencia. Son los eruditos, aquellos que, por falta de experiencia personal, se amparan en la de los demás, recogida en la literatura y están siempre prestos a rectificar a los que desconocen el texto de las últimas revistas y el avance, muchas veces prematuro y abocado a una pronta caducidad, de una nueva técnica.⁽¹⁰⁾

Lamentablemente, cada vez se constata que aumenta el número de médicos "galénicos" y "eruditos", que se alejan de los enfermos y confían de manera creciente en los nuevos exámenes complementarios para sus diagnósticos. El profesor Ricardo González citado por *Espinosa Brito*⁽¹⁰⁾ nos alerta de una tendencia a formar profesionales cada vez más actualizados, técnicos, entrenados, equipados, automatizados, capaces de "hacer", pero menos sensibles, involucrados, disponibles, integrales, humanizados, capaces de "estar", "sentir" y "apoyar".

Osler decía que el médico tiene 2 oídos y 1 boca para escuchar el doble de lo que habla. Sin embargo, el estilo médico actual en la entrevista es de un alto control. El médico habla más que el paciente y realiza un interrogatorio muy dirigido sobre la base de preguntas directas, mientras que el paciente con frecuencia se limita a decir sí o no. De ahí que las entrevistas no obtengan datos primarios de valor, la información para el diagnóstico sea incompleta, se dejen de abordar problemas activos y, al final, se cometan errores en el diagnóstico.⁽¹⁵⁾

Patricia Numan, de la Universidad de Nueva York, ha señalado que la mayoría de los pleitos judiciales contra los médicos son por la pobre comunicación con los enfermos.

Digamos de paso que exactamente lo mismo es lo que sucede con las quejas, insatisfacciones y demandas en nuestro país.⁽¹⁶⁾

Hay otro factor muy importante que ha señalado el profesor mexicano *Hinich*, el clima económico y social de la medicina actual en el mundo admira y paga con creces al médico que hace procedimientos técnicos y desprecia y paga mal al que interroga y escucha.⁽¹⁵⁾ En esencia muchos médicos hoy día apenas interrogan y examinan a sus pacientes, y muchos incluso apenas piensan, olvidando que la palabra médico proviene de una raíz latina que significa "meditar", "pensar", ya *Hinich*, en 1990 afirmaba que "el médico moderno, cual aprendiz de brujo, ha dejado de ser el amo de la tecnología para convertirse en su servidor".⁽²⁾

El método clínico le concierne al internista tanto como al cirujano, al pediatra, al obstetra y otras especialidades derivadas de ellas. La investigación clínica es consustancial a la aplicación del método clínico, así como a su enseñanza, como ha afirmado *Atchley* "En la enseñanza de la clínica cotidiana, el concepto de que el diagnóstico es investigación y la terapéutica es experimento, debe estar implícito de modo constante en la atención del enfermo".⁽¹⁷⁾

¿Qué valor tiene este método? Está bien establecido que los médicos obtienen de la historia clínica la mayor parte de la información para el diagnóstico. Los trabajos de *Bauer, Hampton, Sandler, Young, Rich* y otros investigadores en los Estados Unidos e Inglaterra muestran que el interrogatorio hace por sí solo el diagnóstico en el 56 al 62 % de los enfermos; el examen físico añade del 9 al 17 % y la tecnología aporta del 20 al 23 % restante.⁽¹⁵⁾ La importancia del interrogatorio y del examen físico son determinantes. Hoy estamos asistiendo al derroche en el uso de medios diagnósticos sin una base científica para su indicación, que surge unas veces por "lo nuevo", la mayoría de las veces por desconocimiento y poca habilidad para orientar una conducta, también por orientaciones administrativas relacionadas con la preocupación por determinados índices o tasas que crean confusión, elevan los costos y hacen que los pacientes se conviertan en un objeto y no en lo que debe ser, un sujeto que merece una explicación detallada de cada proceder, capaz de tener su autonomía, una unidad biopsicosocial.

