

Método clínico en la atención primaria de salud



Método clínico en la atención primaria de salud

Roberto Alvarez Sintes



La Habana, 2019

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Método clínico en la atención primaria de salud / Roberto Alvarez Sintés... [et al.].--La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019.
98 p.: il., tab. -- (Medicina Familiar)

—

—
Medicina Clínica, Diagnóstico Clínico, Signos y Síntomas, Medicina Familiar y Comunitaria/métodos, Atención Primaria de Salud/métodos, Prevención Cuaternaria

WB 200

Edición: MSc. Tania Sánchez Ferrán
Diseño y realización: Téc. Yisleidy Real Llufrío
Emplante: Téc. Amarelis González La O

Primera edición, OPS/OMS Cuba, 2017

© Roberto Alvarez Sintés y otros, 2019

© Sobre la presente edición: Editorial Ciencias Médicas, 2019

ISBN 978-959-313-705-8 (PDF)

ISBN 978-959-313-706-5 (Epub)

Editorial Ciencias Médicas
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
Calle 23, No. 654 entre D y E, El Vedado
La Habana, CP-10400, Cuba
Teléfono: 537 836 1893
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu
Sitio web: www.ecimed.sld.cu

AUTOR PRINCIPAL

Dr. Roberto Alvarez Sintes

Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Máster en Longevidad y en Atención Integral al Niño. Profesor e Investigador Auxiliar. Asesor de la Dirección de Docencia del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y Policlínico Docente Antonio Maceo.

AUTORES

Dra. Indira Barcos Pina

Especialista de Primer y Segundo Grados en Pediatría. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora e Investigadora Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública.

Dra. Griselda Hernández Cabrera

Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud. Máster en Educación Médica Superior. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Dr. Rubén D. García Núñez

Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica Superior. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Dra. Evelyn González Ramírez

Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina General Integral. Especialista de Segundo Grado en Administración de Salud. Máster en Salud Pública. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.

Dra. María Aurelia San Juan Boch

Especialista de Primer Grado en Neonatología y de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Superior. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

“Observar, recopilar, clasificar y comunicar. Usad vuestros cinco sentidos. El arte de practicar la Medicina solo se aprende con la experiencia; no es una herencia ni puede ser revelado. Aprended a ver, oír, palpar y oler, sabed que solo merced a la práctica se puede llegar a ser un experto. La Medicina se aprende al lado del enfermo y no del aula. Mirar y razonar, comparar y controlar. Pero primero mirar. Dos ojos no ven igual la misma cosa, ni dos espejos reflejan la misma imagen. Permitid que la palabra sea vuestra esclava, pero no vuestra dueña. Vivid en la Clínica.”

William Osler
(1849-1919)



Al profesor Fidel E. Ilizástigui Dupuy, quién siempre será recordado por sus discípulos de la clínica y la educación médica.

Dr. Fidel E. Ilizástigui Dupuy † (23 de marzo 1924-14 de febrero de 2005). Profesor de Mérito. Doctor en Ciencias. Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Profesor Consultante. Fundador de la Sociedad Cubana de Educadores en Ciencias de la Salud (SOCESC), nos legó una extensa obra en la que aborda los principales problemas de la educación médica, el diagnóstico médico y la medicina clínica en la contemporaneidad. Catalogado como extraordinario internista, su pensamiento y acción han servido de fundamento a la conformación de una visión cubana de la enseñanza de la medicina en particular y de las ciencias médicas y de la salud en general, materializada en los planes y programas de estudios, métodos didácticos y educativos, así como las estrategias de desarrollo de la salud pública y de la educación en ciencias de la salud en nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. C. Alfredo Espinosa Brito por ofrecer acertados comentarios que fueron incluidos en este texto. Agradecemos, asimismo, la constante discusión de estos temas entre los autores y la excelente ayuda del trabajo de grupo, así como el rico y fructífero intercambio que se produjo en el Taller Nacional “Método clínico, tecnología apropiada y medicina natural y tradicional”, celebrado en Villa Clara y auspiciado por la Dirección de Docencia del Ministerio de Salud Pública, el Capítulo Villa Clara de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar, la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara y la representación de la OPS/OMS en Cuba. También al Departamento Nacional de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública, que acogió con entusiasmo esta idea, en especial a la Dra. Yoandra Muro Valle.



ecm
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

“Un libro muy necesario y muy oportuno. Es una lección magistral”.

Profesor Francisco Rojas Ochoa

“El libro es un ejemplo de cómo el método clínico contribuye a la efectividad de la integración de las actividades inherentes al proceso docente educativo en los escenarios de la práctica médica y muestra el enfoque holístico del autor, cuando además de la clásica y muy mencionada integración docente asistencial investigativa, añade muy certeramente el papel de las funciones de la administración y la figura del profesor como su conductor”.

Profesor Alcides Ochoa Alonso

“Este libro, dedicado al método clínico en la APS, es un valioso aporte a la competencia y desempeño de los médicos especialistas en Medicina Familiar. Debo añadir, además, que el Profesor Fidel Ilizástigui distinguió siempre, muy especialmente, al Dr. Álvarez Sintés y todos conocen que el Profesor Ilizástigui no acostumbraba a regalar elogios. Hoy, una vez más, se sentiría orgulloso de su alumno.”

Profesora María del Carmen Amaro Cano

“El libro es una joya para la excelencia de la medicina en la Atención Primaria de Salud, Álvarez Sintés es un artífice en ello”.

Profesor Juan Manuel Diego Cobelo

PRESENTACIÓN

Un libro muy necesario y muy oportuno¹

El libro a que se refiere esta reseña es el titulado *Método Clínico en la Atención Primaria de Salud*, de la autoría de Roberto Álvarez Sintés, como autor principal y cinco coautores, todos Especialistas de Segundo Grado en Medicina General Integral. A mi juicio, el primer gran mérito de los autores y el libro lo confirma el hecho de que todos son también profesores auxiliares, además de otros créditos como docentes o como investigadores. Esto estuvo en los propósitos del creador de la especialidad, Fidel Castro. Así lo propuso. Debió generalizarse, pero no se siguió dando prioridad a esta política de desarrollo de la especialidad, y hoy son numerosos los que se han desplazado a otra.

Fue para mí muy grato encontrar el libro dedicado a mi primer “Maestro a pie de obra”, cuando era estudiante de medicina, el más transcendental educador médico que haya producido Cuba, el profesor Fidel Ilizástigui Dupuy.

También es un valor agregado del libro el prólogo, firmado por el profesor Alfredo Darío Espinosa Brito, clínico internista y salubrista, que siempre escribe con rigor de científico y estilo de literato.

El texto se desarrolla en tres capítulos. El primero titulado “Método clínico en la práctica de la medicina familiar”. Aquí se llama la atención, una vez más, pero es necesario insistir, en que los exámenes complementarios son exactamente eso, un complemento, a la vez que parte del método clínico. El autor recuerda lo dicho por otro Maestro de la Medicina, el profesor Luis Rodríguez Rivera: “Solo que hace 60 años los internistas se dedicaban principalmente al diagnóstico por la pobreza de los recursos de exámenes complementarios y terapéuticos y ahora quizás deban hacerlo por la riqueza y complejidad de esos mismos recursos”.

Álvarez Sintés defiende la aplicación integral del método clínico, en la forma que muchos lo impugnan con argumentos absurdos (se pierde tiempo, los exámenes que indico me dan el diagnóstico, etc.). Bien empleado, el método

¹ Palabras pronunciadas en la presentación de la primera edición en sesión solemne de la Sociedad Cubana de Salud Pública el 12 de abril de 2017 en el Consejo Nacional de Sociedades Científicas de la Salud en La Habana, y el 24 de abril de 2018 en la III Reunión de la Alianza de Asociaciones de Salud Pública de las Américas que se efectuó en el Palacio de las Convenciones de La Habana, durante la III Convención Internacional de Salud Pública: Cuba Salud 2018 “Salud Universal para un desarrollo sostenible”.

asegura lograr la empatía médico-paciente, establecer la confianza mutua, humanizar la relación, respetar la autonomía del paciente, tener en cuenta el contexto social, cultural, familiar, económico, de la comunidad y el ambiente que influyen sobre el paciente.

Insiste en la importancia del dominio de las habilidades en el ejercicio del método clínico. Los conocimientos pueden encontrarse en libros, revistas, conferencias y otros soportes, las habilidades solo se adquieren y se perfeccionan en el trabajo. Este capítulo se completa con otros conceptos y proposiciones. Es una lección magistral.

El capítulo 2, de los doctores Ruben Darío García Núñez y María Aurelia San Juan Boch, nos habla en los primeros párrafos del rescate del uso del método clínico. Sí, de eso también se trata, se ha pretendido sustituir el método por “tecnologías diagnósticas”. Este texto abunda en razones para condenar esta idea. El que escribe esta reseña ha afirmado que la más poderosa tecnología de la medicina es el método clínico. Posiblemente lo pensé la vez que conocí los ejercicios o experimentos de George Engel en Estados Unidos de América y Miguel A. Moreno en Cuba, cuando alumnos de la asignatura Medicina Interna alcanzaban a diagnosticar correctamente un alto porcentaje de casos estudiados por ellos solo utilizando el relato del paciente, interrogando y haciendo el examen físico. Esto mismo en manos de los especialistas llegaba al 90 % y más.

Los autores advierten que “Hoy más que nunca la medicina obedece a los dictados del mercado, que imponen al galeno una conducta ajena a su esencia”. Es una importante advertencia en la que no veo que se insista, algunos por considerar que esto no ocurre en Cuba, sí en otros países. Creo que entre nosotros se manifiesta en la prescripción de numerosos fármacos a un paciente, también en la indicación más exámenes complementarios de los necesarios (se evidencia por el porcentaje de los negativos o normales), y por la inmediata incorporación a su práctica de lo novedoso en el diagnóstico terapéutico.

Insistiendo en algo ya expresado reproduzco un párrafo breve de este capítulo: “El interrogatorio es la herramienta fundamental para determinar los problemas de salud de nuestros pacientes. Del 50 al 75 % de los diagnósticos se hacen médicamente en forma indagatoria”.

El capítulo 3 es de la autoría de Roberto Álvarez Sintés, Griselda Hernández Cabrera, Indira Barcos Pina y Evelyn González Ramírez. Su título es atractivo y aparece como una de las primeras publicaciones sobre el tema “Prevención

cuaternaria y método clínico en Cuba”. Álvarez Sintés ha antecedido a este texto con dos artículos.

La definición de *prevención cuaternaria* de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA, por sus siglas en inglés), en su *Diccionario de medicina general y de familia* de 2003, dice así: “Acción implementada para identificar un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas y proponerles procedimientos de cuidados ética y medicamente aceptables”.

El texto ofrece una detallada explicación de la prevención cuaternaria, sus fundamentos teóricos y prácticos. La proposición es inobjetable, abunda evidencia sobre el imperioso desarrollo de la tecnología diagnóstica y terapéutica, que medicaliza la sociedad y da espacio a un paradigma tecnocrático, biólogo y médico hegemónico.

Hace algunos años Luis Rodríguez Rivera escribió *La práctica clínica actual y el legado humanitario de Hipócrates. ¿Dónde fallamos?* (1996). En el capítulo 3 que comentamos aparecen las más importantes “fallas”. De esto, una conclusión que se extrae de todo el libro: el perfeccionamiento en el uso del método clínico para la consulta médica y la elaboración de hipótesis diagnósticas son más necesarios en la época actual que hace medio siglo, a pesar de —o debido a— los avances tecnológicos de la medicina. También para el mejor cuidado de los enfermos debemos prestar atención a la prevención cuaternaria.

Dr. Francisco Rojas Ochoa
Doctor en Ciencias
Profesor de Mérito

² Rodríguez Rivera, L. (1996). La práctica clínica actual y el legado hipocrático. ¿Dónde fallamos? En *Boletín Ateneo Juan César García*; 4 (1-2), 104-112.

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN

No son pocos los textos relacionados con el método clínico publicados en época reciente en Cuba bajo la firma de diversos y prestigiosos especialistas. Todo comenzó a partir de la original conceptualización del método clínico plasmada en un documento imprescindible de la autoría de los profesores Ilizástigui y Rodríguez Rivera, reproducido primero por el Ministerio de Salud Pública en forma de folleto en 1989, como fruto legítimo de la Escuela de Clínica Cubana y divulgado luego íntegramente, con la debida autorización, en la *Revista Finlay*, en 1990.³

Al asunto también se han dedicado importantes espacios en los más disímiles eventos científicos y docentes en todo el país y, además, ha sido motivo de rigurosas investigaciones, en las que se ha tratado el tema desde varios ángulos.

Los propósitos principales de esas actividades han sido: profundizar en el conocimiento y la trascendencia del método para la práctica clínica en todas sus modalidades —pues en ocasiones a algunos les parece que se habla y se repite mucho de manera mecánica acerca del método, pero sin tener las ideas claras de sus interioridades—. De esta manera se ofrecen las herramientas necesarias para afrontar la crisis universal de tal procedimiento, resaltando su continuado valor en la nueva época que vivimos, frente a las amenazas del deterioro de la relación médico-paciente, las tendencias crecientes a la superespecialización, así como la fragmentación del cuidado, uso y abuso de la tecnología en la atención de las personas, entre otros factores.

Parecía que no quedaba mucho lugar a nuevos aportes que, aunque no pueden evitar algunas repeticiones ineludibles de contenidos previamente tratados, están dirigidas a aspectos específicos menos abordados de la práctica médica. Así lo reconoce el Dr. Álvarez Sintés cuando plantea: “En nuestro país, resulta un tanto difícil y hasta redundante hablar de método clínico después de tantos ensayos y reflexiones de profesores (...) sin embargo, muy pocos hacen alusión a particularidades en su despliegue en el escenario de la atención primaria de salud, en general, y de la Medicina General Integral, en particular”. Llenar tal vacío es el propósito principal de este texto.

La obra que aquí se presenta está escrita por especialistas de Medicina General Integral, con amplia experiencia previa, debido a lo cual las ideas que se expresan son fruto tanto de años de estudio, como de una práctica vivida, no solo asistencial, sino también docente e investigativa.

³ Ilizástigui Dupuy, F. y Rodríguez Rivera, L. (1990). El método clínico. *Rev. Finlay*; 4 (4), 3-23.

En el primer capítulo, el Dr. Roberto Álvarez Sintés expone algunas consideraciones sobre la aplicación del método clínico en la atención primaria de salud y fundamenta su importancia y particularidades. Asimismo, se destaca su papel en el enfoque integral de las personas, desde el punto de vista clínico, sin obviar los aspectos epidemiológicos y con énfasis en los sociales. Se consideran las contribuciones de “tecnologías” tan cardinales —y en ocasiones poco valoradas— como la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización, que deberían estar siempre indisolublemente ligadas al método clínico en la práctica de la medicina familiar. Se señalan variaciones y adecuaciones del autor al llamado método clínico enfocado en el paciente, en correspondencia con las más avanzadas tendencias universales en el cuidado de las personas.

En el segundo capítulo, los doctores Rubén Darío García Núñez y María Aurelia San Juan Bosch nos entregan sus reflexiones acerca del método clínico en la atención primaria de salud, a partir de una amplia revisión bibliográfica del tema y de su experiencia de varias décadas.

Plantean el valor del diagnóstico médico, sus bases, los diferentes procedimientos para llevarlo a cabo, cómo se establecen y analizan las diversas hipótesis diagnósticas, la importancia de la tecnología en el diagnóstico médico y la interrelación entre la clínica y la tecnología. También muestran algunas particularidades del diagnóstico en la atención primaria de salud, sus vulnerabilidades y las principales deficiencias que se presentan actualmente en la enseñanza de este, el método científico de las ciencias médicas. Y es que, aunque en él existen otras etapas, la del diagnóstico constituye su piedra angular, la guía de todo el proceso de atención médica y por ello bien merece tratarlo de manera más extensa. Ya decía el profesor Ignacio Macías Castro: “La principal habilidad que distingue al médico —y que ningún otro profesional de la salud puede hacer por él— es el diagnóstico”.

Quizás lo más novedoso del contenido está en el capítulo 3, escrito a “cuatro manos”, también por autores experimentados, bajo la denominación de prevención cuaternaria y su especial relación con la Medicina General Integral. Los autores parten de un concepto que refieren fue enunciado en 1986, propuesto en 1995, aceptado en 1999 e incluido en el *Diccionario de medicina general y de familia* de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) en el año 2003.

El objetivo de este capítulo —declaran— es describir los referentes teóricos relacionados con la prevención cuaternaria, sus características y objetivos,

así como sus principales recomendaciones; indagar en las concepciones que la sustentan, debido a que las características y la magnitud de estos procesos aún son poco conocidos y han tenido poca divulgación y discusión en Cuba y en muchos países.

Explican que existen antecedentes en la literatura de múltiples críticas al modelo médico hegemónico, al sobrediagnóstico y al sobretratamiento y, en general, a todas las actividades innecesarias y en ocasiones peligrosas o iatrogénicas por el uso inadecuado del método clínico —con fines comerciales— y otros que hasta pueden ser mal intencionados.

No obstante, sustentan que la conceptualización de la prevención cuaternaria y su aplicación en nuestro sistema de salud pudiera ser una ayuda más para concientizar la necesidad de evitar prácticas que, además de caracterizarse negativamente por los aspectos señalados, contribuyen a encarecer la atención médica, en algunos casos de manera significativa.

Por último, tenemos que agradecer a Álvarez Sintés por esta obra, por su empeño, y a los autores por esta entrega, que seguramente enriquecerá el caudal ya disponible sobre el método clínico, en este caso para los que ejercen la profesión en la importante primera línea del Sistema Nacional de Salud.

Dr. Alfredo Darío Espinosa Brito
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor de Mérito

PREFACIO

Desde la segunda mitad del siglo xx se viene haciendo referencia a la crisis del método clínico y sus consecuencias alarmantes en la práctica médica, lo cual afecta tanto a las naciones desarrolladas como las subdesarrolladas. Cuba no es ajena a esta situación, identificada como un fenómeno que requiere atención sistemática, con alta prioridad en su rescate, según se refleja en la actualización de los lineamientos para el periodo 2016 a 2021, 7mo. Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC, 2017): “Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional y eficiente de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.”⁴

Este llamado al rescate del método clínico comprende todos los niveles de atención y reviste particularidades para quienes se desempeñan en la atención primaria de salud.

Desde 1984 en el país había conciencia de la necesidad de un médico generalista para la atención primaria de salud, por lo que comenzó su formación con profesores de las disciplinas de perfil amplio conocidas como básicas: Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia. Así nació la especialidad de Medicina General Integral (MGI) que hoy es la más numerosa, pues de los 95 487 galenos en ejercicio, el 47,2 % (45 025) son médicos de familia.⁵

Su servicio es la puerta de entrada del paciente al Sistema Nacional de Salud, por lo cual necesita dominar a la perfección el método clínico para desempeñar su trabajo con calidad, así como lograr el diagnóstico y la solución de los problemas de salud de la persona, mediante la práctica de una medicina científica y humana que no renuncia a la tecnología de avanzada y la emplea con criterio riguroso.

Este libro, en su segunda edición, mantiene una visión reflexiva, con el propósito de perfeccionar la aplicación del método clínico en la asistencia médica y en el proceso docente-educativo, para la formación de nuevos profesionales de

⁴ Lineamiento 130. En Partido Comunista de Cuba (2017). *Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el periodo 2016-2021*. 7mo. Congreso del PCC. Versión final. Julio, 2017. La Habana.

⁵ Ministerio de Salud Pública de Cuba (2019). *Anuario estadístico de salud 2018*. La Habana: Minsap/OMS-OPS/UNFPA/UNICEF. Recuperado de www.sld.cu/sitios/dne/

la salud con un enfoque integral, humano y racional, que combatan con fuerza la medicalización de la sociedad, el sobrediagnóstico y el sobretreatmento, la sobrevaloración del papel de la tecnología, las prescripciones, los diagnósticos fantasmas, los innecesarios y a veces peligrosos medios diagnósticos que se indican y los tratamientos inútiles o incluso perjudiciales. Estas situaciones obedecen a disímiles causas, la mayoría de las veces ajenas a la práctica de una buena clínica.

Esta segunda edición, corregida, aumentada y mejor estructurada incorpora una reseña, cinco nuevos acápites y varios apéndices, por lo que ha quedado mejor conformada y más didáctica.

La práctica del método clínico y la prevención cuaternaria es, por lo tanto, un desafío para los administradores de salud y los profesores de todas las unidades curriculares del plan de estudio de la carrera de Medicina y de la residencia de Medicina General Integral, pero sobre todo para los del área clínica y en particular los especialistas que se desempeñan en la atención primaria de salud: Medicina General Integral, Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia.

Profesor Dr. Roberto Alvarez Sintet



ec
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

CONTENIDO

CAPÍTULO 1. MÉTODO CLÍNICO EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR/ 1

- Método clínico en medicina familiar/ 1
- Aprendizaje del método clínico en la atención primaria de salud/ 15
- Conclusiones/ 19
- Bibliografía/ 22

CAPÍTULO 2. Método clínico en la atención primaria de salud: reflexiones necesarias/ 24

- Generalidades del método clínico/ 24
- Particularidades del método clínico en el nivel de atención primario. Experiencia cubana/ 26
- Enseñanza del método clínico en el nivel primario de atención/ 36
- Conclusiones/ 41
- Bibliografía/ 42

CAPÍTULO 3. PREVENCIÓN CUATERNARIA Y MÉTODO CLÍNICO/ 45

- Referentes teóricos/ 46
- Evolución histórica/ 48
- Propósito/ 49
- Reconocimiento/ 50
- Conceptualización/ 52
- Definición/ 53
- Establecimiento del término/ 54
- Objetivo/ 54
- Modelo relacional de la prevención cuaternaria/ 54
- Prevención cuaternaria y modelo médico hegemónico/ 56
- Pesquisa activa, método clínico y prevención cuaternaria/ 61
- Buenas prácticas clínicas para la investigación y prevención cuaternaria/ 66
- Cascadas y prevención cuaternaria/ 69
- Dispensarización y prevención cuaternaria/ 70
- Medicina defensiva/ 71
- Seguridad del paciente y prevención cuaternaria/ 72
- ¿Por qué surge la prevención cuaternaria?/ 75
- Desempeño en prevención cuaternaria/ 75
- Características que facilitan la prevención cuaternaria/ 78

Prevención cuaternaria y programa del médico y la enfermera de la familia/ 80

Reglas intuitivas para la prevención cuaternaria/ 81

Prevención cuaternaria en el proceso docente/ 81

Conclusiones/ 83

Recomendaciones/ 84

Resumen/ 84

Bibliografía/ 86

Apéndice I. Carta de Cali/ 91

Apéndice II. Juramento hipocrático/ 91

Apéndice III. Código de honor del médico de familia/ 93

Apéndice IV. Consejos de Esculapio/ 96

Apéndice V. Carta de San José/ 98



ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

MÉTODO CLÍNICO EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR

Roberto Álvarez Sintes

“Gran parte del arte médico es estar preparados para observar”.
Hipócrates (460 a. C.)

“La validez de las deducciones depende de la calidad
de las observaciones”.
Edgar Allan Poe (1809-1849)

En este capítulo se reflexiona acerca de la aplicación del método clínico en la atención primaria de salud, su importancia y particularidades. Se trata el procedimiento desarrollado por el médico general integral para obtener los datos del paciente y la enfermedad, principalmente mediante el interrogatorio y el examen físico, además del razonamiento diagnóstico en su desempeño. También se destaca el papel del enfoque clínico-epidemiológico y social.

En cuanto a la práctica de la medicina familiar se consideran las contribuciones de la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización del método clínico. Se señalan las variaciones y adecuaciones de este procedimiento enfocado en el paciente, y se insiste en que la forma en que el médico general integral comprende y aborda los problemas mediante el método clínico, puede ser interesante para otros especialistas que atienden los mismos trastornos y a las mismas personas, pero en otros ámbitos sanitarios.

Método clínico en medicina familiar

“La clínica no es más que la ciencia misma aplicada a la cabecera del enfermo. Más que una rama peculiar de la medicina, comprende todas aquellas que tienen una aplicación junto al paciente”.
Ilizástigui (1996)

En Cuba, puede resultar difícil y hasta redundante hablar de método clínico después de tantos ensayos y reflexiones de los profesores Ilizástigui Dupuy,⁶

⁶ Esta obra está dedicada al profesor Ilizástigui Dupuy, de quien fue discípulo el autor principal del libro.

Rodríguez Rivera, Fernández Sacasas, Rodríguez Silva, Moreno Rodríguez, Nasiff Hadad, Mercedes Batule, Espinosa Brito, Díaz Novás, Corona Martínez, Pérez Lache, Rojas Ochoa y otros, quienes han defendido el rescate de este método científico en el siglo XXI. Sin embargo, muy pocos hacen alusión a las singularidades en su despliegue en el escenario de la atención primaria de salud y de la medicina general integral, en particular.

En 1989, el profesor Ilizástigui (Ilizástigui Dupuy y Rodríguez Rivera, 2010) señalaba que "... todo médico debe tener la misma base teórica y conceptual de la medicina, pero a la hora de actuar lo hará en dependencia de la especialidad escogida. El médico de familia procederá en un campo amplio, los epidemiólogos e higienistas lo harán más vinculados con los aspectos preventivos y profilácticos; mientras que los clínicos intervendrán acorde con el restablecimiento de los enfermos, y, dentro de la actuación curativa, los médicos ligados a la técnica: radiólogos, patólogos, etc."

Continuaba Ilizástigui (1989) "con estos antecedentes se pueden identificar dos grandes formas de ejercer la Medicina: la social y la individual"; esta última emplea lo que se conoce como método clínico, que resulta en la aplicación del criterio científico a la práctica de la medicina, un atributo del médico que atiende a personas donde quiera que esté.

La medicina general integral tiene por objeto de estudio el proceso salud-enfermedad en la persona y los grupos humanos (familia y comunidad), y desarrolla variantes de empleo del método científico según el objeto de trabajo: el método clínico o el epidemiológico y la terapia familiar (Alvarez Sintés, 2014a).

En este capítulo se hará referencia al método que deberá emplear el médico general integral o médico familiar para la obtención de los datos, sustentado esencialmente en el interrogatorio y el examen físico del paciente, así como el razonamiento diagnóstico en su desempeño en la atención primaria de salud.

El método clínico y el médico general integral o médico de familia

El profesor Alfredo Espinosa Brito (2016a) expresaba que en los últimos tiempos se reconoce con mucha razón la necesidad de transformar el método clínico y adecuarlo a los nuevos escenarios, con el propósito de "que no muera, sino que resucite", según las palabras del profesor Fidel Ilizástigui Dupuy (2000), uno de sus máximos exponentes entre nosotros.

Que el médico general integral use el método clínico tiene como fin construir el conocimiento del proceso salud-enfermedad. Esto lleva implícito un enfoque clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas,

clínicas y de la conducta, ya que para solucionar los problemas de salud y sus determinantes se requiere tomar en cuenta al individuo como miembro de una familia, un colectivo de trabajo o estudio y una comunidad, teniendo siempre presente que los factores determinantes de la incidencia no son necesariamente los mismos que los causales.

Etapas

Existe consenso en considerar los pasos siguientes: formulación del problema que se va a investigar (situación de salud de una persona); hipótesis científica que se quiere demostrar; diseño y ejecución de los experimentos que se realizarán; comprobación (o no) de la hipótesis y revisión y recomprobación, porque, como bien expresa Moreno Rodríguez, destacado profesor de clínica (Moreno Rodríguez, 2012), “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”.

El método clínico que debe aplicar el médico de familia abarca las etapas clásicas expresadas por los profesores Ilizástigui Dupuy y Rodríguez Rivera (Ilizástigui Dupuy y Rodríguez Rivera, 2010; Rodríguez Rivera, 1999), modificadas por Alvarez Sintés (2010 y 2017) para la dispensarización (personas supuestamente sanas o en riesgo) y son las siguientes:

1. La existencia de un problema o la planificación de un control que genera la necesidad de formularlo (alteración de la salud o proceso de control del estado de salud de una persona).
2. Búsqueda, recolección y análisis de toda la información existente hasta ese momento acerca del problema, o cualquier conocimiento o experiencia acumulada por la ciencia relacionada directa- o indirectamente con el asunto. Esta es la información primaria obtenida mediante el interrogatorio y el examen físico.
3. La formulación de la hipótesis o las conjeturas (diagnóstico presuntivo o provisional). Surgirá, como es obvio, del análisis del problema y de la información disponible al respecto.
4. Las hipótesis o conjeturas se someten a contrastación para comprobarlas o negarlas (mediante exámenes complementarios y la evolución del paciente). Si no se demuestran, pueden formularse otras. Su negación constituye también un avance del conocimiento científico. La confirmación debe dar solución parcial o total al problema.
5. La exposición de los resultados. Contrastación con la hipótesis original (diagnóstico de certeza, no diagnóstico o nuevos problemas). Llegar a un

diagnóstico certero permitirá indicar el tratamiento, descubrir nuevos problemas en el paciente o negar las hipótesis diagnósticas planteadas. Corresponde entonces:

- a) Instituir el tratamiento si procede, o reiniciar el proceso.
- b) Exposición y evaluación de los resultados finales.

Método clínico y ética médica

El método científico debe ser aplicado en todos los casos sin violaciones de la ética vigente. Siempre se tendrá presente que una cosa es la ciencia médica, y otra bien diferente, la medicina clínica. Esta última estudia la enfermedad como evento humano y se encarga del diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de los padecimientos.

Particularidades del método clínico en medicina familiar

Esos pasos ordenados dependen de la fase precedente y están unidos como los eslabones de una cadena. Si bien el método clínico que corresponde aplicar al médico de familia abarca las mismas etapas clásicas, el contexto y los problemas de salud que debe enfrentar difieren de los que se presentan en los hospitales; lo cual le aporta particularidades a la práctica de la medicina familiar y que se tratarán a continuación.

El enfoque clínico-epidemiológico y social, contextualizado y defendido por el eminente profesor Cosme Ordoñez Carceller (Alvarez Sintés, 2006 y 2017), es un componente obligado del diagnóstico en la práctica de la medicina familiar y, aunque se utiliza en los escenarios hospitalarios, en la atención primaria de salud es mucho más relevante.

En la práctica médica familiar es frecuente enfrentar problemas de salud indiferenciados y desorganizados, sin una entidad nosológica definida, y otros autolimitados (enfermedades que curan solas), molestias, quejas o achaques para los cuales no es posible establecer una prescripción específica. En esos casos, lo recomendable es utilizar el tiempo como recurso diagnóstico, siempre y cuando se hayan descartado los trastornos graves o aquellos en los que una demora pueda tener consecuencias desfavorables. Es preciso recordar que “En los pacientes ambulatorios, aguardar la evolución del cuadro bajo una observación estrecha puede ser vista como una prueba diagnóstica” (Díaz Novás et al., 1993; Alvarez Sintés, 2006; Díaz Novás, 2008; Alvarez Sintés, 2010 y 2017).

Existe consenso de que solo mediante el interrogatorio es posible llegar al 60 o 70 % de los diagnósticos, y que el examen físico añade un 10 a 15 %, de ahí la importancia de este paso del método clínico (LLanio et. al., 1987;

Ilizástigui, 1996; Rodríguez Rivera, 1999; Moreno, 2000 y 2010a; Alvarez Sintés, 2006; Gentilini, 2008; Alvarez Sintés, 2010 y 2017).

Para la recolección del dato por medio del interrogatorio, el diagnóstico que representa el modelo intrahospitalario está basado en un modelo de entrevista inductivo-exhaustivo, de lo singular a lo general. Este pretende agotar cada síntoma planteado por el paciente, pues se separa y analiza cada problema de forma independiente, tiene baja tolerancia a la incertidumbre y considera los aspectos psicosociales como datos secundarios, auxiliares en el diagnóstico y la atención del paciente.

Evidentemente, este método diagnóstico es inoperante para la medicina familiar, que requiere una aproximación más integral a fin de comprender todas las variables y facilitar la atención del paciente. En la atención ambulatoria, la anamnesis tradicional requiere ser remplazada por la historia del paciente y su contexto, en un modelo integrador de tipo hipotético-deductivo, de lo general a lo particular. Esto técnicamente se llama *anamnesis espontánea* para diferenciarlo de la “anamnesis dirigida” clásica. La anamnesis espontánea suele ser un indicador de la entrevista de la medicina ambulatoria y de la no ambulatoria también.

En cuanto al tiempo necesario que se debe dedicar al interrogatorio, Marañón (1887-1960) manifestaba que el aparato que más había hecho progresar a la medicina era la silla, acontecimiento que todos los médicos comprobamos a diario en la práctica de la medicina familiar.

Se debe destacar que, con frecuencia, en la visita al hogar o en la consulta, el paciente expone varios problemas y quizás el de mayor repercusión inmediata para su salud no lo expresa en primer lugar. Por lo tanto, corresponde al médico de familia detectar esta situación para reorientar el diagnóstico.

También se debe resaltar que a la vez que se interroga, se escucha y observa, por lo que de las tres acciones se pueden obtener valiosos elementos para la orientación.

Con respecto al examen físico, este se debe realizar completo, pero se profundizará y detallará más el aparato hacia el cual orientan los síntomas subjetivos. En medicina familiar, con mucha frecuencia el paciente consulta en las etapas iniciales de la enfermedad, cuando los signos se manifiestan con menor frecuencia, por lo que los síntomas adquieren mayor importancia, ya que los signos se manifiestan más tardíamente. Los cuatro métodos de exploración clínica son necesarios (la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación) y cada uno tiene su indicación, utilidad y hallazgos específicos.

Vale la pena resaltar que escuchar a los pacientes es el mejor método para llegar al diagnóstico. Se atribuye a Jiménez Díaz⁷ la expresión de que antes que la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, el médico debe saber efectuar la “escuchación”.

El diagnóstico es una de las tareas más difíciles y complejas de la atención médica, por lo que el médico de familia debe saber evaluar el valor de los datos procedentes del interrogatorio y el examen físico, y elegir los que puedan orientar mejor la búsqueda del diagnóstico. Qué datos buscar, cuáles ignorar y cuándo los datos clínicos son relevantes es una habilidad fundamental que se debe desarrollar en la práctica de la medicina familiar. De la misma manera, hay que decidir la necesidad de indicar o no exploraciones complementarias que puedan aportar más información, en contraposición con la pérdida de tiempo, coste económico, sufrimiento y riesgo para el paciente y su familia.

Del análisis del problema que, como ya se expresó, es indiferenciado la mayor parte de las veces, y con la información disponible, entonces se formula la hipótesis, que será certera si el razonamiento de los datos recogidos está despejado de imprecisiones e inexactitudes.

En medicina familiar el concepto más empleado para la elaboración de la hipótesis diagnóstica es el *probabilístico*. Algunas hipótesis se activan rápidamente a partir de la frecuencia de la enfermedad en una población dada, grupo de edad, sexo, color de la piel y el motivo de la consulta. Esto se hace sin descuidar la variabilidad del objeto de estudio de la medicina clínica cuando el paciente es valorado por problemas de salud (Ilizástigui Dupuy, Rodríguez Rivera, 2010; Espinosa Brito, 2010, 2011, 2015 y 2016b; Frellick, 2015; Alvarez Sintés, 2010 y 2017).

Toma valor el aforismo: “Pensar siempre en lo frecuente, pero sin olvidar lo raro” y la metáfora “No hay enfermedades, sino enfermos”.

La medicina general integral desarrollada en Cuba y en la Misión Barrio Adentro en Venezuela tiene como herramientas fundamentales la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización de un número determinado de familias y personas para ser atendidas, lo cual brinda la oportunidad de ampliar la relación del médico con ellas. Mientras más tiempo se ejerce la profesión, más grata resulta la comunicación con los pacientes, sus familias y la comunidad, a quienes el médico llega a conocer mejor, no solo desde la óptica de la enfermedad que los aqueja, sino desde el punto de vista humano.

7 Carlos Jiménez Díaz (Madrid, 1898-1967), insigne médico español. Fue fundador del Instituto de Investigaciones Clínicas, más tarde Fundación Jiménez Díaz. Encabezó una escuela de medicina interna que influyó notablemente en el desarrollo de la patología médica en España. Autor de importantes obras, entre las que destaca Lecciones de patología médica (1934-1952), creó también la *Revista Clínica Española*.

Otra ventaja de este tipo de medicina es que permite hacer un seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo e identificar los riesgos a que están sometidos (Alvarez Sintés, 2014b y 2017). Estos elementos garantizan que se pueda elaborar:

- El diagnóstico intuitivo.
- Las diferentes hipótesis diagnósticas.

El diagnóstico intuitivo, llamado “ojo clínico”, la mayor parte de las veces orienta la búsqueda del diagnóstico, pero en el caso específico de la medicina familiar establece con mayor o menor precisión el diagnóstico a primera vista tan solicitado por el paciente y sus familiares. Sin embargo, en la práctica de la medicina familiar consideramos un error transmitir al paciente y sus familiares tal intuición como una certeza, y, en cambio, recomendamos inspirar confianza con un trabajo más disciplinado y descartar otras posibilidades diagnósticas. Esta recomendación adquiere mayor fuerza especialmente cuando el diagnóstico es de peor pronóstico o el problema de salud es más indiferenciado.

En esta etapa del diagnóstico desempeñan un gran papel la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización, ya que mediante estas herramientas de la profesión aparece el patrón de enfermedad existente en la comunidad. Así, el médico podrá consultar las enfermedades agudas breves y las crónicas, así como los problemas conductuales de mayor incidencia y prevalencia.

El médico de familia debe entrenarse para actuar y tomar decisiones en situaciones de incertidumbre, diferenciar lo grave de lo banal, determinar cuándo solicitar el concurso de otros especialistas o remitir el paciente al hospital. Son habilidades que deben incorporarse en el actuar diario.

Un principio importante es ser *unicista*⁸ con los pacientes en las etapas de la infancia, la adolescencia y la edad adulta, pero no con los ancianos. Con excepciones, en los primeros toda enfermedad puede tener una explicación a través de un solo proceso morboso y el médico no debe ser dualista; pero en los pacientes ancianos, que por lo general presentan más de un problema de salud condicionado por la propia edad, el enfoque unicista conduce a errores

⁸ Enfoque unicista: Se refiere a no diagnosticar dos enfermedades simultáneamente en el mismo paciente. Según el autor, es el pensamiento integrador que debe tener el médico para llegar con más seguridad a identificar un proceso único que explique los trastornos existentes, mucho más allá de la fragmentación de los problemas. Se trata de buscar la explicación de los trastornos desde un problema. Está comprobado que el pensamiento biopsicosocial-fisiopatológico ha proporcionado a la medicina clínica el argumento de una enfermedad de todo el ser vivo como unidad, es decir, que el cuerpo humano no es una sumatoria aislada de sus funciones, sino una integración de estas. Este enfoque propiciará el diagnóstico completo, total y global de la persona.

frecuentes y las personas de este grupo de edad asisten con mucha frecuencia al consultorio de medicina familiar. La individualidad genética, psicológica, conductual, cultural y social de cada persona requiere de un abordaje específico y único. Y aunque la intuición tiene un espacio legítimo en la medicina familiar, está sujeta a comprobación (Alvarez Sintés, 2010, 2014a y 2017).

Estas hipótesis se comprueban siempre, en unos casos, mediante exámenes complementarios o, cuando no sea necesario, observando la evolución del paciente. De este proceso en espiral resulta un diagnóstico certero.

La mejor comprobación de la hipótesis que tiene un galeno es el estudio de la evolución del paciente, y esto es una realidad en la práctica de la medicina familiar.

Los exámenes complementarios forman parte del método clínico y con ellos se comprueban muchas de las hipótesis, pero la mayor parte de los diagnósticos diarios en la consulta de medicina familiar no requieren exámenes de tecnología. Sin embargo, estos son necesarios para el seguimiento y control de las afecciones ya definidas, y son imprescindibles en la evolución de determinadas enfermedades, proveen información y ayuda pronóstica, rastrean enfermedades ocultas, revelan posibilidades allí donde no llega la sensibilidad clínica y al decir de Gentilini (2008), en algunas circunstancias tienen el poder de tranquilizar tanto al médico como al paciente.

No se debe olvidar que cuando sea necesario, los estudios complementarios son para confirmar o negar un dictamen clínico, pero nunca para que nos revele el diagnóstico. No siempre un resultado negativo excluye una enfermedad ni uno positivo la confirma. Vale la pena recordar el aforismo “En medicina dos más dos no siempre suman cuatro”.

El profesor Rodríguez Rivera (1999) señalaba que la “medicina clínica, como en sus inicios, debía centrarse en el dominio y desarrollo del método clínico para el diagnóstico. Solo que hace 60 años los internistas se dedicaban principalmente al diagnóstico por la pobreza de los recursos de exámenes complementarios y terapéuticos y ahora quizás deban hacerlo por la riqueza y complejidad de esos mismos recursos”.

Hoy, como resultado del paradigma técnico-biológico de la medicina y la publicidad en los medios de comunicación, incluso en Cuba, muchos pacientes sobrevaloran el uso de la tecnología, reclaman estudios al médico de familia y, en ocasiones, asisten a la consulta ya con los exámenes realizados para que el médico los interprete (Fernández Sacasas, 2005; Alvarez Sintés 2010, 2014a y 2017). Al decir del profesor Fernández Sacasas (2005), una práctica viciosa habitual es la tendencia a tratar “pruebas alteradas”, en lugar de a los pacientes de quienes estas proceden.

Existen dos aspectos que se deben evaluar al analizar la utilidad de los exámenes complementarios: la validez de la prueba y su valor predictivo. Otro

elemento importante que ha tomado auge en Cuba en los últimos 15 años es la pesquisa activa. Esta no puede divorciarse de la clínica, ya que descansa fundamentalmente en la exploración clínica sistemática y periódica de la población objeto de atención de la salud. Su meta final es disminuir la mortalidad específica causada por la enfermedad sujeta a exploración, e identificar el mayor número de individuos a los que se les ofrece la posibilidad de un tratamiento oportuno y eficaz para mejorar su calidad de vida (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008; Fernández Sacasas y Díaz Novás, 2009; Alvarez Sintés, 2010 y 2017).

El tiempo es otro factor que se debe considerar en el diagnóstico en medicina familiar, ya que este puede ser determinante en numerosos problemas de salud y en el pronóstico de muchos pacientes.

Rodríguez Rivera (1982), mencionado por Espinosa Brito (2016a), disertaba también sobre otro mito impuesto a lo largo de los años —fruto de un pensamiento con marcada influencia positivista—: cada vez que un enfermo consulta a un médico o ingresa en un centro hospitalario, debe salir con el diagnóstico de una (o más) entidades nosológicas. Él insistía en que hay enfermos que no “clasifican” para una entidad nosológica, por malestares difusos y a veces transitorios, o se encuentran en una fase muy inicial de la enfermedad, entre otras causas, y en esos casos es preferible dejar a esos pacientes sin rotular y seguir su evolución clínica, que emitir un diagnóstico errado.

Otro artículo de Espinosa Brito (2016b) hace remembranza al síndrome NSLQT (nadie sabe lo que tiene). La atención primaria de salud, en general, y el consultorio de medicina familiar, en particular, son la puerta de entrada al sistema de salud, por lo tanto, ante un “malestar o achaque”, el paciente acude a este médico en primera instancia. Por eso, en esta consulta es frecuente encontrar gran cantidad y variedad de problemas, muchos de ellos indiferenciados y desorganizados.