Una historia clínica correcta nunca podrá ser hecha por un ordenador; un examen físico no puede ser sustituido por ninguna máquina; la inteligencia humana nunca será igualada por la inteligencia artificial; ningún sistema computadorizado es capaz ni remotamente de realizar un acercamiento a la capacidad racionalizadora e integradora de un médico

preparado, y finalmente, un enfermo imaginario en el display de una computadora se parece a uno real como un cadáver a un vivo.

Los análisis, de cualquier tipo que sean, no solo confirman unos diagnósticos y rechazan otros, también rastrean enfermedades ocultas, revelan posibilidades diagnósticas allí donde la clínica no llega, asisten al médico en el tratamiento de enfermedades ya definidas, proveen ayuda pronóstico y tienen el valor de tranquilizar tanto al enfermo como al médico. Son una ayuda inapreciable; los usamos a diario y nos beneficiamos a diario de ellos si son empleados racionalmente. El error está en considerar que la tecnología sustituye y hace obsoleta la clínica. La tecnología extiende, pero nunca reemplazará las habilidades clínicas.⁽¹⁵⁾ Según el *Dr. Moreno* “la confianza en la capacidad de la tecnología ha sido absurdamente hipertrofiada por algunos que preconizan entregar el razonamiento médico a equipos automáticos y delegar el estudio clínico a computadoras, consideran que la función del médico es ordenar procedimientos técnicos e interpretar sus hallazgos”.⁽¹⁵⁾

El problema del sobreuso de la tecnología es complejo. Por un lado, muchos generalistas en el mundo han desarrollado una dependencia de los análisis de laboratorio, radiografías y electrocardiogramas para incrementar sus ingresos, derivando del 25 al 30 % de sus ganancias de estos proceder en otras latitudes, aquí por complacencia o cuidar sus espaldas. Por otro lado, muchos médicos están colonizados por la técnica (que es lo que sucede entre nosotros), han atrofiado sus habilidades de observación y razonamiento, desconfían de la clínica, creen que solo hay ciencia en el laboratorio y lo que hacen es clasificar a los pacientes, que solo exige un razonamiento muy elemental.⁽¹⁵⁾

El abuso o mal uso de la tecnología médica ha sido y es un factor que ha contribuido a la insuficiente e ineficiente aplicación del método clínico, por profesionales de la salud que han tenido una actuación médica muy superficial y rinden culto al médico de corte galénico.⁽³⁾ Concluamos con *Feinstein*: La complejidad del ser humano solo puede ser apreciada íntegramente por el único aparato astuto, versátil, perceptivo y suficientemente adaptable para examinar al hombre como hombre: un observador humano.⁽¹⁵⁾

Nuevas tecnologías médicas de incuestionable eficacia diagnóstica o terapéutica, se incorporan progresivamente a los servicios asistenciales. En su momento, fueron novedades la anestesia o la penicilina. El diagnóstico por imagen comenzó con el descubrimiento de los rayos X, y fue revolucionado cuando se introdujo el tomógrafo en la década de los años 70. Desde entonces, han aparecido la angiografía por sustracción

digital, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones. El diagnóstico de laboratorio, en bioquímica, microbiología, hematología, inmunología y genética ha avanzado considerablemente con los autoanalizadores, que procesan más muestras, con mayor precisión y en menor tiempo. En la vertiente terapéutica, la litotricia extracorpórea, aplicaciones del láser, técnicas endovasculares innovadoras y modernos sistemas para el tratamiento con radioterapia, la cirugía mínimo invasiva y robótica entre otras, configuran el advenimiento de una familia de potentes tecnologías médicas con gran potencial para mejorar o reemplazar algunos procedimientos invasivos.⁽¹⁵⁾

El concepto de tecnología médica se ha forjado a partir de las definiciones suministradas por la Office of Technology Assessment (OTA) de los Estados Unidos de Norteamérica a principios de los años setenta. Según la OTA, los medicamentos, los aparatos, los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria conforman lo que es conocido como tecnología médica; esta no es solo máquinas y medicamentos, sino también la propia práctica clínica y el modo en que esta se organiza.⁽¹⁵⁾