En una misma sesión de trabajo, el médico de familia atiende a personas que presentan demandas, dolencias o quejas de muy variadas áreas, y predominan situaciones clínicas todavía no clasificadas en una categoría específica, en las que abundan signos y síntomas vagos o mal definidos. Muchas veces los motivos de consultas ocultan problemas psicológicos y sociales.

La práctica de la medicina familiar exige a su profesional hacer la distinción entre enfermedad (*disease*) y dolencia (*illness*). En el diagnóstico, el médico de familia tiene la tarea de identificar los problemas de salud indiferenciados y desorganizados en las fases iniciales del padecimiento, pues cuando la enfermedad está avanzada y presenta sus síntomas y signos completos, hasta para los familiares y amigos del paciente es evidente de lo que se trata,

aunque indudablemente el pronóstico será peor (Díaz Novás, 2008; Alvarez Sintes, 2006, 2010 y 2017).

Llegar a un diagnóstico definitivo de certeza permite utilizar la terapéutica en todas sus facetas. Además de escuchar, observar, examinar e interpretar la información, el médico familiar debe comunicar sus conclusiones y consejos. Por eso, debe establecer una relación que, según las circunstancias, puede ser diagnóstica, terapéutica o de prestación de apoyo.

La poderosa herramienta del médico de familia en el diagnóstico llamada *anamnesis* se convierte también en un pilar fundamental para la terapéutica. La entrevista médica va más allá de la meta diagnóstica, pues el diálogo con el paciente se usa en función curativa. Por lo tanto, se puede afirmar que durante la aplicación del método clínico aparece un elemento terapéutico muy importante, lo cual ha propiciado que algunos autores incluyan el tratamiento dentro del método clínico, pues no existe diagnóstico sin terapéutica ni terapéutica que no esté precedida de un diagnóstico. Este es solo el primer paso para una conducta posterior (Moreno, 2012; Rojas Ochoa, 2012), que será la acción definitiva del médico sobre el paciente y su familia.

Método clínico, dispensarización, análisis de la situación de salud y sectorización

Otra particularidad es que la aplicación del método clínico en la práctica de la medicina familiar está dirigida no solo a la persona enferma, sino también a la expuesta a riesgos y a la supuestamente sana, quien muchas veces está en cualquiera de las situaciones expuestas y no lo sabe. O sea, al aplicar el diagnóstico no se puede ver aislada a la persona con problemas de salud o aparentemente sana, sino que el médico debe intentar ver su futuro, y así eliminar o disminuir el riesgo para prevenir incapacidades o secuelas.

La aplicación de las características del método clínico, el análisis de la situación de salud y la sectorización fueron abordadas antes en el acápite “Particularidades del método clínico en medicina familiar”.

Atención clínica enfocada en la persona: variaciones y adecuaciones al método clínico

Como se ha expresado hasta aquí, a diferencia de la atención clínica enfocada en la enfermedad, para el autor, el diagnóstico en la práctica de la medicina familiar enfoca el método clínico no solo en el paciente sino en la persona. Esta manera de actuar toma en cuenta, además de los aspectos biomédicos en la consulta, la experiencia humana de enfermar, los aspectos subjetivos en la relación médico-paciente e introduce la participación activa del paciente en la toma de decisiones. En el caso de

la medicina general integral cubana se incorporan los elementos psicológicos, de la conducta, culturales, sociales, de la familia, la colectividad, la comunidad y el ambiente.

El método clínico enfocado en la persona abarca unos componentes cualitativos que, según los resultados de algunos estudios, refuerzan la relación médico-paciente-familia-comunidad, mejoran los resultados clínicos y la calidad de la atención (Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney, 2007a y 2007b; Belle Brown, 2007; Alvarez Sintés, 2006, 2010 y 2017).

El Center for Studies in Family Medicine (Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney, 2007a y 2007b; Belle Brown, 2007; Alvarez Sintés, 2006, 2010 y 2017) ha creado una guía, que se ha convertido en una herramienta práctica para el entrenamiento y la implementación de ese método. Esta guía comprende seis componentes que se desarrollan de manera simultánea y en interacción:

1. Explorar la dolencia y la enfermedad.
2. Comprender integralmente a la persona.
3. Encontrar un campo común en relación con la atención del paciente.
4. Incorporar la promoción de la salud y la prevención.
5. Reforzar la relación médico-paciente.
6. Uso realista del tiempo y los recursos.

En nuestra práctica como médicos de familia realizamos variaciones y adecuaciones a este método diagnóstico (Alvarez Sintés, 2006, 2010 y 2017) que presentamos en los párrafos siguientes.

Explorar la dolencia y la enfermedad

El método clínico está enfocado en la persona y no únicamente en el paciente, por lo que se basa en la distinción entre enfermedad (*disease*) y dolencia (*illness*). Una cosa es estar enfermo y otra ser paciente; de la misma manera que una cosa es ser paciente, otra estar enfermo y otra la enfermedad.

La palabra *dolencia* se emplea para describir la experiencia de estar o sentirse enfermo. Se refiere a cómo la persona enferma, su familia o el entorno social perciben, categorizan, explican, viven con los síntomas, las incapacidades y limitaciones que producen las enfermedades, y responden a estos. En contraste, desde el punto de vista del médico, la enfermedad es el proceso biológico para explicar la dolencia. Para nosotros implica la exploración simultánea de los aspectos biopsicosociales de la consulta; el problema de salud comprendido en la secuencia de diagnóstico sindrómico o nosológico; la dimensión humana de la experiencia de la enfermedad (dolencia); su nivel de aceptación y adaptación; y las ideas, las vivencias del paciente y los sentimientos respecto al problema. La aplicación del método

se efectúa, constantemente, en forma explícita o implícita (Ilizástigui Dupuy y Rodríguez Rivera, 2010; Alvarez Sintés, 2006, 2010 y 2017) en los cuatro momentos siguientes:

1. Diagnóstico de un signo.
2. Diagnóstico de un síndrome.
3. Diagnóstico de una enfermedad.
4. Diagnóstico global del paciente.

En la práctica de la medicina familiar hallamos que entre el 25 y el 50 % de las consultas no es posible establecer un diagnóstico específico de la enfermedad, por lo que es muy frecuente encontrar dolencias sin un proceso biológico detectable; es decir, existe dolencia sin enfermedad. Por eso, el método clínico enfocado en la persona se plantea como objetivos comprender la dolencia y, siempre que sea posible, diagnosticar la enfermedad.

El profesor Espinosa ha insistido sobre lo difícil que es el diagnóstico de la evaluación global del paciente, imposible de alcanzar con una visión estrecha, pues hay que tener en cuenta la historia personal del paciente con su carga genética, los antecedentes patológicos, la existencia de comorbilidades evidentes u ocultas y, especialmente, los factores psicológicos, sociales, culturales y espirituales, muy importantes para llegar a un diagnóstico integral (Espinosa Brito, 2010, 2011, 2015 y 2016a; Espinosa Brito y Espinosa Roca, 2016b).

Comprender integralmente a la persona

Implica entender a la persona en su contexto familiar (ciclo vital de la familia), social y biográfico (ciclo vital), pues estos factores se encuentran en íntima relación con los problemas de la salud, su impacto y las expectativas. En ocasiones, es preciso “esperar” para llegar a ciertos temas que facilitan al médico esa comprensión. La esencia del método clínico enfocado en la persona es el intento del médico por comprender tanto al paciente como a la enfermedad.

Encontrar un campo común en relación con la atención del paciente

Este componente se refiere a poder generar un plan de acción que integre la “agenda médica” y la “agenda del paciente”, acordar prioridades y metas, la responsabilidad y el poder. En términos bioéticos: hacer hincapié en el desarrollo de la autonomía del paciente.

Incorporar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y otros daños

Los cuidados longitudinales en la atención primaria de salud permiten realizar cuidados preventivos primarios y secundarios para proteger la salud

del paciente, su familia y la comunidad desde una perspectiva biopsicosocial. Cada encuentro con el paciente es una oportunidad para llevar a cabo acciones promocionales y preventivas.

Reforzar la relación médico-paciente

Entendida como una relación de humanismo y ayuda, permite establecer un vínculo de confianza para prevenir y resolver los problemas de salud del paciente. Las personas, y, por ende, las familias y las colectividades, necesitan un médico que converse, conozca sus problemas, atienda sus dolencias, promueva su salud y prevenga las enfermedades y otros daños. Cada encuentro con el paciente es único e irrepetible y, por lo tanto, el médico debe esforzarse por captar todos los elementos de valor. Reforzar la relación médico-paciente implica actitudes como la empatía, la aceptación y la autenticidad. Este aspecto es uno de los elementos del arte de la medicina.

Uso realista del tiempo y los recursos

Consiste en orientar la práctica clínica hacia las prioridades, las necesidades y los recursos del paciente y del médico, en el contexto donde se realizan los cuidados.

En la aplicación del método clínico enfocado en la persona recomendamos desplegar dos componentes más (Alvarez Sintés, 2006, 2010, 2017): el sexto sentido y el expediente o historia clínica.

Sexto sentido

El médico general integral debe ser capaz de desarrollar un sexto sentido que le permita darse cuenta de cuándo un paciente está somatizando un problema que responde a una crisis familiar, o cuándo se vale de una aparente queja sin importancia para lograr que se le tranquilice frente a sus temores por la presencia de una enfermedad en él o en algún ser querido.

Expediente e historia clínica

El método clínico se convierte en un orden de trabajo que el médico elabora dentro de la consulta a través de una relación médico-paciente-familia-comunidad. Lo hace con una herramienta de registro, la historia clínica, para llegar al diagnóstico global del proceso salud-enfermedad de la persona, que en la atención primaria de salud se trata en realidad del expediente clínico, porque, como diría el profesor Ilizástigui (2010), las etapas del método clínico no se agotan en la historia clínica. El autor considera que el expediente clínico es un documento cuyo estudio posterior facilita el aprendizaje, a través de diferencias y similitudes, para resolver nuevos casos. Es también un documento que constituye la materia prima para la investigación epidemiológica, clínica o farmacológica.

El método clínico enfocado en la persona agrega una búsqueda intencionada de la relación entre el problema de la persona y su familia:

- ¿El problema de salud puede tener su origen en patrones familiares de interacción o comportamiento? ¿La información que aporte la familia mejorará la comprensión del caso?
- ¿El problema de salud impactará en la dinámica familiar o en una reorganización de sus roles?
- ¿La evolución del problema se verá beneficiada con un compromiso familiar?
- ¿Las decisiones frente al problema de salud deberían ser tomadas de manera compartida entre dos o más miembros de la familia?
- ¿Hay otros miembros sintomáticos o en riesgo?
- ¿El problema se está viviendo con el sufrimiento de otros miembros?

El método clínico y el expediente clínico

En la práctica médica familiar cuando se habla de método clínico no puede ignorarse la herramienta de registro, la historia clínica, que es un instrumento fundamental en la práctica médica. Su origen se atribuye a Hipócrates (460 a. C.), quien inició el método racional de la descripción de los síntomas y las alteraciones obtenidas del paciente. En uno de sus célebres aforismos expresó “observa y ve por ti mismo y prueba que es así con muchas observaciones”.

Lain Entralgo (1908-2001), distinguido médico y filósofo español, definió la historia clínica como “el arte de ver, oír, entender y describir la enfermedad humana”.

Raimundo Llanio (1920-2013), eminente médico cubano, profesor y autor del acreditado libro de texto *Propedéutica clínica y fisiopatología*, señaló que la historia clínica sirve para realizar una ordenada recolección de síntomas, signos, datos de identidad y otros, que permiten al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico.

Para el autor también constituye una herramienta de aprendizaje e investigación del médico.

La historia clínica que se debe confeccionar en la atención primaria comparte aspectos esenciales con la que se realiza en la atención secundaria, pero posee particularidades propias. Por eso, el autor considera que debe elaborarse de manera exhaustiva y concreta a la vez, siguiendo un orden riguroso y metódico en sus diferentes partes, de manera tal que exponga claramente las interpretaciones del que la realiza, y se convierta en una fotografía que el médico ha interpretado sobre las áreas biológica, psicológica, social y cultural de su paciente. El médico es un interpretador,

bueno o malo, de lo que el paciente vierte en el interrogatorio o de los datos que, sobre él, ha recogido en el examen físico y en los estudios complementarios.

La historia clínica no es objetivo específico de este libro y queda como tema que se tratará en otra oportunidad. Al expediente clínico se hizo referencia en párrafos anteriores.

Aprendizaje del método clínico en la atención primaria de salud

“¿Cómo enseñar algo a alguien? No se le puede enseñar nada a nadie; solo se le puede ayudar a encontrarlo dentro de sí”.

Galileo Galilei (1564-1642)

“La enseñanza del médico comienza con el paciente, continúa con el paciente y termina con el paciente”.

William Osler (1849-1919)

Baglivo (Italia, siglo XVII) insistía en que “el mejor libro, el enfermo”; el destacado educador cubano con extraordinaria vida académica y pensamiento prolífero, Fidel Ilizástigui Dupuy (1924-2005) recalca que

educar al hombre como médico para que actúe toda su vida como buen ciudadano y excelente profesional, comprometido con la salud poblacional es tarea extremadamente difícil y compleja. Ella rebasa las posibilidades de cualquier facultad de medicina, donde un conjunto inconexo de asignaturas atiborra a los estudiantes, con informaciones inútiles y prácticas docentes demostrativas alejadas del objeto y de la práctica real de la medicina.

El marco histórico, en opinión de Arteaga y Fernández Sacasas (2010; Fernández Sacasas, 2005), de cuyos aportes tomamos algunas ideas, defendían que en la antigüedad la clínica se aprendía sobre todo de forma ambulatoria o domiciliaria.

En los tiempos modernos fue adquiriendo cada vez mayor relevancia el hospital y esta educación preponderantemente hospitalaria promueve que los educandos se enfoquen en casos muy seleccionados en el orden técnico y biológico, a menudo en un estadio avanzado o terminal de su afección. Pero este enfermo no es representativo de toda la población que requiere cuidado.

Se ha encontrado que de mil personas en un área de la comunidad solo dos ingresan en un periodo de dos semanas. Así, los pacientes hospitalizados constituyen una muestra altamente seleccionada, que excluye al enfermo que no requiere ingreso, al sector con una morbilidad oculta, a los pacientes en riesgo y a los sanos.

Además, todo ingresado tiene un pasado y un futuro fuera del hospital, etapas en las que requiere de atención médica, de gran significación en relación con la conveniencia del diagnóstico y tratamiento tempranos y el seguimiento y control posteriores.

Si lo primero es definir el método y sus particularidades en la medicina familiar, lo segundo es destacar que, en la atención primaria de salud al atender a una persona, se trabaja siguiendo las etapas del método clínico, lo cual debe explicarse a los educandos y ser aplicado siempre por los especialistas.

Ilizástigui (2010) afirmaba que si el uso del método científico (método clínico) es la conducta básica del clínico para curar a los enfermos, debiera ser la enseñanza de este método el alma de la educación en dicha especialidad (su unicidad) y a partir de ello delinear la metodología para su aprendizaje en todas las disciplinas clínicas (su diversidad).

La metodología para su aprendizaje y dominio es el protagonismo por parte del profesional y del estudiante en formación insertado en la realidad de los servicios de salud. Esta es la única forma de apropiarse del método clínico: singular e irrepetible en cada paciente. Su dominio demanda un proceso sistemático y organizado en el que se engendra una reestructuración cualitativa de los esquemas, las ideas, las percepciones o los conceptos. También es un proceso dinámico, activo e interno. No se trata de transmitir información, sino de fomentar el desarrollo y la práctica de los aspectos cognoscitivos del educando, cuyo fin es lograr un adiestramiento significativo.

Para aprender el método clínico en medicina familiar toma valor la referencia del destacado clínico cubano Fernández Sacasas (2005), al citar a Ortega y Gasset (1883-1955) acerca de las tres misiones de la Universidad: enseñar, investigar y transmitir la cultura. Fernández Sacasas (2005) opina, además, que la investigación clínica resulta consustancial a la aplicación del método clínico, así como a su enseñanza, como ha afirmado Atchley (1957): “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”.

La integración entre los tres tipos de actividades (docentes, asistenciales e investigativas) se logra de manera efectiva con el método clínico, al fomentar en los estudiantes la independencia, la creatividad y la búsqueda permanente del conocimiento.

El método clínico no se aprende en el aula ni en la biblioteca ni en las computadoras, que sí son fuentes de información. Es necesario prever espacios donde se materialice el uso del método clínico mediante la práctica médica como parte de la formación, que aporta así a la solución del problema de salud del paciente.

El hospital brinda un escenario apropiado para adquirir los saberes de ese procedimiento, pero sus particularidades en la práctica de la medicina familiar no se aprenden en los centros hospitalarios, sino al insertar a los educandos en el servicio de medicina familiar, en el escenario donde se brinda atención de salud a la persona, en el contexto familiar y social donde su objetivo es más amplio que la curación.

La forma de organización de la enseñanza es la educación en el trabajo, basada en el principio martiano del estudio-trabajo, y su forma superior es la enseñanza tutorial, sustentada en la relación individual o de pequeños grupos. En ella el estudiante se forma integralmente e interactúa de manera activa con el resto de los integrantes del equipo de trabajo, donde cada cual desempeña el papel que le corresponde y bajo la dirección del profesor brinda una atención médica integral a las personas sanas o con problemas de salud y a la colectividad, contribuyendo a la transformación del estado de salud del individuo, la familia y la comunidad.

El principal objetivo de la educación en el servicio de medicina familiar es el de contribuir a la formación de las habilidades y los hábitos prácticos que caracterizan las actividades del médico; entre ellas, la adquisición del método clínico y la formación de los rasgos que conforman su personalidad.

Contribuye, además, a consolidar, ampliar y aplicar los conocimientos adquiridos durante el proceso docente-educativo (Corona, 2010, Alvarez Sintes, 2006; 2017).

Las acciones de cada miembro del equipo para propiciar el dominio del método clínico, a partir de los diferentes tipos de educación en el trabajo, no pueden ser espontáneas. El profesor, a partir de los objetivos docentes asistenciales específicos de cada una de ellas, tiene que asegurar el desarrollo de la estrategia docente y establecer las tareas que cada uno debe cumplir.

Por lo tanto, para cada actividad el profesor tiene que haber definido la tarea que desempeñará cada docente o especialista, residente, interno y demás estudiantes de medicina; y de forma grupal, como equipo de trabajo durante el desarrollo de la actividad educativa. Igualmente se procederá con las acciones individuales que con posterioridad y como labor independiente tendrán que efectuar (dentro y fuera del tiempo lectivo), y cuyos resultados serán controlados y evaluados en la próxima actividad docente.

El profesor organizará, dirigirá y controlará esas tareas. Asimismo, velará por la participación activa de cada integrante del equipo, y evaluará su desarrollo dinámico, evolutivo, así como el “error por exceso de participación”, lo cual desempeña un importante papel en el aprendizaje de cada uno de los estudiantes.

En el aprendizaje del método clínico debe estar presente el vínculo teoría-práctica; es decir, que sobre bases teóricas los estudiantes aprendan al ser insertados en la realidad de los servicios de salud, a partir de la solución de múltiples problemas reales con pacientes, en los escenarios donde se practica la clínica ambulatoria. Esa relación es necesaria para desarrollar habilidades con pensamiento clínico-epidemiológico y social.

Entonces, se deben buscar espacios propicios que favorezcan la adquisición de las particularidades del método clínico en la práctica de la medicina familiar y estimulen el desarrollo de las capacidades de análisis, razonamiento, el uso adecuado de los avances científicos y tecnológicos, asumir habilidades prácticas profesionales y otras relacionadas con el trabajo científico, así como beneficiar la tarea en equipo y la toma de decisiones, el enfrentamiento a situaciones de la vida real, la comunicación oral y escrita, y el empleo de diferentes medios para obtener la información científica, entre otros.

Se debe propiciar la participación del educando en grupos de trabajos científicos extracurriculares y en jornadas científicas estudiantiles, como parte de su formación integral. Para ello, el profesor o tutor debe tener una alta vocación docente para ser capaz de desplegar el método y promover la formación integral de sus educandos (científico-técnica, humanista y ético-moral).

Resulta cardinal que el estudiante o especialista joven sea el actor principal del aprendizaje, que aprenda a instruirse y se motive para alcanzar nuevos conocimientos y desarrollar habilidades. Es una necesidad para llegar a dominar el método clínico. El papel del docente es orientar la formación más hacia el aprendizaje que a la enseñanza, y priorizar el cómo y no el qué, de manera que el educando eleve el protagonismo, lo cual contribuye a su independencia cognoscitiva y creatividad.

Espinosa Brito (2011; 2015) ha insistido en que la clínica más que enseñarse se aprende en el trabajo diario, duro, arduo, independiente, paciente, bajo la conducción y guía de un buen docente, que tiene la tarea de adiestrar a observar, interrogar, examinar, diagnosticar, pronosticar e imponer la terapéutica de carácter integral al futuro médico; así como también despertar en los educandos el humanismo, el amor por la medicina y su profesión, lo que supone la formación de un ideal humano y la consideración de todos los factores que se deben tener en cuenta para que tal aspiración se convierta en realidad.

Thomas Sydenham (1624-1689) considerado el Hipócrates inglés recomendaba a sus alumnos leer el Quijote para impregnarlos de humanismo.

“Instruir puede cualquiera, educar sólo el que sea un evangelio vivo”.

José de la Luz y Caballero (1800-1862)

La aplicación de este método garantiza la capacidad de dar solución al problema de salud de la persona, lo cual, para el estudiante es el modo de actuación, y para el médico graduado, su competencia profesional.

Otro elemento importante y a nuestro juicio necesario para la consolidación académica de la especialidad es la instauración de la discusión de los “casos” en colectivo para tomar decisiones en grupo, discutir resultados de tecnología y evaluar la terapéutica empleada. Es una manera de contribuir al desempeño clínico del médico familiar y hacer que la clínica, en la atención primaria de salud, se impregne de ciencia con los cuatro enfoques:

- Clínico-epidemiológico-social.
- Anátomo-clínico.
- Fisiopatológico.
- Etiopatogénico.

Conclusiones

La medicina general integral va mucho más allá del abordaje concreto de cada problema de salud, ya que permite el tratamiento integral de los problemas que afectan a las personas, mucho más allá de la fragmentación de la atención. Se dirige al diagnóstico global, por lo que el médico queda convencido de que sin la aplicación de la clínica no existe diagnóstico oportuno y correcto, y la medicina se deshumaniza.

Además de su calificación científico-técnica, el médico general integral debe poseer una gran dosis de humanismo, comunicación asistencial, razonamiento clínico y profesionalidad, que son los componentes imprescindibles del diagnóstico.

El método clínico en la práctica de la medicina familiar tiene implícito el enfoque clínico-epidemiológico social y en los casos cubano y venezolano (con la misión Barrio Adentro) emplea la dispensarización, el análisis de la situación de salud y la sectorización.

Al proceso de toma de decisiones en el ámbito de la atención primaria se le define como *método clínico centrado en la persona*, o intento por parte

del médico de desempeñar una triple tarea: comprender a la persona, al paciente y también a la enfermedad. Por eso, se debe recordar que una cosa es ser paciente, otra estar enfermo y otra cosa la enfermedad.

El método clínico enfocado en la persona aborda los aspectos siguientes:

- Explorar la situación (síntomas y signos del problema) y el padecimiento o malestar (la experiencia personal de la situación).
- Comprender al paciente como una persona única, con sus emociones y con una historia personal también única.
- Negociar con el paciente la explicación y el manejo del problema, e incorporar sus opiniones, temores y expectativas.
- Introducir la educación para la salud y la prevención como una preocupación más por la persona.
- Reforzar el aspecto relacional, de manera autocrítica y reflexiva.

El método clínico enfocado en la persona es ideal para:

- El desempeño de los médicos de familia en su actuación en la atención primaria de salud.
- Hacer un uso de excelencia del interrogatorio, el examen físico, el razonamiento clínico e indicar exámenes complementarios cuando sea necesario.
- Desplegar la observación del proceso salud-enfermedad de la persona durante un periodo antes de realizar exploraciones o intervenciones agresivas o costosas. De esta forma, la observación clínica se convierte en un arma importante en el arsenal del médico de familia para validar o rechazar las hipótesis clínicas, siempre que, como es natural, no suponga riesgos inaceptables y que el peligro que entraña la espera sea menor que el de la investigación activa.
- Reconocer en la persona la diversidad, la magnitud y la interrelación de los problemas de salud que la aquejan e instruir en las mejores estrategias de solución.
- Asumir la mayor parte de la atención médica individual de la población.

El “nuevo” método clínico centrado en la persona y no en la enfermedad tiende a restaurar el equilibrio entre pensar y sentir, y requiere compartir con la tecnología. La etiqueta diagnóstica explica lo que el individuo con una determinada enfermedad tiene en común con todos los demás que la padecen, pero el sufrimiento (malestar) personal es único para cada persona.

La forma en que el médico general integral entiende los problemas y los aborda con el método clínico puede ser muy interesante para otros especia-

listas que tratan los mismos trastornos y a las mismas personas, pero desde otros ámbitos sanitarios.

La práctica de la medicina familiar exige un gran dominio del método clínico. De no lograrlo, es muy probable que resulte un profesional peligroso para la salud y la vida del paciente. Se debe recordar que con frecuencia el médico familiar es el primer especialista consultado por una persona con o sin problemas de salud.

No queremos concluir este texto sin referirnos a las palabras de Daniel Barenboim⁹ acerca de un escrito sobre música y humanidad, citado por Gentilini (2008):

La gente cree que lo que un director tiene que hacer es lo que está escrito. Pero, ¿qué es lo que está escrito? La partitura es sólo una anotación del pensamiento, de una idea. Es una aproximación, pero no algo exacto. En realidad, lo que dice la partitura es muy relativo. Y no se trata sólo de leer entrelíneas sino de hacer vivir el pensamiento que tuvo el autor en un medio como la música, que es efímero.

Quien piense que una obra musical es lo mismo que una partitura sigue una línea errónea. La obra existió en el cerebro del autor. Unas manchas negras sobre un papel blanco, no son lo mismo que una sonata de Beethoven. Es algo así como la foto y la realidad. La partitura es una foto. Pero no es la obra. La obra se crea cada vez. Interpretar una obra es cada vez un desafío, es libertad, pero también implica mucha humildad. Para mí, interpretar una obra es como crear un universo aparte, fuera del mundo.

De la misma forma, en medicina, el profesional tiene que unir y compaginar todas las notas, todo lo que influye y de lo que depende el método clínico para llegar al diagnóstico global y lograr que se recupere, alivie o proteja la salud de la persona. Cada encuentro con el paciente es único e irrepetible, de la misma manera que no hay dos conciertos iguales.

El arte de la clínica en la medicina general integral se pondrá de manifiesto con la capacidad, habilidad y experiencia técnica para aplicar el método clínico a la solución de un problema de salud individual con enfoque clínico epidemiológico, social y psicológico.

⁹ Daniel Barenboim (Buenos Aires, 15 de noviembre de 1942) es un destacado pianista y director de orquesta argentino nacionalizado español, israelí y palestino, ganador de varios premios Grammy.

Bibliografía

- Alvarez Sintés, R. (2006). Evaluación del método clínico mediante perfiles de práctica médica. En: *IAES*. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Diplomado de Formación de Formadores. Maracay: IAES.
- Alvarez Sintés, R. (2010). El método clínico en la práctica de la medicina familiar. *Medisur*, 8 (5). Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1337>
- Alvarez Sintés, R. (2014a). Ciencia y arte de la medicina general integral. En: Álvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. I. 3ra. ed. La Habana: Ecimed. p. 27-31.
- Alvarez Sintés, R. (2014b). Prefacio. En: Álvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. I. 3ra. ed. La Habana: Ecimed. p. 25-27.
- Alvarez Sintés, R. (2017). *Método clínico en APS*. La Habana: OPS.
- Arteaga-Herrera, J. y Fernández-Sacasas, J. (2010). El método clínico y el método científico. *Medisur*, 8 (5). Recuperado de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1312>
- Belle Brown, J. (2007). Método clínico centrado en el paciente. En *Investigación cualitativa y método clínico centrado en el paciente*. Argentina: CEM/UWO.
- Cabrera Cruz, N. y Toledo Fernández, A. M. (2008). Los estudios de la pesquisa activa en Cuba [debate]. *Rev. Cub. Salud Pública*. Jun.-Mar., 34 (1), Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney (2007a). Método clínico centrado en el paciente. *Rev. Aequus: Medicina Familiar y APS*, Ago. (8). Recuperado de: <http://aequus.blogspot.com/2007/08/mtodo-clnico-centrado-en-el-paciente.html>
- Centro de Estudios en Medicina Familiar Ian McWhinney (2007b). *Método clínico centrado en el paciente: Estudio de casos*. Argentina: CEM Ian McWhinney.
- Corona Martínez, L. A. (2010). Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. *Medisur*, 8 (5), 78-82. Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1329>
- Díaz Novás, J. (2008). Secretos del diagnóstico médico. *Juventud Técnica Digital*, Jul. (6). Recuperado de: <http://www.pdfdownloadzone.com/guia-digital2008-pub.html>
- Díaz Novás, J., Fernández Sacasas, J. y Guerrero Figueredo, A. (1993). El diagnóstico en la atención primaria. *Rev. Cub. Med. Gen. Integ.*, 9 (2), 150-5.
- Espinosa Brito, A. (2010). La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. *Medisur*, 8(5). Recuperado de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1313>
- Espinosa Brito, A. (2011). *La clínica y la medicina interna: pasado, presente y futuro*. La Habana: Ecimed.
- Espinosa Brito, A. (2015). Algunas “lápidas” sobre la práctica médica. *Medisur*, 13 (3). Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view3/3067>
- Espinosa Brito, A. (2016a). Editorial. Protagonismo del médico clínico en el diagnóstico. *Rev. Cub. Med.*, 55 (1). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol55_1_16/med01116.htm
- Espinosa Brito, A. (2016b). El síndrome NSLQT. *Medisur*, 14 (3). Recuperado de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3294>

- Espinosa Brito, A. y Espinosa Roca, A. A. (2016c). Prognosis errors. *BMJ*, 352. doi 10.1136/bmj.i1417 (Rapid Response). Recuperado de: <http://static.www.bmj.com/content/352/bmj.i1417/rapid-responses>
- Espinosa-Brito, A. (2015a). La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. *Medisur*, 13 (6). Recuperado de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3149>
- Fernández Sacasas, J. (2005). La enseñanza de la clínica. Reflexiones sobre el tema. *Rev. Educ. Med. Super.*, Abr.-Jun. 19 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Fernández Sacasas, J. A. y Díaz Novás, J. (2009). Algunas consideraciones teóricas sobre pesquisa activa [trabajo de revisión]. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.*, Oct.-Dic. 25 (4). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi11409.html
- Frellick, M. (2015). Landmark report urges reform to avert diagnostic errors. *Medscape Medical News*. Recuperado de: <http://www.linkedin.com/pulse/landmark-report-urges-reform-avert-diagnostic-errors-velandy-manohar?trk=prof-post&trkSplashRedir=true&forceNoSplash=true>
- Gentilini, J. H. (2008). *Del método científico al método clínico. Utilidad de una antigua herramienta*. Argentina: Psicofisiología-UNR-Biblioteca. Recuperado de: http://www.psicofisiologia.com.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=251&Itemid=35
- Ilizástigui Dupuy, F. (1985). *Salud, Medicina y Educación Médica*. Ciudad de La Habana: Ecimed. p. 101-238.
- Ilizástigui Dupuy, F. (1996). La ciencia clínica como objeto de estudio. *Bol. Ateneo Juan César García*, 4 (1-2), 7-24.
- Ilizástigui Dupuy, F. (2000). El método clínico: muerte y resurrección. *Rev. Cub. Educ. Med. Super.*, 14 (2), 109-27.
- Ilizástigui Dupuy, F. y Rodríguez Rivera, L. (2010). El método clínico. En: Nasiff Hadad, A., Rodríguez Silva, H. M. y Moreno Rodríguez, M. A. *Práctica clínica*. La Habana: Ecimed.
- Llanio Navarro, R., Fernández Mirabal, J. E. y Fernández Sacasas, J. A. (1987). *La Historia Clínica: la mejor arma del médico para el diagnóstico de las enfermedades*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Moreno Rodríguez, M. A. (2000). Valor del interrogatorio en el diagnóstico. *Rev. Cub. Med.*, Jul.-Sept. 39 (3). Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_3_00/med03300.htm
- Moreno Rodríguez, M. A. (2010a). El método clínico, las “buenas prácticas clínicas” y el profesionalismo médico. *Medisur*, 8 (5). Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1323>
- Moreno Rodríguez, M. A. (2010b). Crisis del método clínico. *Medisur*, 8 (5). Recuperado de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1316>
- Moreno Rodríguez, M. A. (2012). *El método clínico. Lectura y lecciones*. La Habana: Ecimed.
- Rodríguez Rivera, L. (1982). La entidad nosológica: ¿un paradigma? *Rev. Cub. Adm. Salud*, 8, 253-68.
- Rodríguez Rivera, L. (1999). *La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Rojas Ochoa, F. (2012). Prólogo. En: Moreno Rodríguez, M. A. *El método clínico. Lectura y lecciones*. La Habana: Ecimed.

MÉTODO CLÍNICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REFLEXIONES NECESARIAS¹⁰

Rubén Darío García Núñez y María Aurelia San Juan Boch

El método clínico constituye un sistema de reglas que ordena los procedimientos, de los cuales se vale el médico para precisar los síntomas y signos con los que elabora el diagnóstico. Su aplicación en el nivel de atención primaria tiene sus particularidades, aunque frecuentemente se observan en la práctica diaria un uso incorrecto de estas reglas.

Al participar en los exámenes prácticos estatales para la evaluación de internos o para el otorgamiento del grado de especialistas a los residentes de Medicina General Integral, hemos podido meditar acerca de las principales dificultades que les impedían realizar el ejercicio de manera satisfactoria, para lo cual se habían preparado y que resumía la labor de todo un año. Estas dificultades consistían en la incorrecta aplicación del método clínico.

Por ese motivo, y a modo de reflexión, se tratarán las particularidades del método clínico en la atención primaria de salud, sus principales vulnerabilidades y el papel que tienen las universidades médicas en el rescate de su uso, como instrumento fundamental para brindar una atención de excelencia.

Generalidades del método clínico

El *método clínico* o *proceso del diagnóstico* es el conjunto de pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales, y consiste en la formulación por parte del enfermo de sus quejas de salud y en la obtención por parte del médico de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas y comprobarlas al final, mediante una contrastación que, en la mayoría de las circunstancias, se establece a través de exámenes

¹⁰ Una versión de este capítulo fue publicada originalmente por García Núñez, R. D. et al. (2010). El método clínico en la atención primaria de salud. Algunas reflexiones. *Medisur*, 8 (5). Suplemento El método clínico. Recuperado de: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1338>. Se agradece a los autores y editores, su aprobación para la reproducción modificada en esta obra.

complementarios de cualquier tipo: de laboratorio o imagenológicos. De ahí que los cinco pasos o etapas del método clínico sean: formulación, información, hipótesis, contrastación y comprobación.

Quizás fue Richard Bright en el Hospital Huis, de Londres, en la primera mitad del siglo XIX, quien introdujo por primera vez el laboratorio en la práctica médica, al realizar de forma sistemática en sus enfermos con hidropesía, la búsqueda de albúmina en la orina al calentar una muestra en una cuchara, con la llama de una vela.

A partir de esa fecha, como consecuencia de diversos inventos y adelantos en el campo tecnológico, en la práctica clínica se establecieron progresivamente como exámenes complementarios numerosas técnicas de laboratorio de todo tipo: de imágenes, anatomía patológica, registros, endoscopías, etc. La explosión ocurrida en el campo de la medicina después de la Segunda Guerra Mundial, originada por la ya trascendental revolución científico-técnica, puso en las manos del médico de la segunda mitad del siglo XX, tecnologías cada vez más complejas, sofisticadas, precisas, detalladas y eficientes, las cuales, en ocasiones, pudieran aportar datos más allá del límite de sensibilidad de la clínica. Si bien hay enfermedades como la migraña, el Parkinson o el tétanos, en las cuales el diagnóstico continúa siendo exclusivamente clínico, en los últimos 50 años apenas hay afecciones que no se hayan beneficiado de los progresos de la tecnología médica en su identificación, conocimientos y manejo.

En la medicina clínica de la pasada centuria, los análisis complementarios quedaron incorporados de forma medular a nuestro saber y actuar. La introducción de la tecnología tornó cada vez más compleja y costosa la práctica clínica. Entre las consecuencias, surgió el imperativo de desarrollar otras especialidades paraclínicas de medios diagnósticos, que fueron apareciendo en la medida que se incorporaron nuevos equipos y técnicas que requerían determinados conocimientos y habilidades para su uso.

Bernard Lown, un destacado cardiólogo norteamericano y premio Nobel, escribió en 1995 que “la sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima” (Weatherall, 1997) y 5 años antes, el profesor mexicano Hinich planteó que “el médico moderno, cual aprendiz de brujo, ha dejado de ser el amo de la tecnología para convertirse en su servidor” (Hinich, 1990).

Los rasgos distintivos de la medicina en la segunda mitad del siglo XX se han caracterizado por el progreso de la terapéutica, de las ciencias básicas y la tecnología aplicada al diagnóstico, los cuales han llevado a un segundo plano los atributos seculares del médico y los principios que guiaron el ejercicio de la práctica individual: el interrogatorio, el examen físico y el razonamiento. Hoy

más que nunca la medicina obedece a los dictados del mercado, que impone al galeno una conducta ajena a su esencia, lo cual determina una inadecuada relación médico-paciente, con las deletéreas consecuencias que esto trae consigo para el enfermo.

Existen debilidades para la obtención de una excelencia médica generalizada, pues el abandono del método clínico es casi universal. Sin embargo, en Cuba tenemos la voluntad política y científica para lograr la mejor atención al paciente.

Particularidades del método clínico en el nivel de atención primario. Experiencia cubana

Con la creación y el desarrollo del *Programa del médico y la enfermera de la familia* en Cuba se han fortalecido los enfoques caracterizados por la tendencia a la atención médica integral, donde la familia y la comunidad son también consideradas en la evaluación del proceso salud-enfermedad al nivel individual. Esto responde, en esencia, a la convicción de que no solo las interacciones familiares, sino también las comunitarias pueden tener un efecto profundo sobre la condición de salud o enfermedad en una población. Con frecuencia se constatan afecciones que, aunque aparentemente afectan solo al individuo, generan otras consecuencias en el ámbito familiar o, incluso, comunitario. En definitiva, son muchos los padecimientos que no pueden ser comprendidos de manera cabal, a menos que se evalúen simultáneamente en el contexto personal, familiar y social.

Es tradicional el mensaje educativo y práctico de que, para abordar la enfermedad al nivel individual, el médico debe aplicar el método clínico; de igual manera, se ha reiterado que, durante el diagnóstico y la intervención ante un problema de salud comunitario, el médico debe recurrir al epidemiológico. Aunque se ha hecho referencia a que “lo singular de cada uno, lo hace específico para su materia y punto menos que inútil para la otra”, en la práctica, el equipo básico de salud en el nivel primario emplea ambos métodos indistintamente. Mediante ellos busca y encuentra respuestas a los problemas que se le presentan a la comunidad en la cotidianidad.

Sin embargo, no debe interpretarse que el método científico que se aplica en el nivel primario es la simple sumatoria del método clínico con el epidemiológico, como tampoco es adecuado considerar a la medicina familiar como la sumatoria de varias especialidades verticales. Nuestro modo de actuación desborda los principios teóricos del método clínico tradicional y se expresa con cuerpo propio, como un procedimiento clínico basado en modelos o como se conoce más comúnmente: método clínico en medicina familiar.

Con este se amplía el objeto de estudio tradicional del profesional de la salud y se incorpora a la persona, la familia y la comunidad aparentemente sanas. Al incluir el enfoque de riesgo en su concepción y expresión práctica, este método científico condiciona que el equipo básico de salud atienda no solo a la demanda de sus pacientes o familias, sino también a su necesidad (no siempre sentida). Evaluar la situación de salud individual de manera interactiva e integral, con la participación de las propias personas y sus familias favorece que estas se consideren entes activos para su transformación y mejora constantes.

Aun sin proponérselo, los médicos y las enfermeras de la familia que forman parte de la comunidad que atienden, a diario incorporan información sobre su escenario a partir de diferentes y sucesivas aproximaciones. Esta fortaleza en manos profesionales constituye una herramienta básica si se pretende identificar problemas y proponer cambios positivos en la situación de salud de la población. Desde la experiencia, la identificación de los riesgos para la salud en un área determinada será relativamente fácil para un profesional instruido en materia de salud familiar y comunitaria.

Sin embargo, la caracterización de los problemas de salud comunitarios realizada por un equipo básico de salud no siempre estará en correspondencia con las necesidades sentidas de sus pobladores. La comunidad tiene su propia percepción de la realidad que vive y el equipo básico de salud es solo una parte de ella. Por eso, se necesita de la concertación consciente de los esfuerzos y las opiniones de todos los implicados para abordar una situación de salud que les resulta común.

Dicho de otro modo, los médicos y las enfermeras de la familia para conocer de los síntomas o signos relacionados con la situación de salud familiar o comunitaria deben escuchar el parecer de los integrantes de ese entorno (según sea el caso), de la misma manera como lo hacen con las personas al evaluar su situación de salud individual. El tratamiento de un problema de salud a estos niveles también requiere observación, interrogatorio y examen de la situación, y, una vez definida una impresión diagnóstica, de una conducta, donde sin dudas debe participar la propia familia o la comunidad.

Peculiaridades del proceso del diagnóstico en la atención primaria de salud

En el diagnóstico en la atención primaria de salud se emplean los métodos y razonamientos ya explicados. Pero no deben dejar de señalarse algunas particularidades propias de este medio:

1. Los pacientes muchas veces acuden al médico de la familia en el estadio inicial de sus problemas de salud, antes que el cuadro clínico se desarrolle por

completo, por lo que se deberán tomar decisiones con indicios diferentes, pues los síntomas cambian en la medida que la enfermedad evoluciona.