A todas luces, procede promover una utilización racional y crítica de la tecnología en congruencia y no como sustituto de la clínica, como medio y no como un fin, perfeccionar las habilidades clínicas de comunicación, exploración y comprensión multidimensional del paciente, garantizar tanto la calidad científico-técnica como la calidad humana de la atención (recordando que la una refuerza a la otra), neutralizar el desenfreno tecnológico con un refinamiento clínico y una reafirmación de los valores éticos y humanos de la profesión; *Ilizástigui* alertaba sobre el “fetichismo tecnocrático” al referirse al médico que queda eclipsado por la tecnología y no tiene en cuenta sus limitaciones.⁽⁶⁾

La medicina clínica no se aprende en las aulas, laboratorios, bibliotecas y computadoras, que desempeñan una importante función complementaria o de apoyo al núcleo de su aprendizaje, ha sido, es y será en la implicación o participación de los educandos en el proceso de atención de salud a las personas en su contexto natural y social que es lo que deben buscar los nuevos modelos pedagógicos. La medicina en su doble condición, como ciencia y arte, se aprende en la implicación de los educandos en los procesos de atención médica, en los escenarios reales donde transcurre. El profesor puede transmitir información, no así conocimientos los cuales, a partir de la información que obtiene, han ser contruidos por el sujeto, mediante su acción sobre el objeto de conocimiento. El profesor asume la función paradigmática de servir de modelo profesional a los estudiantes

y también de orientación y dirección de su aprendizaje. La educación en el trabajo definida por *Ilizástigui* como "el principio rector de la Educación Médica Cubana" constituye la llave maestra de nuestra didáctica para concretar la enseñanza-aprendizaje de las ciencias médicas centrada en la interacción de profesores y alumnos con el paciente.⁽¹³⁾

Debemos enseñar a nuestros educandos a aplicar todos los adelantos de la ciencia y la técnica en aras de preservar y restaurar la salud del ser humano, considerado este como persona no objetiva, con necesidades emocionales y afectivas; a utilizar la tecnología racionalmente sobre el principio de que es sierva de la clínica y no a la inversa; a utilizar el método científico traspasado a una concepción humanística y ética,⁽¹³⁾ prepararlos para asumir correctamente esa responsabilidad, para que puedan enfrentar diferentes matices entre los extremos penales y morales, para que los resultados de su conducta siempre resulten en un evento perfeccionador del ejercicio.

Cada vez, son menos los médicos que se interesan por la medicina interna, y de atención primaria, pienso que tampoco por la Cirugía, Pediatría y Obstetricia y Ginecología. En los Estados Unidos, las plazas de las dos primeras residencias mencionadas se ocupan solo en un 50 al 60 %; casi el 30 % de los que inician la residencia la abandonan en el segundo año y hasta el 60 % de los que finalmente la concluyen se derivan a la larga a otra especialidad. Hoy tenemos por delante un reto que atañe en particular a los profesores, restablecer todos los valores del método clínico y sembrar permanentemente sus principios en todos los médicos en formación.⁽¹⁵⁾

Oponerse a la tecnología es irracional, porque su aparición y desarrollo constituye un hito, tratar de convertir la práctica de la medicina y la relación médico-paciente en una deshumanizada e impersonal relación "médico-aparato" o "paciente-aparato", altamente tecnificada y deslumbrante, pero despojada en gran medida de sus atributos humanos es un grave error al que asistimos en la actualidad, debemos luchar por alcanzar en estas cosas su justa medida.

Consideraciones finales

Sin método científico no hay ciencia y sin ciencia no hay método clínico, se dan como una unidad inseparable y funcionan en plena armonía. El método clínico no ha perdido

su vigencia, menos aún en las condiciones actuales de nuestro país y otros del tercer mundo.

El método clínico es una guía de trabajo elaborada por el profesional médico, aplicable a su trabajo, que tiene entre sus pilares básicos la relación médico-paciente y una herramienta de registro, la historia clínica, con el objetivo de llegar a un diagnóstico contextualizado de la enfermedad que afecta a un individuo.