2. Hay que tener presente que cuando el paciente concurre por primera vez a la consulta, en las etapas iniciales de la enfermedad y en la variedad de afecciones vistas por el médico de la familia, en general los síntomas son más importantes y los signos se manifiestan con menor frecuencia y más tarde.
3. Los síntomas y la frecuencia con que ocurren las enfermedades en la comunidad, los riesgos a que está sometido el paciente y el conocimiento previo que el médico tenga de él, son muy importantes para elaborar las diferentes hipótesis diagnósticas.
4. El factor *tiempo* es crucial en muchos diagnósticos y en el pronóstico de los pacientes. Como al primer médico que visitan habitualmente es al de la familia, recaerá sobre este la difícil responsabilidad de realizar los diagnósticos en las fases iniciales de la dolencia, pues cuando la enfermedad está avanzada y tiene todos sus síntomas y signos completos, hasta para los familiares y amigos del paciente es evidente de lo que se trata, aunque la perspectiva es peor.
5. En la atención primaria se debe conocer una máxima médica que hace casi 500 años utilizó Maquiavelo para los problemas políticos: “Las enfermedades en su inicio son difíciles de diagnosticar y fáciles de curar, con el paso del tiempo si no son diagnosticadas ni tratadas, se convierten en fáciles de diagnosticar, pero difíciles de curar”. Por eso, entre las habilidades y deberes fundamentales de los médicos de la familia está convertirse en expertos en los diagnósticos precoces y difundir la experiencia alcanzada en este campo.
6. Ese profesional debe estar preparado también para resolver con sus orientaciones y una adecuada relación con el paciente, la expresión somática de sus problemas psicológicos —que muchas veces se repiten a lo largo de los años—, así como evitar el uso exagerado de medicamentos y técnicas diagnósticas innecesarias, sin mostrar cansancio o desinterés en la entrevista.
7. En la atención ambulatoria, el patrón de morbilidad se asemeja al de la comunidad. Esto significa que hay una alta incidencia de enfermedades agudas —muchas de ellas de carácter transitorio y curación espontánea—, y una alta prevalencia de enfermedades crónicas y problemas de la conducta.
8. El paciente se presenta con problemas que a menudo son una mezcla compleja de componentes físicos, psicológicos y sociales.
9. La incidencia y prevalencia de las enfermedades en la práctica de la medicina familiar tienen un efecto significativo sobre la probabilidad de la enfermedad y el valor predictivo de los síntomas, los signos y las pruebas.

Principales vulnerabilidades del método clínico en el nivel primario de atención

El doctor José Ángel Fernández Sacasas, profesor insigne de la medicina interna cubana, ha realizado importantes consideraciones sobre las principales vulnerabilidades del método clínico que son aplicables al nivel primario de atención y que comentaremos a continuación.

La incorrecta relación médico-paciente

La relación médico-paciente es vital para obtener la información que necesitamos en el diagnóstico, además de ser la piedra angular sobre la que descansan las potencialidades terapéuticas del galeno. Garantizada esta sinergia, se consigue dar tranquilidad, seguridad y obtener una mejor exposición de los síntomas por parte del enfermo, además de una mayor cooperación en el examen físico.

Un principio fundamental en la relación entre el galeno y el doliente es hacerle saber a este que lo comprendemos, que somos capaces de ponernos en su lugar, de ser solidarios con él y asegurarle que nunca lo abandonaremos.

Si no existe una adecuada comunicación y relación médico-paciente ocurrirán una serie de anomalías: el paciente se sentirá desatendido, no tendrá confianza en el médico y, por tanto, no colaborará lo suficiente en la atención de su afección.

Respecto a esa relación imprescindible, el estudio de Beckman y Frankel (1980) demuestra que los enfermos eran interrumpidos como promedio a los 18 s de comenzar a hablar, en ocasiones a los 5 s, que en la mayoría de los casos ese silencio obligado venía después de exponer el primer síntoma y que solo el 20 % pudo completar el relato de sus quejas. Noren (1980) notificó que el tiempo medio que el especialista de atención primaria dedica a sus enfermos es de 13 min y de 18 el internista, sin abordar los problemas emocionales de los pacientes en el 97 % de la muestra. Por su parte, De la Sierra (1982) consideraba que en las mejores condiciones de cooperación del enfermo y de entrenamiento del médico, para interrogar y examinar a un paciente nuevo se requiere un mínimo de 30 min, sin los cuales el método clínico no puede ser aplicado de manera adecuada.

En un largo estudio de 8 años en Canadá, Beaumier y Bordage (1992) hallaron entre las deficiencias más frecuentes de los médicos, no identificarse ante el paciente, no darle el tiempo necesario para contestar, hablar al mismo tiempo que él, no mirarlo, no atender a lo que se le decía, reírse inapropiadamente, hacer preguntas automáticas en tono monótono, permanecer distante, hacer un examen físico desorganizado, mecánico e irrelevante, mostrarse impaciente e incluso agresivo, no dar explicaciones o ser muy escueto y no

hacer el seguimiento posterior del enfermo. ¿Qué puede esperarse de tal tipo de relación médico-paciente?

Interrogatorio

El interrogatorio es la herramienta fundamental para determinar los problemas de salud de nuestros pacientes. Del 50 al 75 % de los diagnósticos se hacen mediante esa forma indagatoria (Naranjo, 1994).

Resulta esencial identificar la queja o motivo principal por el que el paciente solicita atención médica y describir sus síntomas más importantes. Esta descripción puede bastar para realizar un diagnóstico. No es lo mismo decir que una persona tiene un dolor, que detallar también su localización e irradiación, la intensidad, el modo de comienzo y de alivio, los síntomas acompañantes, etc. Se ha dicho, con toda razón, que un buen interrogatorio “exige la estrategia de un diplomático y el tacto de un confesor”.

El doctor Selman-Housein (2002) planteaba que un buen interrogatorio nos acerca al diagnóstico en el 90 % de los casos y que es el arma fundamental del método clínico, sin subvalorar los otros elementos, por lo que debe tener en cuenta todos los detalles que refiere el paciente y el cronopatograma, o sea, el orden de aparición de los síntomas y signos. El examen físico, unido al interrogatorio eleva, según Bauer, el porcentaje del diagnóstico a un 75 %, Griffen 75 al 90 %, Hampton 82 al 91 % y Selman-Housein 95 % (Selman-Housein, 2002).

En un estudio realizado por el doctor Miguel Ángel Moreno (Alemañy Martorel, 2005) se investigó el valor que el interrogatorio tiene en el diagnóstico, a partir de la anamnesis recogida por 48 estudiantes del último año de la carrera de Medicina (internos) a 96 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina del HHospital Militar Dr. Carlos J Finlay. Los propios pacientes aportaron 70 de los diagnósticos hechos por los alumnos, entre ellos el glaucoma. Los resultados confirmaron que el interrogatorio es la herramienta más importante en el diagnóstico de las enfermedades.

Una de las principales deficiencias observadas en la realización de los exámenes prácticos estatales en el internado es la falta de habilidad para interrogar, según constatan los análisis llevados a cabo en la Isla de la Juventud (Hernández, 2002) y Holguín (García de Paz, 2000), además de uno desarrollado en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos con los estudiantes del último año de la carrera (Romeu, 2004), quienes mostraron dificultades para efectuar un interrogatorio conciso, concreto y eficaz.

Examen físico

El examen físico complementa al interrogatorio. Los signos físicos son las “marcas” objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos

sólidos e indiscutibles. Su significado es mayor cuando confirman un cambio funcional o estructural ya sugerido por el interrogatorio.

Es capital la descripción minuciosa de cada signo encontrado. No es lo mismo decir que el paciente tiene una tumoración, que describir su ubicación, forma, tamaño, movilidad y sensibilidad. Con esa descripción podemos decir si es algo importante o banal, maligno o benigno.

La habilidad en el examen físico se adquiere con la experiencia, pero no solo la técnica determina el éxito para detectar signos ni basta con ojos y oídos agudos y entrenados, o dedos especialmente sensibles; se necesita una mente preparada para percatarse de estos. La pericia en el diagnóstico físico no solo refleja una manera de hacer, sino, sobre todo, una manera de pensar.

Este examen físico debe ser sistemático y minucioso en cada uno de los aparatos y sistemas, con el empleo de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación, así como saber rebasar los límites biologicistas, o sea, ser capaz de no reducir los conocimientos acerca del objeto (paciente) a los signos y síntomas, sino con la consideración de que estos son parte de un todo: el individuo. De esta manera la principal sistematicidad se pone de manifiesto en la comprensión de la dialéctica de lo singular (cuadro clínico) y lo general (hombre social). Con el interrogatorio y el examen físico correctos nos acercamos a la verdad, pues la recolección de datos es una función de la esfera cognoscitiva, en tanto guían hacia la hipótesis, es decir, al diagnóstico clínico presuntivo, aunque el médico debe pensar siempre en todas las posibilidades.

Este reconocimiento corporal conviene realizarlo solo después de haber interrogado, ya que la anamnesis guía el examen; el cual debe ejecutarse en un orden lógico, nunca por encima de las ropas y respetando el pudor del paciente, entre las recomendaciones fundamentales (Ilizástegui, 2000).

Pero en la práctica diaria se evidencian vulnerabilidades en este aspecto tan significativo del método clínico como son:

- La utilización inapropiada del mobiliario clínico en los consultorios médicos. Por ejemplo, algunos médicos no usan las camillas de reconocimiento para la exploración física del paciente, por lo que obvian la palpación del abdomen, y, en ocasiones, pasan por alto la medición del peso, elementos estos muy importantes en ese examen general.
- La falta de disponibilidad de esfigmomanómetros y estetoscopios que en muchos casos no se encuentran bien calibrados y que cuando sí lo están no se manejan bien, pues en algunas oportunidades se procede a la auscultación por encima de la ropa. Ello, además de constituir una violación de los principios del examen físico, puede dar lugar a interpretaciones erróneas de un hallazgo, como la identificación de estertores crepitantes en un individuo sano.

- Una de las mayores dificultades que se presentan en las áreas de salud es la ausencia de los principales instrumentos para la exploración neurológica, lo que conspira contra la adquisición de habilidades, especialmente porque con el Proyecto Policlínico Universitario, la mayor parte del tiempo los estudiantes se encuentran rotando por este nivel de atención.
- El momento es inapropiado para realizar el examen físico. En algunos momentos se lleva a cabo en condiciones no adecuadas como son la falta de privacidad y poca iluminación.
- No seguir un orden adecuado al efectuar el examen físico o hacerlo desorganizadamente.
- No transcribir los hallazgos a la historia clínica ambulatoria, por el extravío de esta o para optimizar tiempo en la consulta.
- Letra ilegible, empleo de siglas o mala redacción de los signos encontrados.

Agrupamiento de síntomas y signos

El siguiente paso será agrupar los síntomas y signos encontrados, seleccionando o dándole preferencia a los relevantes, a fin de construir diversos agregados o conjuntos que reflejen el cuadro clínico del paciente, lo que nos sirve de base para plantear las diferentes hipótesis diagnósticas.

Los médicos tratamos de agrupar los síntomas y signos para realizar el ejercicio diagnóstico, para ello construimos determinadas asociaciones: tríadas, tétradas, y, sobre todo, síndromes.

En la medida que agrupemos más síntomas y signos tendremos que considerar menos enfermedades como causas del problema que presenta el paciente y su valor orientador será mayor. Por ejemplo, bocio, temblor, taquicardia y exoftalmos nos hacen pensar en hipertiroidismo, así como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso en la diabetes mellitus.

Cada uno de esos signos y síntomas por separado obedece a múltiples causas, de ahí la importancia de concentrarlos. Debemos señalar que hay síntomas y signos, que, por su elevada sensibilidad o especificidad para una enfermedad o su relación estrecha con su fisiopatología, tienen más peso en el diagnóstico que la suma de otros menos significativos. A los alumnos de Medicina se les enseña a reunir síntomas y signos para la construcción de síndromes.

Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos asociados de modo frecuente, relacionados entre sí por una particularidad anatómica, fisiológica o bioquímica, pero que pueden corresponder a causas diferentes. No necesariamente identifica la causa precisa de una enfermedad, si bien disminuye el número de posibilidades y, a menudo, sugiere la necesidad de practicar ciertos estudios especiales clínicos y de laboratorio. Los trastornos de cada sistema u órgano en el ser humano pueden reducirse a un número relativamente pequeño de síndromes.

Un paso importante para el diagnóstico es qué síntoma o síndrome se escogerá para proceder con el ejercicio diagnóstico. Se seleccionará el de mayor jerarquía o personalidad en el cuadro clínico del enfermo, que no siempre coincide con su queja principal.

En un paciente con decaimiento y con sangrado digestivo, utilizamos esta última manifestación y no la astenia para realizar el ejercicio diagnóstico. Cuando el paciente presenta un síntoma o signo aislado, el diagnóstico siempre será más difícil, aunque también encontraremos otros elementos que nos faciliten la tarea. Por ejemplo, si el único hallazgo es una hemoptisis, se debe considerar la edad del paciente, el sexo, los antecedentes como fumador, de tuberculosis personal o familiar o de bronquiectasias, u otros elementos de valor que nos ayudarán significativamente en el diagnóstico. En los casos en que no se pueda definir un síndrome, nos llevarán al diagnóstico un enfoque ordenado del síntoma, así como los antecedentes al signo y a los hallazgos de laboratorio.

Cuando construimos un síndrome, debemos agrupar en él la mayor cantidad de síntomas y signos que presente el paciente. Si estamos ante un enfermo con disnea de esfuerzo, taquicardia, un soplo sistólico en el foco mitral, crepitantes en las bases pulmonares, ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores, no debemos plantear un síndrome respiratorio, cardiovascular, tumoral e hidropígeno, sino de insuficiencia cardíaca biventricular que los engloba a todos. Se debe recordar también que los síndromes respiratorio y cardiovascular no existen. Mientras más específico sea el síndrome, menos posibilidades diagnósticas estaremos obligados a considerar. El paciente puede presentar varios síntomas y signos, pero en cada caso debemos seleccionar para su análisis el más importante. Algunos autores han clasificado los síndromes en “duros” y “blandos” de acuerdo con su valor diagnóstico. Es evidente que los primeros son los más significativos.

Planteamiento de la hipótesis diagnóstica

Las hipótesis diagnósticas se bosquejan por la mayor semejanza que tenga el caso del paciente con las descripciones de las enfermedades que aparecen en los libros, todo ello muy relacionado con la experiencia del médico. Generalmente se escoge la hipótesis diagnóstica más parecida y se rechazan las que difieren mucho o donde es menor la similitud con el cuadro clínico del enfermo (diagnóstico diferencial). Para realizar el diagnóstico diferencial se deben considerar todas las enfermedades análogas con el caso del paciente analizado.

Para la elaboración de las diferentes hipótesis diagnósticas, Kassirer y Kopelman (1991) valoran tres formas de razonamiento:

Probabilístico. Basado en la periodicidad de la enfermedad en una población dada, en una edad, sexo o raza, o en la frecuencia de asociación de

determinados signos y síntomas con dicha afección. Este tipo de razonamiento se emplea mucho en medicina y sobre todo en la atención primaria. Un viejo aforismo clínico reza: “Pensar siempre en lo frecuente, pero sin olvidar lo raro”.

Por ejemplo, el caso de un paciente con dolor en el pecho: si es un hombre de 50 años, obeso, fumador e hipertenso, hay que considerar la posibilidad de una cardiopatía isquémica (angina de pecho o infarto del miocardio); pero si fuera una mujer de 20 años sin ninguno de los antecedentes enunciados sería muy difícil pensar que tiene el padecimiento mencionado, y habría que buscar otras causas para su dolencia.

Causal. Deriva su poder diagnóstico de la capacidad de explicar el cuadro clínico del paciente, utiliza relaciones de causa a efecto entre datos clínicos o de otro tipo. Tiene un gran poder explicativo y se basa en conocimientos generados por las ciencias básicas de la medicina. Aquí se escoge el diagnóstico después del análisis de su posibilidad de producir las manifestaciones del paciente.

Determinístico. En este se aplican reglas predeterminadas en el diagnóstico, que se realiza analizando los elementos en conjunto como una regla: “En presencia de tales síntomas y signos, piensen en tal diagnóstico”. Es una estrategia de reconocimiento inmediato de un patrón, que, tras reunir determinados síntomas y signos en un enfermo, se ve en una dolencia específica y no en otras.

Muchos pacientes quedan admirados por el llamado “ojo clínico” de algunos médicos, pues con solo mirar al paciente ya saben lo que tiene. Este es el llamado diagnóstico por intuición, que no posee nada de mágico ni se basa en poderes sobrenaturales. En este caso, el diagnóstico se realiza por el reconocimiento de patrones y habitualmente se hace en personas que tienen rostro, manos, voz, marcha, características de la piel o cualquier otro elemento que pueda identificarse por la observación externa del paciente y que sean específicos de una enfermedad. Es la llamada medicina externa. La experiencia previa (haber visto antes otro caso), el discernimiento, la capacidad de asociación y la de vincular lo que se ve con lo que se ha observado antes, son requisitos para realizar este tipo de análisis.

Aunque es muy gratificante para el médico que lo efectúa, además de impresionar sobremanera a los pacientes, no es muy frecuente en la práctica clínica.

En muchas ocasiones, sobre todo en el nivel primario de atención (que podemos identificar con el consultorio del médico de la familia), acuden pacientes con enfermedades autolimitadas (que se curan solas), molestias, quejas o achaques para los cuales no es posible establecer un diagnóstico específico. En esos casos hay que usar el tiempo como recurso diagnóstico, siempre y cuando se hayan descartado las afecciones graves o aquellas en que una demora pueda tener consecuencias desfavorables. Es preciso recordar

la máxima: “En los pacientes ambulatorios, aguardar la evolución del cuadro bajo una observación estrecha puede ser vista como una prueba diagnóstica”.

El profesor José Ángel Fernández Sacasas (2005) ha realizado importantes consideraciones sobre un hecho ampliamente debatido en la medicina y que muchas veces dificulta el diagnóstico. Se trata del por qué muchas personas con la misma enfermedad no tienen las mismas manifestaciones. Él mismo señala que

(...) no hay dos pacientes iguales, todos difieren en el orden biológico, psicológico, histórico-cultural, social y ecológico, por lo que cada paciente tiene una voz, una mirada, un color de los ojos, un color y textura del cabello, una marcha, un nivel cultural, una personalidad, una conducta social. Estos efectos de las distintas influencias ambientales matizan la expresión de la enfermedad de una manera particular en cada paciente, así como su respuesta al tratamiento y su recuperación. Ello ha originado la especulación de que no existen enfermedades sino enfermos, concepto válido a mi juicio solo para subrayar la variabilidad apuntada, pues en la realidad objetiva existen ambas instancias, la enfermedad y los enfermos. La tuberculosis, el dengue o las neoplasias solo se dan en los enfermos, pero a su vez constituyen una dimensión no solo conceptual sino también real (que afecta la salud personal y de la colectividad) que no puede ser ignorada (Fernández Sacasas, 2005).

Llegado el punto en que la hipótesis diagnóstica está planteada, se comprueba entonces a partir de la evolución del paciente o mediante el uso de exámenes. En los momentos actuales, con el desarrollo vertiginoso de la tecnología, no pocos médicos y pacientes sobrevaloran este elemento en la determinación del diagnóstico y han perdido la confianza en el interrogatorio, el examen físico y el razonamiento médico. Una práctica viciosa que no resulta infrecuente es la tendencia a tratar “pruebas alteradas”, en lugar de a los pacientes de quienes proceden las pruebas.

Los exámenes complementarios tienen un uso definido, constituyen solo un dato más en la atención al paciente, y como cualquier otro dato pueden no ser enteramente confiables. Ellos no sustituyen al médico ni su razonamiento diagnóstico, solo amplían o magnifican el alcance de sus sentidos. Se indican, entre otros motivos, para reforzar, comprobar o rechazar una hipótesis diagnóstica.

Por último, el método clínico se complementa con la conducta terapéutica en todos los aspectos: dieta, atención psicológica, indicación y control de los fármacos, con el objetivo fundamental de llevar al enfermo a su estado de salud. La terapéutica medicamentosa se cumple sobre la base de que

no se debe aplicar el mismo procedimiento ni idéntica dosis a un niño que a un adulto. El objetivo será llevar al paciente al estado funcional anterior y realizar un control estricto de las indicaciones, que es sin duda una parte fundamental del método clínico.

Ese es uno de los aspectos en los que debemos trabajar los que nos dedicamos a la enseñanza, pues aún nuestros médicos prescriben medicamentos por complacencia. El ejemplo más frecuente es la indicación de antibióticos en un paciente con afecciones respiratorias de causa viral o, por el contrario, obviar en la terapéutica integral el tratamiento higiénico-dietético, que tiene un valor esencial en muchas de las enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Enseñanza del método clínico en el nivel primario de atención

Antes del triunfo revolucionario de enero de 1959, los estudiantes cubanos de Medicina se formaban bajo un modelo médico curativo que prestaba poca atención a la prevención y a la salud de la población. Tradicionalmente eran egresados de preparatorias privadas y la formación profesional ocurría en las aulas, con algunas rotaciones en hospitales. Los alumnos pasaban poco o ningún tiempo en comunidades pobres y el sentido de responsabilidad social no era un objetivo de su plan de estudios. Este enfoque coincidía con un sistema de salud altamente privatizado, dirigido a satisfacer las necesidades individuales de los pacientes.

Sin embargo, a partir de los inicios de la década de los años 60 se pusieron en práctica diversos cambios en la formación médica, para satisfacer las necesidades de lo que se había convertido en un solo sistema de salud pública, que ofrecía un servicio gratuito en todos los niveles de atención.

Con la introducción del modelo de medicina familiar, llevada a cabo durante el periodo de los años 80, los estudiantes de medicina comenzaron a tener un contacto más directo con los pacientes y las comunidades desde el inicio de su formación. Ya en la década siguiente y debido a que la atención primaria se convirtió en el eje de la formación, devino requisito para casi todos los egresados la realización de la especialidad en Medicina General Integral como premisa para acceder a una segunda, lo cual posibilitó que ellos se convirtieran en los profesores de los estudiantes de pregrado.

Las transformaciones sociales del último cuarto de siglo han hecho necesarios numerosos cambios en las organizaciones de asistencia sanitaria, como son las estancias hospitalarias cada vez más cortas con mucha más frecuencia de los cuidados ambulatorios y el ingreso de pacientes cada vez más graves y

más seleccionados. Desde el punto de vista social, influyen situaciones como el progresivo envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas, el crecimiento en la necesidad de cuidados a domicilio, incluidos los cuidados paliativos y el requisito de una mejor comunicación médico-paciente, la importancia del abordaje psicosocial para la atención adecuada de todos los procesos, las exigencias de cuidados multiprofesionales y en equipo, así como del protagonismo del paciente en la valoración y control de su propio padecimiento. Todos estos aspectos han justificado el traslado de una buena parte de la formación de los estudiantes de Medicina desde los hospitales hacia la atención primaria.

La docencia médica de pregrado en la atención primaria de salud permitiría:

1. Mejorar la interacción entre el estudiante, el profesor-tutor y el paciente dentro de su comunidad.
2. Proporcionar la mayor autonomía posible al estudiante, dentro de su experiencia y conocimientos.
3. Hacer hincapié en la docencia en la toma de decisiones y situaciones complejas desde el punto de vista psicosocial.

A partir del curso 1997-1998 se comenzó a impartir la asignatura Introducción a la Clínica en la Atención Primaria de Salud, que contribuye al perfeccionamiento de la formación profesional, en tanto posibilita la adquisición de habilidades para realizar adecuadamente el examen físico en el medio donde desarrolle su labor el médico, lo que se relaciona de manera directa con los problemas profesionales que debe resolver el médico general básico. Al culminar la asignatura, los estudiantes podrán desarrollar las habilidades que van a adquirir en Propedéutica y Medicina Interna, ya que le permitirán la familiarización con elementos propios de estas asignaturas, a la vez que les posibilita la visión integral del individuo sano para después adentrarse y reconocer las anormalidades que se les pueden presentar en su objeto de estudio.

Por primera vez, los inicios de la enseñanza del método clínico se desplazaron de los hospitales hacia el nivel primario de atención.

Durante los periodos lectivos en que fue dada la asignatura, se pudieron realizar diversas investigaciones en las que los estudiantes referían opiniones muy favorables en cuanto a su impartición teórica y práctica. En la mayor parte de las facultades del país, el componente teórico estaba a cargo de los profesores de Medicina Interna de los policlínicos y la parte práctica se llevaba a cabo por los especialistas de medicina general integral en los consultorios médicos de la familia.

Como señala el profesor Sacasas, la medicina clínica no se aprende en las aulas, en los laboratorios ni en las computadoras, aunque estos desempeñan

una importante labor complementaria en el núcleo de su aprendizaje que ha sido, es y será, la implicación y participación de los educandos en la atención a la salud de las personas, en su contexto natural y social.

Este enfoque resulta más abarcador que la enseñanza en la cabecera del enfermo, al dar espacio a escenarios distintos a los del hospital y a objetivos más amplios que el de la curación.

Algunas dificultades para la enseñanza del método clínico

La enseñanza clínica se desarrolla en medio de dos grandes contradicciones: por un lado, debe potenciar el aprendizaje de un método que requiere de una base intelectual que no ha sido consolidada en la enseñanza general ni en las ciencias básicas; por el otro, la existencia de un claustro de profesores expertos en sus respectivas materias, pero sin la conveniente formación pedagógica, y con un fondo de tiempo para las actividades docentes en franca competencia con la labor asistencial.

La crisis del método clínico genera otra crisis: la de su enseñanza, lo que provoca la enseñanza insuficiente de las habilidades de dicho método en la etapa de formación profesional. A continuación, se exponen algunos aspectos que pueden resultar útiles en la comprensión de la pedagogía del método clínico.

Parte esencial del encargo social de la Universidad Médica es la preparación de profesionales capacitados con vistas a remediar los problemas de salud de la población. Una de las vías para este propósito es la solución de problemas clínicos, enmarcados en la enseñanza del método clínico, y donde se pone de manifiesto la influencia del binomio práctica médica-educación médica, ya definido con anterioridad. En consecuencia, la aplicación adecuada del método clínico ejercerá una influencia positiva en su enseñanza, pero las aberraciones en su utilización ejercerán una influencia contraria, a lo que habría que agregar otras deficiencias.

El método clínico es ante todo un programa basado en la adquisición de habilidades. Su magisterio necesita de una metodología dirigida a la formación de las habilidades necesarias y no como en otras materias, en las que el interés fundamental se ejerce en la obtención de conocimientos.

La formación de las habilidades clínicas comparte los fundamentos pedagógicos del aprendizaje de las destrezas en la educación general. La escuela presta especial atención al desarrollo de esas aptitudes, en correspondencia con las propuestas educativas actuales, a fin de que los estudiantes puedan enfrentar con éxito los desafíos y las situaciones que la vida les presenta.

La enseñanza de una habilidad requiere que esta sea ejecutada por los estudiantes, de modo tal que comprendan su lógica. Al resolver las tareas

docentes en la asignatura deben responder a la estructura funcional de la habilidad, que contempla tres etapas: la planificación, la ejecución y el control.

Se define como habilidad clínica la capacidad para obtener información al interrogar y examinar a los pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.

Su aprendizaje se notifica cada vez con mayor frecuencia a través de simuladores y actores. Algunos autores también informan acerca de métodos basados en el trabajo, donde se incluyen la observación directa de las habilidades, la discusión de casos y los ejercicios de evaluación clínica mínima. Sostienen que la valoración clínica motiva al estudiante a interactuar con el paciente y ofrece un mayor soporte en la formación de habilidades clínicas.

El examen físico del paciente es una parte importante en la enseñanza del método clínico. Aunque se ha cuestionado la pertinencia de su instrucción detallada, los autores coinciden con Cassell y Boudreau (2008) en que continúa siendo necesaria por muchas razones: es un procedimiento de probada utilidad diagnóstica; resulta particularmente eficaz en la diferenciación entre lo normal y lo patológico; todavía aventaja la tecnología en muchas entidades nosológicas (dermatológicas, neurológicas y del sistema músculo esquelético); involucra la observación como una de las habilidades fundamentales que se deben reafirmar; constituye un mecanismo eficiente para el monitoreo de la respuesta terapéutica; representa una oportunidad única y apropiada para una relación tangible con el paciente; y, por último, porque está ligado al origen y al *status* de la profesión.

La principal insuficiencia en la enseñanza del examen físico es que se realiza como un patrón rígido de búsqueda de signos. Cada enfermo y cada problema de salud son diferentes; por tanto, debe estimularse como nunca antes la aplicación del examen físico de forma reflexiva, adaptada a la situación, personalizada, con un enfoque en primer lugar hacia lo funcional. Para lograrlo no solo es necesario conocer la enfermedad que posee la persona sino, además, la persona que posee la enfermedad.

La formación de la habilidad de razonamiento clínico, ineludible para la fase racional del diagnóstico médico, tiene un mayor grado de complejidad, primero porque no es observable y, segundo, porque aún no se comprende bien el proceso de pensamiento involucrado, según expresamos con anterioridad.

Las investigaciones realizadas hasta el momento no han podido determinar si el razonamiento clínico es el producto de la organización mental de los conocimientos, de las experiencias previas similares, o si es un proceso que ocurre de forma independiente y puede ser aprendido. Tampoco es posible asegurar que el método de solución de problemas garantiza el desarrollo de esta habilidad, aunque hay opiniones que indican lo contrario.

Se ha planteado que, al parecer, lo más importante no es el método que se vaya a utilizar en la enseñanza, sino involucrar a los estudiantes en la solución de la mayor cantidad posible de problemas clínicos, organizados didácticamente, para optimizar el aprendizaje y la transferencia a situaciones nuevas. En opinión de los autores, este planteamiento favorece la utilización del método de solución de problemas en la enseñanza clínica, lo cual también ha sido validado en un estudio reciente (Losada, 2006).

La habilidad de razonamiento clínico se identifica con las del grupo lógico-intelectuales, integrantes del sistema propuesto para las ciencias de la salud. En este se definen como lógico-intelectuales las destrezas de comparar, identificar, definir, clasificar, describir, explicar, interpretar y predecir, todas ellas asociadas al acto de diagnosticar.

Sin embargo, a nuestro juicio, es necesario tener en cuenta que diagnosticar no es una habilidad, porque involucra a todas las que integran el método clínico, y no solo a las lógico-intelectuales. Siguiendo esta concepción, diagnosticar es una facultad porque abarca múltiples habilidades. A las lógico-intelectuales habría que agregar las habilidades clínicas y las de pensamiento lógico (análisis y síntesis, abstracción y concretización, generalización y particularización, y deducción e inducción). En consecuencia, consideran inadecuado definir un objetivo específico de una asignatura o disciplina del ciclo clínico con el infinitivo diagnosticar.

La indefinición en la terminología se pone de manifiesto también en documentos rectores de la docencia médica del Ministerio de Salud Pública, que definen y consignan por separado para su evaluación en las estancias y rotaciones del internado médico, las habilidades clínicas, las diagnósticas y las terapéuticas.

Otro elemento que genera confusión al considerar la enseñanza clínica es el término *competencia clínica*, utilizado con frecuencia en la actualidad. Los autores sostienen que, sin comprender aún varios aspectos de la enseñanza del método clínico, no es prudente introducir una nueva denominación en el sistema de habilidades.

La competencia clínica se precisa como el dominio de un conjunto de conocimientos y habilidades que generan actitudes humanísticas, puestas en función de solucionar los problemas clínicos. Dichas habilidades están formadas por las habilidades clínicas, las técnicas y las interpersonales. Según las fuentes consultadas esto significa que para formar la competencia clínica de los estudiantes es indispensable el aprendizaje previo de las habilidades clínicas; sin la adquisición de estas, no es posible el desarrollo de la competencia clínica. Además, dada la variedad de interpretaciones de la definición de habilidad clínica, resulta imposible determinar a cuál de ellas se hace referencia en el concepto propuesto.

Es innegable que la competencia clínica se erige como uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la calidad de la asistencia médica, porque se ajusta a la exigencia del mundo laboral, motivo por el cual surgió el término *competencia* a finales de la década de los años 70 del siglo pasado. En cambio, si falta un programa de formación basado en competencias, como ya existe en otros países, resulta contradictoria la utilización del término competencia clínica en el proceso de enseñanza-aprendizaje del ciclo clínico.

Además de los ya analizados, hay otros aspectos que constituyen retos para la enseñanza clínica, según algunos autores (Meta, 2006 y Nair, 1998). Entre estos se encuentran la calificación de los docentes, el logro de experiencias clínicas niveladas para los estudiantes y las dificultades en la utilización de pacientes estandarizados con vistas al aprendizaje en la práctica. También se agregan los cambios ocurridos en los escenarios de enseñanza: disminución en las admisiones hospitalarias, con menos disponibilidad de pacientes para la docencia y de oportunidades para los estudiantes de observar, ser observados y practicar; salas de ingresos ruidosas; poco apoyo de la enfermería en la docencia, y pacientes fuera de la sala por diversas causas.

Conclusiones

Hoy se presenta un reto que atañe en particular a los profesores. A todos los de las especialidades clínicas, pero en particular a los de Medicina Interna y Medicina General Integral: restablecer todos los valores del método clínico y sembrar permanentemente sus principios en todos los médicos en formación.

La solución no es fácil. Se necesita educar a los alumnos, residentes y especialistas de todas las ramas clínicas en los principios del método clínico y para ello es imprescindible elaborar una política que aplique sistemáticamente todos los niveles del sistema nacional de salud, desde las máximas estructuras de dirección hasta el último profesor, sin excesos maniqueístas que tanto daño hacen ni insuficiencias. Se trata de dar una batalla —que será larga— por la divulgación, el conocimiento y el uso consciente y depurado del método clínico. En esa batalla habrá que rediseñar conductas y abordar la solución de problemas objetivos que alimentan la tendencia hacia el uso excesivo de los exámenes complementarios; pero al final ello redundará en una elevación de la calidad de la asistencia médica y un sustancial ahorro de recursos económicos.

Resulta de vital importancia para todos los médicos en nuestra sociedad la recuperación y aplicación del método clínico en cada paciente que acude a la consulta para buscar lo más preciado que tiene un ser humano: su salud. Es dicho método uno de los pilares que nos conducirá al logro de la excelencia y la calidad en la atención médica.

Bibliografía

- Alemañy Martorel, J. y Villar Valdés, R. (2005). *Oftalmología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Álvarez de, Z. C. (1998). *La escuela en la vida*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Arteaga Herrera, J. J., Fernández Sacasas, J. A. (2000). *Enseñanza de la clínica*. La Paz: Biblioteca de Medicina.
- Avendaño, O. R. y Labarrere, S. A. (1989). *Saber enseñar a clasificar y comparar*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Barondess, J. A. (1974). Science in medicine: Some negative feedbacks. *Arch. Inter. Med.*, 134, 152-7.
- Beaumier, A., Bordage, G., Saucier, D. y Turgeon, J. (1992). Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. *Can. Med. Assoc. J.*, 164 (4), 489-97.
- Beckman, H. B. y Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann. Intern. Med.*, 101 (5), 692-6.
- Borroto, C. R., Aneiros-Riba, R. y Báez, M. J. M. (1996). *La evaluación externa de la competencia clínica en el contexto de la educación en ciencias de la salud*. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: Minsap.
- Boulay, C. y Medway, C. (1999). The clinical skills resource: a review of current practice. *Medical Education*, 33, 185-191.
- Braunwald, E. (2006). *Harrison: principios de Medicina Interna*. Vol. 1. 11na. ed. Madrid: McGraw-Hill. p.1-14.
- Cassell, E. y Boudreau, D. (2008). *Teaching the Clinical Method at McGill*. Recuperado de [http://www.medicine.mcgill.ca/physicianship/Reports/Clinical Method Final Document.doc](http://www.medicine.mcgill.ca/physicianship/Reports/Clinical%20Method%20Final%20Document.doc). diciembre 22
- Castillo, A. M. (1988). *Método epidemiológico: epidemiología*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. p. 23-4.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública (1991). *Área de docencia. Instrucción V.A.D.* Número 5 de 1991. La Habana: Minsap.
- Díaz Novás, J. y Gallego Machado, B. (2000). La utilización de la tecnología adecuada. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.*, 16 (4), 319-21.
- Díaz Novás, J., Fernández Sacasas, J. y Guerrero Figueredo, A. (1993). El diagnóstico en la atención primaria. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.*, 9 (2), 150-5.
- Díaz, V. E. (2005). *El currículo y el profesor en la transformación del binomio práctica médica-educación médica*. *Rev. Cub. Educ. Med. Super.*, Abr-Jun. 19 (2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_2_05/ems03205.html
- Ensap (2003). *El pensamiento de Fidel en la salud pública y la medicina familiar cubana* [CD]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Ericsson, K. A. (2004). Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Acad. Med.*, 79, 1-12.
- Fernández Sacasas, J. (2005). La enseñanza de la clínica. Reflexiones sobre el tema. *Rev. Cub. Educ. Med. Super.*, Abr-Jun. 19 (2), 34-41.
- Fernández Sacasas, J. A. (1999). *Educación médica superior: realidades y perspectivas a la puerta de un nuevo siglo*. La Habana: Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico.

- García de Paz, F. A. (2000). El método clínico: necesidad y vigencia. *Correo Científico Médico de Holguín*, 4 (1), 56-62.
- Hernández, H. R. (2002). Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.*, 18 (2), 11-9.
- Hinich, H. (1990). Triunfos y fracasos de la medicina en Estados Unidos de América. *Gac. Med. México*, 126, 72-6.
- Ilizástigui Dupuy, F. (2000). El método clínico: muerte y resurrección. *Rev. Cub. de Educación Médica Superior*; 14 (2), 109-22.
- Ilizástigui, D. F. (1985). *Salud, medicina y educación médica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Kassirer, J. P. y Kopelman, R. L. (1991). *Learning clinical reasoning*. Baltimore: Williams and Wilkins. p. 1-332.
- Losada, J. L. y Hernández, N. E. (2006). La calidad del proceso formativo en la universidad médica cubana. *Gaceta Médica Espirituana*; 8 (3). Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(3\)_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(3)_06/p6.html)
- Makoul, G. y Altman, M. (2002). Early assessment of medical students' clinical skills. *Acad. Med.*, 77 (11), 1156.
- Mamede, S. y Schmidt, H. G. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Med. Educ.*, 38, 1302-6.
- Martínez Calvo, S. (1997). El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. *Rev. Cub. Salud Pública*, 23 (1-2), 47-54.
- Meta, T. L., Joshua, L., Jacobs, R. y Carol, S. (2006). Kamin Video-enhanced problem-based learning to teach clinical skills. *Medical Education*, 40, 459-89.
- Michelena, N. (2000). *Proceso enseñanza aprendizaje: lecturas seleccionadas*. Material de la Maestría en Educación Médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Millán, T. K., Ercolano, M. F., Pérez, A. M. y Fuentes, C. F. (2007). Autoevaluación de habilidades clínicas básicas en médicos recién graduados de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile. *Rev. Med. Chile*, 135, 1479-86.
- Moreno Rodríguez, M. A. (1998). *El método clínico*. La Habana: Hospital Carlos J. Finlay.
- Moreno Rodríguez, M. A. (2001). *El arte y la ciencia del diagnóstico médico*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; p. 47-166.
- Nair, B. R., Coughlan, J. L. y Hensley, M. J. (1998). Impediments to bed-side teaching. *Medical Education*, 32, 159-62.
- Naranjo, P. (1994). Del Juramento Hipocrático a la Ética de la Salud Pública. *Rev. Educación Médica y Salud*, 28 (1), 3-6.
- Norcini, J. J. y Mckinley, D. N. (2007). Assessment methods in medical education. *Teaching and Teacher Education*, 23 (3), 239-50.
- Noren, J., Frazier, T., Altmann, I. y De Lozier, J. (1980). Ambulatory medical care: a comparison of internist and family general practitioners. *N. Engl. J. Med.*, 302, 11-6.
- Norman, G. (2005). Research in clinical reasoning: past history and current trends. *Medical Education*, 39, 418-27.
- Rivera Michelena, N. (2000). Un sistema de habilidades para las carreras de ciencias de la salud. Material de la Maestría en Educación Médica. En *Proceso de enseñanza-aprendizaje: Lecturas seleccionadas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p. 72-8.
- Roméu, E. M. y Castellanos, J. A. (2004). Desarrollo de habilidades clínicas. Valoración por los alumnos de sexto curso en la práctica profesionalizante. *Medisur*, 2 (3). Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/140>

- Ruiz, I. M. (2002). *La respuesta educativa ante la formación de las competencias profesionales y laborales*. Santa Clara: Centro de Estudios de Educación de la Universidad Central de Las Villas.
- Salas Perea, R. S. (2000). Calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. *Rev. Cub. de Educación Médica Superior*, 14 (2), 136-47.
- Sansó Soberats, F. (2003). El análisis de la situación de salud en Cuba. *Rev. Cub. Salud Pública*, Jul.-Sept. 29 (3), 27-32.
- Selman-Housein Abdo, E. (2002). *Guía de acción para la excelencia en la atención médica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Sierra, T. (1982). *El método científico aplicado a la clínica*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, p. 39-40.
- Sigerist, H. E. (1949). *Los grandes médicos*. Barcelona, España: Editorial Ave; p. 217.
- Spiro, H. M. (1986). *Doctors, patients and placebos*. New Haven: Yale University Press.
- Stark, P. y Fortune, F. (2003). Teaching clinical skills in developing countries: Are clinical skills centres the answer? *Education for Health*, 16 (3), 298-306.
- Vernon, D. T. A., Blake, R. L. (1993). Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad. Med.*, 68, 550-63.
- Weatherall, J. (1997). Crisis of communication: the lost of healing. *Br. Med. J.* (ed. Latinoamericana), 5-287.



ecim
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

PREVENCIÓN CUATERNARIA Y MÉTODO CLÍNICO

*Roberto Álvarez Sintés, Griselda Hernández Cabrera,
Indira Barcos Pina y Evelyn González Ramírez*

“El médico moderno, cual aprendiz de brujo, ha dejado de ser el amo de la tecnología para convertirse en su servidor”.
H. Hinich¹¹ (1990)

“La sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima”.
Bernard Lown¹² (1995)

El concepto de *prevención cuaternaria* fue enunciado en 1986, propuesto en 1995, aceptado en 1999, incluido en el *Diccionario de Medicina General y de Familia* de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) en el año 2003 y registrado en el año 2015 en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) creados por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME). Sin embargo, las características y la magnitud de este concepto aún son poco conocidas y han tenido poca divulgación y discusión en Cuba y en muchos países.

El objetivo de este capítulo es describir los referentes teóricos relacionados con la prevención cuaternaria, sus características y propósitos, así como sus principales recomendaciones, e indagar en las concepciones que la sustentan.

En la definición de Costa Rica se concluye que la prevención cuaternaria constituye el conjunto de acciones que se realizan para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas. Los autores consideran que la prevención cuaternaria se declara en defensa del método

¹¹ Horacio Hinich (1923-2017), ilustre médico mexicano, que se especializó en medicina interna y después en gastroenterología. Nunca dejó de lado la visión del paciente como un todo y fue de los primeros en hacer hincapié en los aspectos psicológicos de las enfermedades somáticas. Aportó escritos filosóficos y de narrativa médica.

¹² Bernard Lown es un cardiólogo estadounidense, judío, nacido en Lituania en 1921, fundador de la Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear y ganador del premio Nobel de la Paz en 1985.

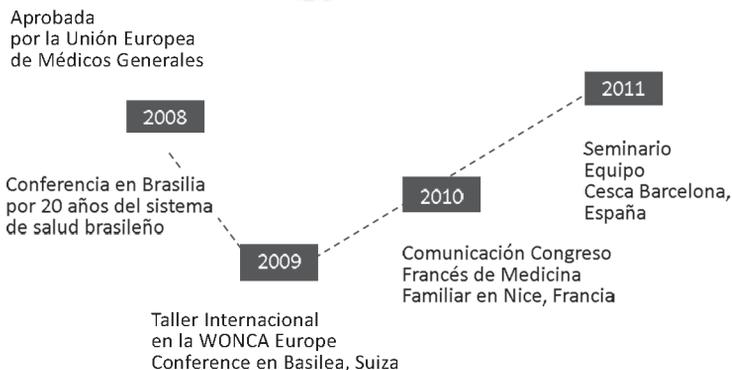
clínico, recomendando defenderlo y divulgar lo que es, sus principios teóricos y prácticos, y sembrarlo en el alma y la conducta diaria de los profesionales de la salud.