La tecnología es parte integrante del método clínico, no lo sustituye. En el último siglo gracias a la implementación y modernización de la tecnología, la medicina ha sufrido una gran mejoría, lo que se refleja en la calidad de vida de las personas.

El deterioro de la relación médico-paciente, la subvaloración del interrogatorio y del examen físico y la sobrevaloración de la tecnología son los aspectos que más afectan o deterioran el uso y correcta aplicación del método clínico, en relación con el ejercicio de la práctica médica. Su rescate es una prioridad.

Referencias bibliográficas

1. Patiño Restrepo JF. ¿La tecnología amenaza la relación médico-paciente? Bogotá: Rev Col de Cir. 2012 [acceso 22/10/2018];27(2). Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/209>
2. Moreno Rodriguez MA, Nasiff A, Rodríguez HM. Método clínico, buenas prácticas clínicas y profesionalismo médico. In: Ciencias Médicas editor. Práctica clínica. La Habana; 2010. p. 55-6.
3. Álvarez Álvarez G, Zuazaga Cabrera G. El método clínico: lo real, actual y objetivo. Medicentro Electrón. 2012 [acceso 22/10/2018];16(3). Disponible en: <http://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1283>
4. Pérez Lache N. Lugar y papel del método clínico. Ciudad de La Habana: Rev Cub de Med. 2011 [acceso 22/10/2018];5(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000100012&lng=es
5. Alfonso JA, Laucirica Hernández C, Mondejar Rodríguez J. El método clínico frente a las nuevas tecnologías. Rev Méd Elec. 2012 [acceso 22/10/2018];36(4). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema12.htm>

6. Fernández Sacasas JA. La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. *Educ Med Super.* 2012 [acceso 22/10/2018];26(3):459-466. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300011&lng=es
7. Ilizástigui F, Rodríguez L, Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Método clínico. In: Ciencias Médicas, editor. La Habana: Práctica Clínica; 2010. p. 15-28.
8. Hernández Hernández R. Del método científico al clínico: Consideraciones teóricas. Ciudad de La Habana. *Rev Cub de Med Gen Int.* 2002;18(2):[161-4 pp.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200011&lng=es
9. Espinosa-Brito A. La Medicina Interna y los internistas en la búsqueda “resiliente” de su identidad. *Medisur.* 2008 [acceso 22/10/2018];6(1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/358>.
10. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Bogotá: *Rev Col de Cir.* 2012 [acceso 22/10/2018];8(5). Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/195>
11. Herrera JA, Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. *Medisur.* Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. 2010 [acceso 22/10/2018];8(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1312>
12. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Ciudad de La Habana: *Rev Cub de Med.* 1998 [acceso 22/10/2018];37(2):123-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75231998000200010&lng=es
13. Espinosa Brito A. La clínica y la Medicina Interna. Ciudad de Las Habana: *Rev Cub de Med.* 2013 [acceso 24/10/2018];52(3):214-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300008&lng=es
14. Corrales Gutiérrez A. A propósito del método clínico. *Rev Cub de Obs y Gin.* 2011 [acceso 22/10/2018];37(1):3-5.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100002&lng=es

15. De León AR. Utilización inadecuada de los avances científicos técnicos del laboratorio clínico y del método clínico. Repercusión en los servicios de salud. Rev Méd Ele. 2013 [acceso 22/10/2018];35(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema08.htm>.

16. Soler Morejón C, Lombardo A. En apoyo al método clínico. Ciudad de La Habana: Rev Cub de Med. 2012 [acceso 22/10/2018];51(1):99-104. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100012&lng=es

17. García Guerra M, Pinto Contreras JA. La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. Rev Méd Ele. 2011 [acceso 22/10/2018];33(4):456-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400008&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Rafael Orlando Pinilla González: Autor principal, redacción del artículo.

Magda Elena Pinilla Pérez: Gramática, ortografía, revisión bibliográfica.