Referentes teóricos

La primera cita aparecida en un documento o trabajo científico sobre la prevención cuaternaria, identificada por algunos autores como tal, fue en 1986. Posteriormente, este concepto fue presentado en el Congreso de la WONCA, de Hong Kong, en 1995, en el de 1999 y en otros eventos y reuniones internacionales y nacionales (Alvarez Sintes, 2017 y 2018) (Fig. 1) incluida la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Costa Rica 2016 (WONCA, 2016), donde por primera vez se dedicó un espacio para su análisis y se abordó en un grupo de trabajo tres aspectos relativos a la aplicación del concepto:

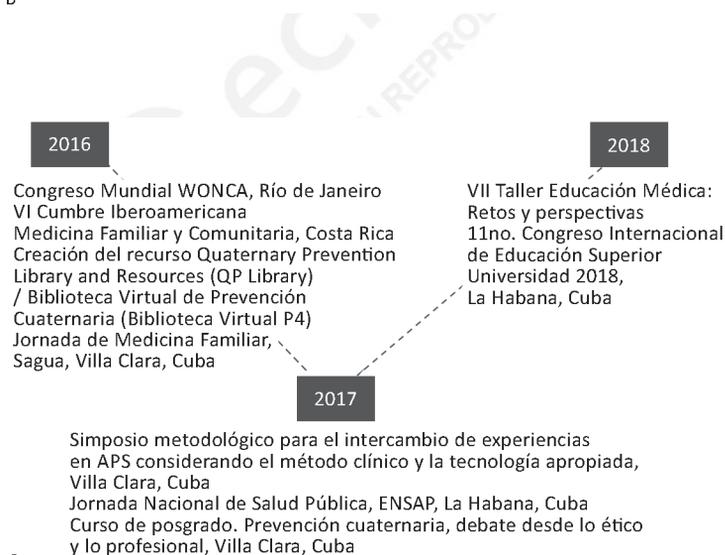
- La importancia de incorporarlo en la formación médica.
- Los aspectos vinculados a la transmisión del concepto a la comunidad.
- Los aspectos político-institucionales a los que lleva el desafío de la prevención cuaternaria (Pizzanelli, 2017).

El análisis de este tema fue retomado en la VII Cumbre de Medicina Familiar y Comunitaria celebrada en Cali, Colombia, en el marco de los 40 años de Alma Ata, en marzo de 2018, cuya discusión estuvo centrada en la prevención cuaternaria: cómo hacer y cómo enseñar. La recomendación aparece en el apéndice I.





B



C

Fig. 1. Evolución histórica por años seleccionados del concepto de prevención cuaternaria en eventos y reuniones internacionales y nacionales en los tres periodos más significativos.

Evolución histórica

La definición propuesta por el Dr. Marc Jamouille, médico de familia y profesor de Medicina General en Bélgica (Fig. 2), es reconocida en 1999 por el WONCA International Classification Committee, y cuyo concepto original dice: “Acción implementada para identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas, y proponerles procedimientos de cuidados ética y medicamente aceptables”. Es decir, son el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

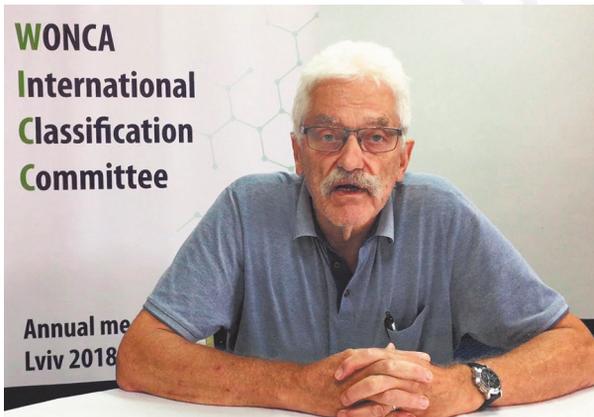


Fig. 2. Marc Jamouille, médico de familia y profesor de Medicina General en Bélgica, quien acuñó el término *prevención cuaternaria*.

Como se puede constatar, este concepto surge a finales del siglo pasado, y resalta las preocupaciones de los médicos de familia por las consecuencias negativas de la mala *praxis*, en medio de una crisis del método clínico. Entre los principales están el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio del valor del interrogatorio y del examen físico, la sobrevaloración de la función de la tecnología y un desinterés creciente por la medicina clínica y la atención primaria de salud.

Un texto paradigmático que ayuda a tener un mejor posicionamiento ante lo que se plantea hoy a partir de una visión crítica es *La clínica y la medicina interna. Presente, pasado y futuro*, publicado en La Habana por la Editorial Ciencias Médicas en el año 2011. Su autor, el destacado maestro de la

medicina cubana Alfredo Darío Espinosa Brito, al abordar la medicalización y las consecuencias negativas que ha traído y, en concordancia con la prevención cuaternaria, alude a la *némesis médica* de Iván Illich,¹³ yatrogénesis clínica, yatrogénesis médica y medicina patológica.

Aunque en este texto no se hace referencia a la prevención cuaternaria, sí toma en cuenta la realidad vivida en el siglo pasado y a inicios del XXI, y Espinosa (2011) llama la atención sobre la medicalización de la sociedad y presenta una síntesis del libro *Némesis médica*, escrito en la década de los años 70, donde se expone, al decir de Espinosa, “de forma algo exagerada”, la inutilidad de los médicos y otras cuestiones. Ello es ejemplo de una corriente de pensamiento que existe desde entonces, y que critica con fuerza la medicalización de la sociedad, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, las prescripciones, los diagnósticos fantasmas; los innecesarios y a veces peligrosos medios diagnósticos que se indican y los tratamientos inútiles o incluso perjudiciales, situaciones que obedecen a disímiles causas, la mayoría de las veces ajenas a la práctica de una buena clínica.

La Valle (2015) también señala como antecedente la historia de la medicalización, las insuficiencias del modelo médico hegemónico y de los excesos perpetrados por el sector sanitario en la búsqueda del lucro.

A esa corriente crítica se han sumado salubristas, epidemiólogos y economistas, entre otros, quienes no atienden a los pacientes, pero sí se involucran con sus opiniones con más o menos fundamento. Continúa Espinosa alertando que siempre han existido médicos asistenciales bien formados, opuestos a esas tendencias tergiversadas —y las han denunciado—, e insiste de una forma directa sobre la necesidad de un “método clínico” adecuado en la atención a la persona, que abarque una buena relación médico-paciente, el componente del arte clínico y la ética médica.

Propósito

El propósito de la prevención cuaternaria está muy vinculado al uso adecuado del método clínico, que posibilita con un buen interrogatorio el examen físico, el razonamiento médico, las aproximaciones analíticas y el comportamiento ético, así como aplicar el enfoque clínico-epidemiológico y social y evitar la sobremedicalización y las intervenciones médicas invasivas.

¹³ Iván Illich (1926-2002), escritor, historiador, pedagogo, filósofo, crítico literario y antropólogo. Criticó la educación escolar, la medicina profesional y de patente, el trabajo ajeno y no creador, y el consumo desenfrenado de energía para alcanzar el desarrollo económico como una negación de la equidad y la justicia social, entre otros muchos temas. Su obra se inscribe dentro de las corrientes antiindustriales.

Reconocimiento

Como se verá más adelante, en la revisión bibliográfica encontramos que el término fue incluido en los Descriptores en Ciencias de la Salud en el año 2015 (<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver>) y cuenta con el reconocimiento de organismos importantes como el de la Organización Panamericana de la Salud (Portal de la Biblioteca Virtual de la OPS/OMS en Uruguay, 2014 y fundamentalmente por WONCA. Sin embargo, no hallamos pronunciamientos de asociaciones ni de otras sociedades científicas. En la figura 1 se mostró una cronología de evolución del término y de los eventos notificados.

La *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* (RBMFC), publicación científica de la Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) publicó, en agosto de 2015, un número especial sobre la prevención cuaternaria integrado por 21 artículos, de 34 autores de 12 países diferentes. Los artículos abordan un amplio espectro de contenidos (éticos, decisiones compartidas, cuidados enfocados en la persona, conflictos de intereses, crisis de la medicina basada en la evidencia, financiamiento de la investigación, entre otros), pero todos enfocados en la prevención cuaternaria.

En el editorial del citado número titulado “Prevención Cuaternaria; antes que nada, no hacer daño”, el Dr. Marc Jamoulle (2015a) señala que

La prevención cuaternaria implica una estrecha autovigilancia del médico a sí mismo, una especie de permanente control de calidad sustentado en la conciencia del posible daño a provocar a sus pacientes, incluso sin intención. La prevención cuaternaria también requiere comprender que la medicina se basa en una relación y esta relación debe ser verdaderamente terapéutica, respetando la autonomía de los pacientes y de los médicos.

A pesar del reconocimiento del concepto por las organizaciones internacionales, en Cuba ha existido una escasa difusión y publicación en revistas nacionales. El único referente hallado son los eventos científicos y las reuniones técnicas del Capítulo Villa Clara de la Sociedad Cubana de Medicina Familiar; un capítulo de los autores, incluido en un libro publicado por la OPS/OMS en La Habana (Alvarez Sintés et al., 2017), un trabajo presentado en la Escuela Nacional de Salud Pública (Alvarez Sintés, Barcos Pina, Hernández Cabrera, 2016), otro premiado en el Fórum del Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (Barcos Pina y Alvarez Sintés, 2017), un curso de posgrado en la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara (Hernández Cabrera y Alvarez Sintés, 2017), un estudio sobre la prevención cuaternaria

en la carrera de medicina y la residencia de medicina general integral en Cuba mostrado en el VII Taller de Educación Médica: Retos y perspectivas. 11no. Congreso Internacional de Educación Superior. Universidad 2018, La Habana, Cuba (Alvarez Sintés, Barcos Pina, Hernández Cabrera, 2018) y un artículo para la Revista Cubana de Salud Pública (Alvarez Sintés, Barcos Pina, Hernández Cabrera, 2018).

Prevención cuaternaria y descriptores de salud: DeCS y MeSH

Consultando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), se halló que el término aparece con Nota Histórica Inglés: 2015, por lo que podemos afirmar que ese año fue registrado como DeCS con las especificaciones siguientes:

Descriptor en inglés:	Quaternary Prevention
Descriptor en español:	Prevención Cuaternaria
Descriptor en portugués:	Prevenção Quaternária
Categoría:	SP2.026.197

Definición en español: Conjunto de medidas adoptadas para identificar al paciente en riesgo de sobremedicalización, para protegerlo de nuevas incurciones médicas, y sugerirle las intervenciones que son éticamente aceptables. (Traducción del original: Jamouille M., 1986; Bentzen N. WONCA dictionary of general / family practice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003).

Relacionados en español:	Servicios Preventivos de Salud
Relacionados en inglés:	Preventive Health Services
Número del registro:	55790

Los DeCS fueron creados por BIREME para servir como un lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos, y otros tipos de materiales, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las fuentes de información disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) como LILACS, MEDLINE y otras.

No obstante lo anterior, al examinar los MeSHDatabase no encontramos el término prevención cuaternaria. El MeSH (Medical Subject Headings) de la U. S. National Library of Medicine es el tesoro de Medline, un vocabulario controlado que contiene los descriptores utilizados en las bases de datos con el objetivo de permitir el uso de una terminología común para la búsqueda

en tres idiomas, y que proporciona un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma.

Conceptualización

Caracterización

La medicina es una ciencia sociobiológica, que forma parte de un sistema económico y de poder, y se reconocen vínculos estrechos entre ella y los modelos económicos que determinan las políticas de salud que se van a aplicar en la sociedad.

Así la prevención cuaternaria se ha definido comúnmente con el *primum non nocere* (Hipócrates, 460 a. C) de los textos clásicos.

Algunos autores definen la prevención cuaternaria como un nivel de prevención (Jamouille, 1986, 2012 y 2015b, Cucalón, 2013). Otros la enuncian como un conjunto de actividades o medidas (Gervas, 2006 y 2012; Ortiz, 2011 y Kopitowski, 2013), Kuehlein (2010) la conceptualiza como actividad del médico general y García (2012) y Martínez (2014) como un tipo de prevención. Para La Valle (2015) y Álvarez Sintés (2015) es un movimiento que se nutre de distintas corrientes de pensamiento.

Para el Grupo de trabajo en Prevención Cuaternaria de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar¹⁴ (CIMF), la prevención cuaternaria es una estrategia que tiende a disminuir la yatrogenia, evitar intervenciones innecesarias y paliar los efectos adversos de estas. En otras palabras, lo resumen en ser una actualización y nueva conceptualización del *primum non nocere* (Pizzanelli et al., 2016).

Puesto que el fundamento de la medicina es *primum non nocere* (Hipócrates, 460 a.C), algunos autores defienden la corriente de que la prevención cuaternaria debería primar sobre cualquier otra opción preventiva o curativa (De Vito y Kopitowski, 2013). Para los autores del capítulo, ese es solo uno de los cuatro principios de la bioética y recomiendan respetarlos: autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia (*primum non nocere*). En el apéndice II se expone la actualización de la fórmula hipocrática que llevó a cabo

¹⁴ La Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), antes Centro Internacional para la Medicina Familiar, constituye la sexta región de la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA). Fue fundada en 1981 como una entidad internacional sin fines de lucro, dedicada al desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud en los países de Iberoamérica.

la Asociación Médica Mundial (Asamblea General, celebrada en Ginebra en 1948), luego revisada en 1968 en Sydney.

Definición

En el *Diccionario de medicina general y de familia* de la WONCA de 2003 aparece que prevención cuaternaria es la “acción implementada para identificar a un paciente o a una población en riesgo de sobremedicalización, protegerlos de intervenciones médicas invasivas, y proponerles procedimientos de cuidados ética y medicamente aceptables.”

El tema de la prevención cuaternaria fue tratado en la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria celebrada en abril de 2016 en la ciudad de San José, Costa Rica, organizada por el Ministerio de Salud de este país y su Caja de Seguro Social, por la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, WONCA, la Asociación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de Costa Rica (MEDFAMCOM), las Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Universidad Iberoamericana (UNIBE).

Al cónclave asistieron representantes de 24 países en su calidad de miembros de WONCA, WONCA-CIMF, asesores de OPS/OMS, instituciones gubernamentales y académicas, gobiernos locales y la sociedad civil, que se dieron a la tarea de promover debates basados en el eje temático: prevención cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud. Esto generó una definición más simplificada de la prevención cuaternaria: “conjunto de acciones que se realizan para evitar o atenuar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas”.

En la literatura se plantea que la prevención cuaternaria:

- Exige resistir las modas dictadas por consensos, protocolos y guías prácticas sin el rigor científico correspondiente.
- Es la resistencia continua frente al intervencionismo médico, ante la medicalización de la vida diaria y ante el abuso respecto a la definición de salud, factor de riesgo y enfermedad.
- Cuestiona los diagnósticos bizarros como: “enfermedad sin enfermedad, síntomas médicamente inexplicables, síndromes somáticos-funcionales, pacientes difíciles, trastornos somatomorfos, comportamiento de enfermedad anormal”.
- Tiene como clave no iniciar cascadas de intervenciones clínicas, debido a síntomas irrelevantes o decisiones iniciadas por signos que agreden al paciente.

En otros textos se expresa que es la resistencia firme y perenne frente a la intervención sanitaria innecesaria, preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica; y se declara, a criterios de los autores de este capítulo, en defensa del método clínico.

Establecimiento del término

Como expresamos en el acápite “Evolución histórica”, el término prevención cuaternaria fue introducido por el médico belga Marc Jamouille en 1986, fue recogido en el *Diccionario de medicina general y de familia* de la WONCA en 2003 e incluido entre los DeCS en el año 2015.

Objetivo

Evitar o atenuar las consecuencias de la actividad innecesaria, inadecuada o excesiva del sistema sanitario (los innecesarios y a veces peligrosos medios diagnósticos que se indican, el sobrediagnóstico, los diagnósticos fantasmas, el sobretratamiento y los tratamientos inútiles o incluso perjudiciales), así como disminuir la incidencia de yatrogenia en los pacientes, que en estos tiempos de avance tecnológico y crecimiento de la industria farmacéutica es un grave problema de salud pública.

Modelo relacional de la prevención cuaternaria

El pionero e inspirador del concepto de prevención cuaternaria, Marc Jamouille, combina la visión del médico con la del paciente (Fig. 3), y elabora su idea basado en esta relación (Jamouille, Gervas, Gavilán y Jiménez, 2012; y Figueira, Silva y Allusson, 2014).

Según su autor, luego de entrecruzar las variables se delimitan cuatro posibilidades de acuerdo o desacuerdo, según sea la perspectiva del médico o del paciente (Jamouille, 2012).

En este modelo la prevención es presentada como el resultado de las relaciones entre el paciente y el médico: el médico busca alteraciones, mientras que el paciente se siente sano o enfermo.

Este modelo permite representar a lo largo de la línea de tiempo, en cuatro áreas, las actividades que llamamos habitualmente preventivas.

En esta perspectiva, la línea de tiempo atraviesa la tabla de doble entrada. Trabajar a lo largo de la línea del tiempo, lo que puede llamarse también prevención, es tarea habitual del médico de la familia.

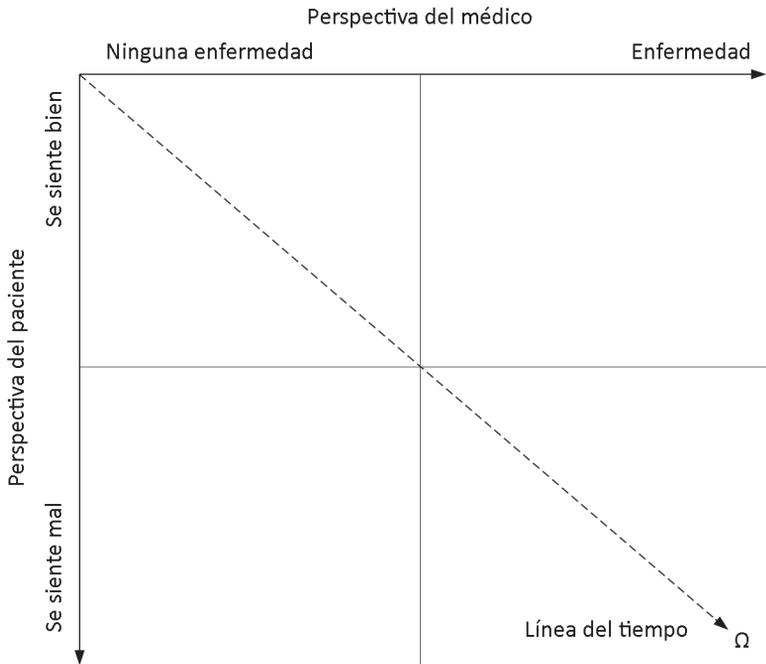


Fig. 3. Ilustración esquemática que combina la visión del médico con la del paciente. Modificado de: Jamouille, M. y Roland, M. (2013). *Prevención cuaternaria*. De WONCA World, Hong Kong, 1995 hasta World WONCA, Praga, 2013. Trabajo presentado en WONCA World Prague 2013. Memorias, Praga.

A lo largo de su vida los pacientes y los médicos se encontrarán al final (punto Ω).

Paciente y médico pueden ponerse de acuerdo en que no hay enfermedad:

- El médico puede apostar por la enfermedad e intentar entrenar en esto a su paciente, quien, sin embargo, se siente bien.
- Ambos pueden estar de acuerdo en la existencia de un problema, la necesidad de tratarlo y de prevenir las complicaciones.
- Pero ellos pueden estar en desacuerdo, el paciente se halla enfermo y el médico no encuentra nada, situación tan frecuente y riesgosa para el enfermo.
- De un modo interesante, pacientes y médicos se reencontrarán forzosamente en el punto Ω , en la enfermedad y en la muerte.

En la figura 4 Jamouille continúa haciendo explícita la propuesta de prevención cuaternaria sobre las diferentes formas de prevención.

- La primera situación corresponde a lo que se entiende por *prevención primaria*: la enfermedad está ausente y no se encuentra ninguna. P. ej., el consejo sobre los estilos de vida y las vacunaciones.
- En el segundo caso, el médico busca la enfermedad que los pacientes no tienen. P. ej., el examen rectal para diagnosticar cáncer de próstata, la detección de factores de riesgo, o los cribados. El doctor “apuesta” a la enfermedad. Se trata de la *prevención secundaria*.
- El tercer caso corresponde a la situación en que la persona está realmente enferma. El médico lo sabe y trata de evitar complicaciones. P. ej., la prevención del pie diabético. Es la *prevención terciaria*.
- En el cuarto caso, el paciente se siente enfermo sin estarlo. Frente al paciente que sufre y precisa una etiqueta diagnóstica, los médicos emplearán básicamente la de “síntomas médicamente inexplicables”, equivalente a otros muchos términos y conceptos similares previos, como trastorno psicossomático. Es la *prevención cuaternaria*.

Para Jamouille y Rolan (2013) la prevención cuaternaria es más que una actividad objetiva, es una manera de pensar sobre el trabajo, que se aplica a otros tres campos, así que abarca temas como la medicalización, el exceso de cribados, el sobrediagnóstico, el sobretratamiento y los tratamientos innecesarios. Los pacientes y las poblaciones privadas de atención forman parte de esta zona, que abarca también el subtratamiento. La prevención cuaternaria también cuestiona diagnósticos bizarros como enfermedad sin enfermedad, síntomas médicamente inexplicables —*worried well*—, síndromes somáticos funcionales, pacientes difíciles, trastornos somatomorfos, comportamiento de enfermedad anormal, ente otros.

La información antes analizada, con los tipos de prevención según la concepción de Marc Jamouille, se presenta integrada en la figura 5.

Los autores de este capítulo con un paradigma biopsicosocial amplio no comparten la visión médica de que “el paciente se siente enfermo sin estar enfermo” porque no encuentran un daño orgánico, pues consideran que este pensamiento desconoce el origen y la condicionalidad social de la salud y la enfermedad.

Prevención cuaternaria y modelo médico hegemónico

Lo expresado en el acápite anterior nos permite afirmar que los fundamentos de la prevención cuaternaria están muy vinculados al modelo médico imperante.

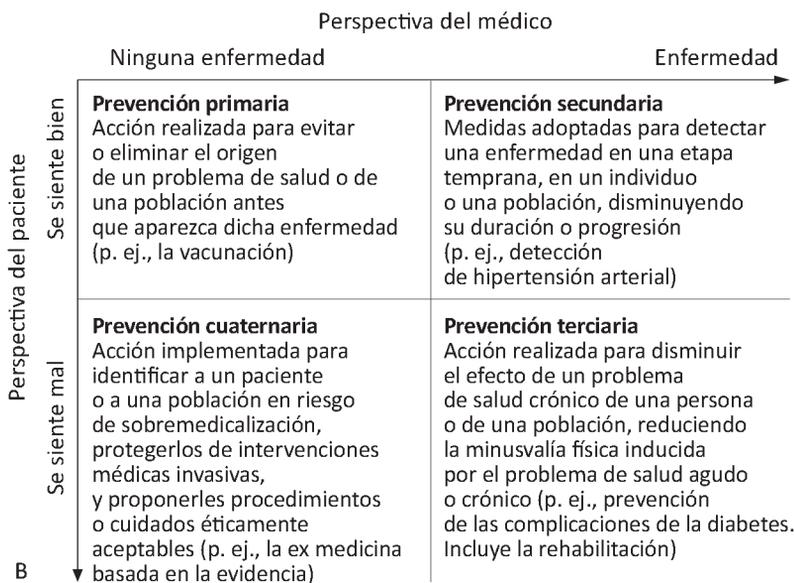
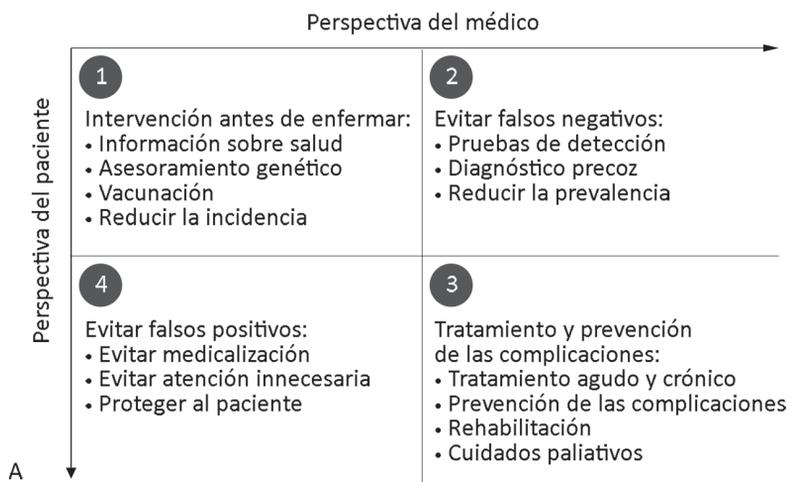


Fig. 4. Ilustración esquemática de la prevención cuaternaria y las diferentes formas de prevención según el modelo relacional de Marc Jamouille. A. Objetivos. B. Acciones y medidas. Modificado a partir de Jamouille, M. y Roland, M. (2013). Prevención cuaternaria. De WONCA World, Hong Kong, 1995 hasta World WONCA, Praga, 2013. Trabajo presentado en WONCA World Prague 2013. Memorias, Praga.

Visión del paciente	Enfermar (continuo)	Visión del médico Enfermedad (dicotomía)		Tipos de prevención
		Ausente	Presente	
		Prevencción primaria (enfermar ausente, enfermedad ausente)	Prevencción secundaria (enfermar ausente, enfermedad presente)	
	Presente	Prevencción cuaternaria (enfermar presente, enfermedad ausente)	Prevencción terciaria (enfermar presente, enfermedad presente)	

Fig. 5. Tipos de prevención según la concepción de Marc Jamouille. Modificado de: Gervas Camacho, J., Gavilán Moral, E. y Jiménez de Gracia, L. *Prevencción cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. Actualización en Medicina de Familia*, 2012, 8 (6), 312-17.

El paradigma técnico-biológico de la medicina, racionalista, reduccionista, dualista, individualista y curativo surgido en el siglo XVII se mantiene en la actualidad y ha permeado a nuestros profesionales y técnicos de la salud. Tal influencia ha sido posible porque dominó las ciencias naturales gracias al desarrollo de la revolución industrial, el descubrimiento del microscopio, la teoría microbiana de la enfermedad, la patología celular, la fisiología experimental, el método anatómico-clínico, el genoma humano, la clonación y los aportes de la revolución científico-técnica en el campo de la biología y otras ciencias. Con esto logró lo imposible años atrás: explicar la biología y en parte la personalidad, a través de la física y la química. Los éxitos indiscutibles que se han obtenido en la salud humana han hecho que este paradigma se haya enraizado en los sistemas de salud actuales, y que sea aceptado por muchos investigadores como el paradigma hegemónico, a pesar de que los pensadores en la salud pública concuerden en que este modelo desconoce el origen y la condicionalidad social de la salud y la enfermedad.

Desde la segunda mitad del siglo pasado ha existido un gran interés en destacar cómo este impetuoso desarrollo tecnológico ha propiciado a escala mundial y local una progresiva relegación de la medicina como arte, y que haya ganado cada vez más terreno el paradigma tecnocrático de la atención médica, que desconoce o minimiza las herramientas de la profesión para diagnosticar, tratar y también prevenir y promover, las que han sido aportadas por la semiología, la psicología y la epidemiología.

El modelo médico hegemónico se corresponde con el ámbito de la atención médica y se caracteriza por una concepción de la salud biológica, clínica e individual, con un enfoque curativo enfocado en la enfermedad,

la medicalización de los procesos, la práctica tecnologicada y una cultura medicocentrista que expropia al paciente del acto diagnóstico, la orientación y la toma de decisiones (Fernández Sacasas, 2000). Sin embargo, desde los tiempos más remotos del ejercicio de la medicina, el médico se ha formado en la necesidad de justificar éticamente su actuación profesional, a partir del conocimiento y la comprensión de la dimensión moral que esta entraña, aspectos que se abordarán en el acápite “Error médico y prevención cuaternaria”.

Pensamiento clínico

En este momento se debe hacer la pregunta: ¿Sería la prevención cuaternaria una actividad que está implícita en la práctica médica? o ¿será un nivel más de prevención de los tradicionalmente conocidos?

Las acciones que integran las estrategias de prevención se realizan mediante tres formas que se complementan:

1. Individual: Implica la interacción entre proveedores de salud y beneficiarios.
2. Colectiva: Requiere el apoyo de grupos y colectivos que hagan suyas ciertas normas de comportamiento social. Aquí participan las organizaciones sociales y políticas.
3. Administrativa: Acciones específicas de salud que pueden lograrse mediante decisiones de carácter administrativo.

Estas acciones tienen lugar en cuatro niveles: primordial, primario, secundario y terciario. Ellos determinan la estrategia de prevención, pues cada nivel abarca diferentes fases relacionadas con la aparición de la enfermedad (tabla).

Tabla. Niveles de prevención, fase de la enfermedad y población destinada

Nivel	Fase de la enfermedad	Población destinada
Primordial	Condiciones subyacentes que llevan a la causa	Población total y grupos seleccionados
Primaria	Factores causales específicos y grupos seleccionados	Población total y personas sanas
Secundaria	Primeros estadios de la enfermedad	Pacientes
Terciaria	Estadios avanzados de la enfermedad: tratamiento y rehabilitación	Pacientes

Tradicionalmente, los niveles de prevención definen la fase de la enfermedad en la que intervienen y la población en la que actúa (véase la tabla),

aspectos no desdoblados en la propuesta de prevención cuaternaria (Fig. 1). Los sustentos de la propuesta de prevención cuaternaria evidencian un abandono de la clínica, y eso desprofesionaliza la medicina. El abandono del pensamiento clínico hace que el médico deje de ser un profesional para convertirse en un técnico y se aleje de la verdadera medicina.

En la literatura revisada (La Valle, 2015) se encontró que la prevención cuaternaria también se asocia al fenómeno llamado por Lynn Payer *disease mongering*, traducido como venta o mercantilización de enfermedades o enfermedades inventadas, en alusión directa a su característica más específica: la obtención de beneficios económicos mediante el fomento de la conciencia de enfermedad en el paciente y su familia y la necesidad de medidas para curarse.

Otro elemento que se debe considerar es la polimorbilidad que ha crecido en el paciente con la elevación de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional, por lo que cada vez se hace más complicado mover la balanza de las actuaciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas si el médico no domina a la perfección el método clínico.

En la práctica médica diaria, tanto en la atención primaria de salud como en la secundaria es necesario que el profesional cuestione si el beneficio que se pretende alcanzar con la intervención preventiva, diagnóstica o terapéutica superará el perjuicio que se le ocasionará al paciente, su familia y la sociedad.

Los autores consideran que el ejercicio profesional en el sector salud, de gran desarrollo científico-técnico, ha enfrentado a los profesionales de la atención médica, sin excepción, a muchos dilemas éticos. En la medicina cubana, las consecuencias del *disease mongering* están ausentes, pues se separa la acción médica de la tutela innecesaria de la industria, se preconizan los principios éticos de no ser maleficientes y respetar el precepto de justicia. La salud pública cubana es gestora solo de recursos públicos y el Estado es el responsable del costo social de las decisiones médicas, máxima que no se cumple en todos los países, por lo que algunos defensores de la prevención cuaternaria (Cucalon, 2013) insisten en que la prevención cuaternaria es, o debería ser, parte del contrato social implícito entre la profesión médica y la sociedad.

En Cuba, el médico de familia debe observar estrictamente los principios de la ética médica vigentes y al estar en estrecho contacto con las familias que atiende está obligado a que estos elementos sean cuidadosamente observados y algunos ampliados. El Código de Honor del Médico de Familia cubano aparece en el apéndice III.

Autores como Suárez, Kale, Bishop, Federman, Gervas, Pérez (2013), Figueira, Silva y Allusson (2014) defienden la idea de que la prevención cuaternaria es la resistencia continua frente al intervencionismo médico, ante la

medicalización de la vida diaria, y ante el abuso respecto a la definición de salud, factor de riesgo y enfermedad.

Los autores del capítulo consideran que si la prevención cuaternaria surge para hacer frente a los aspectos señalados es evidente que el razonamiento médico falló, pues la clínica es la que define las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, y guía al laboratorio, porque en el método clínico la hipótesis precede a la intervención (contrastación) y determina su tipo y extensión.

Pesquisa activa, método clínico y prevención cuaternaria

Las intervenciones preventivas fueron introducidas en la década de los años 50, en especial como parte de la atención primaria y siempre estuvieron asociadas a resaltar sus beneficios. Sin embargo, según Suárez (2013), desde finales de los años 70 se puso de manifiesto que en ocasiones existe una falta de evidencia científica sobre los beneficios esperados de intervenciones preventivas y en los últimos 10 años se ha considerado la posibilidad de que también pueden tener efectos adversos.

Los autores defienden la pesquisa activa y comparten el concepto expresado por los doctores Fernández Sacasas y Díaz Novás (2009): son las “acciones diagnósticas tendentes a identificar el estado de salud individual en grupos de población, a fin de establecer los factores de riesgo existentes y descubrir tempranamente la morbilidad oculta, con el objetivo de ser incluidos en programas (la dispensarización) para garantizar su seguimiento y atención continuada”.

Este concepto implica la presencia de un sistema de atención de salud asequible y sostenible con el desarrollo de la investigación epidemiológica y clínica a cargo de personal especializado, en el caso de Cuba, el médico y la enfermera de la familia.

Los autores del capítulo consideran que el incumplimiento de este principio contextualizado a cada territorio y país ha propiciado que los defensores de la prevención cuaternaria se cuestionen la pesquisa y se pronuncien en contra de ella, amparados en un creciente número de actividades sanitarias caracterizadas por una dudosa utilidad para el individuo y la sociedad; y que sí tienen un indudable beneficio para quienes las promueven y promocionan. Alegan que estas actividades llevan a falsas conclusiones a través de medias verdades, extrapolaciones atrevidas, interpretaciones sesgadas y afirmaciones inciertas. Por ejemplo, se toma el envejecimiento como enfermedad y se hace hincapié en la búsqueda de la salud hasta transformarla en enfermedad.

Para los autores del capítulo estas propuestas son inaceptables desde el punto de vista ético, pues aunque sean bien intencionadas, si carecen de crédito y valor científico, no pueden ser aplicadas.

Otro elemento de gran valor lo constituyen los requisitos que deben cumplir los programas o las estrategias de pesquisa, que comprenden tres parámetros y varios criterios para cada uno de ellos.

1. Parámetro enfermedad: considera cuatro criterios:
 - a) Grave.
 - b) Alta prevalencia.
 - c) Historia natural conocida.
 - d) Periodo largo entre los primeros signos y la enfermedad clínica.
2. Parámetro prueba diagnóstica: considera cuatro criterios:
 - a) Sensible y específica.
 - b) Sencilla y barata.
 - c) Segura y aceptable.
 - d) Fiable.
3. Parámetro diagnóstico y tratamiento: considera dos criterios:
 - a) Las instalaciones son adecuadas.
 - b) Existe tratamiento eficaz, aceptable y seguro.

También ellos se preguntan: ¿Quién será el profesional privilegiado que vea a la última persona sana? Gervas (2007), Gervas, Gavilán y Jiménez (2012) y De Vito (2013) citan ejemplos cotidianos de prácticas definidas como innecesarias, inadecuadas, dañinas o sobreutilizadas en la atención primaria:

- Chequeos analíticos regulares en individuos sanos (niños y adolescentes).
- Búsqueda de osteoporosis en mujeres jóvenes.
- Terapia hormonal sustitutiva durante la menopausia en mujeres sanas.
- Prescripción de hipolipemiantes en pacientes sin antecedentes coronarios y de bajo riesgo.
- Cribado de cáncer de cérvix en mujeres de bajo riesgo con más de 65 años.
- Radiografías ante lumbalgias agudas.
- Radiografías de control en pacientes con neumonía no complicada.
- Solicitud de marcadores tumorales para la pesquisa de tumores.

Los estudios de pesquisa en Cuba

Como principio (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008 y Alvarez Sintés, 2014a) deben cumplir con los requisitos siguientes:

- Utilizar el análisis de la situación de salud como herramienta fundamental para la identificación del problema que se desea investigar.

- Utilizar los recursos humanos propios de cada territorio (médicos, enfermeras, tecnólogos, estudiantes, promotores de salud, entre otros), debidamente capacitados y con entrenamiento previo referente al problema que se va a pesquisar.
- Para impartir la capacitación de los recursos humanos que la efectuarán, se deben seleccionar los expertos en el tema, y participar en los tres niveles de atención del sistema.
- Los recursos humanos deben comprender la importancia de lo que se realiza, conocer y dominar las misiones dadas e incorporarlo como nuevo método y estilo de trabajo.
- Los servicios del policlínico y el resto de las instituciones del territorio deben estar organizados para dar seguimiento y solución oportuna a los problemas identificados.
- Planificar y organizar acciones en diferentes horarios (extendidos y deslizantes), que garanticen la pesquisa al 100 % del universo determinado.
- Garantizar la organización de los diferentes niveles de atención del sistema, desde el policlínico, para el seguimiento de las acciones de la pesquisa, que conduzcan al paciente hasta la solución de los problemas.
- Organizar la pesquisa con el consentimiento informado de las autoridades del territorio, así como el conocimiento sobre el objetivo de la pesquisa y lo que se espera de esta.
- Evaluar los recursos materiales disponibles y los necesarios, antes de comenzar la pesquisa, para demandarlos y no utilizar los planificados para la actividad del sistema.
- Garantizar el sistema de información (incluida la informatización) que permita conocer los resultados diariamente, para la oportuna toma de decisiones, y añadir la posibilidad de organizar de manera pertinente la solución de otros problemas de salud que surjan de la pesquisa.
- Seleccionar al coordinador general del programa en el territorio, con suficiente motivación y preparación técnica y jerarquía, que planifique, organice y controle las acciones, hasta la solución de los problemas.
- Desarrollar dentro de las acciones de la pesquisa, una estrategia de información, comunicación y educación para la salud, de conjunto con los organismos e instituciones responsabilizados con la tarea.

Los estudios de pesquisa en Cuba (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008), en la práctica se caracterizan por:

- Estar regidos por la política trazada para la salud pública cubana.
- La masividad no se limita al estudio de los grupos de alto riesgo.
- No es una simple “pesquisa”, dado que responde a un problema de salud identificado, con solución y del cual la población está consciente.

- Avanza hasta el diagnóstico definitivo con pruebas de máxima precisión para lo cual se emplean baterías diagnósticas en series, disponibles por el desarrollo tecnológico mundial y en particular en el país.
- Todos los problemas de salud detectados tendrán una respuesta y seguimiento por el sistema.
- El Estado asume el tratamiento en su totalidad.

Las prioridades las determina cada nación, provincia y municipio. Por supuesto, el médico puede pensar que una medida de eficacia discutida está justificada aplicarla a sus pacientes y puede optar por incorporarla a su tarea.

Intervenciones correctoras o preventivas

Para Fernández Sacasas y Díaz Novás (2009) diagnosticar temprano condiciones susceptibles de cura, mejoría o control, mediante intervenciones correctoras o preventivas, es totalmente justificado y necesario. El uso indiscriminado de la tecnología genera tasas altas de yatrogenia clínica, además de daños culturales y sociales. Debe evitarse el abuso de pruebas diagnósticas sin claro beneficio terapéutico. Cabe preguntarse, ¿se puede justificar el empeño en descubrir enfermedades o trastornos no modificables, antes que produzcan síntomas?

Continúan con otras interrogantes: ¿Hasta dónde llevar, en extensión y profundidad, las investigaciones diagnósticas en la persona sana o aparentemente sana?, ¿con qué periodicidad?, ¿con qué costo-beneficio?, ¿el trastorno que se quiere identificar es vulnerable a la acción médica, o sea, se dispone de tratamiento eficaz?, ¿la pesquisa activa es siempre éticamente sustentable?, ¿cuál será la política correcta: pesquisar por pesquisar, o por el objetivo de salud?

A nivel internacional la pesquisa activa más utilizada es el “tamizado” (*screening* en inglés), un instrumento de la medicina preventiva para investigar la prevalencia en la población de determinadas enfermedades, mediante la utilización de pruebas simples (aceptables y no costosas) que permitan separar los pacientes sanos de los posibles enfermos y que necesitarán el aporte de otros exámenes complementarios. Para esto las enfermedades deben representar un importante problema de salud pública, ser susceptibles de que se les aplique un programa de identificación, ofrecer una indudable relación costo-beneficio y debe existir tratamiento eficaz.

Pesquisaje y método clínico

El pesquisaje activo descansa fundamentalmente en la exploración clínica sistemática y periódica de la población objeto de atención de salud.

En los programas de pesquisaje se deben considerar aspectos éticos, sociales, tecnológicos, económicos y legales, que por su vinculación con los aspectos abordados por los “expertos” en prevención cuaternaria, difieren del contexto cubano, idea que desarrollamos a continuación.

Éticos

De obligada consideración. A todos los sujetos se les debe facilitar una adecuada información científicamente comprobada sobre las consecuencias derivadas de la participación en el programa de salud que sea, así como del seguimiento de los resultados positivos y del tratamiento que se vaya a efectuar en cada caso, además de la probabilidad existente de que con la prueba se obtenga un resultado falso positivo o negativo (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008). A partir de esta información se sugerirá que en el pesquisaje participe de forma voluntaria cada sujeto o el familiar que lo representa si fuera el caso.

Sociales

La asistencia sanitaria trata de proveer a la población de la forma más eficaz, efectiva y eficiente posible, de los servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud. Algunos de los componentes que aseguran este concepto son la accesibilidad y la equidad. En este aspecto un programa de pesquisaje debe llegar a todos por igual, sin que se tome en cuenta su ubicación geográfica, edad, sexo, escolaridad, nivel económico u otros (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008).

Tecnológicos

La existencia de tecnologías de avanzada permite diagnosticar con mayor precisión. No se puede obviar el componente técnico, ya que la pesquisa permite explorar afecciones sin expresión clínica.

Económicos

Muchas pruebas son costosas y su aplicación en forma masiva indiscriminada es difícilmente justificable. La perspectiva organizativa se completa con el análisis de los costos. Si al costo de los exámenes se une que, una vez definido el caso, este debe ser debidamente tratado, se encarece mucho más. Por tal motivo ningún programa de pesquisaje debe ser considerado costo-efectivo hasta tanto no se demuestre que reduce la mortalidad de forma sustancial, que presenta tasas menores de falsos positivos, que aumenta la “adherencia” al tratamiento y disminuye el costo de las pruebas diagnósticas.

Otro aspecto que se debe considerar para completar el análisis de un programa de pesquisaje es la continuidad de la participación a lo largo del

tiempo, es decir, su sostenibilidad (Cabrera Cruz y Toledo Fernández, 2008). Ello implica asegurar el personal necesario para efectuar la prueba, el diagnóstico, el tratamiento y la organización del proyecto en términos generales.

Ventajas

Además de la detección de la enfermedad, las pruebas de pesquisa son útiles para:

- La determinación de la prevalencia e incidencia de una enfermedad.
- La planeación de los servicios de salud.
- Las investigaciones epidemiológicas y clínicas.
- Los programas de acción y vigilancia epidemiológica.

Los autores consideran que, si esto se respeta, se está cumpliendo entonces con el objetivo de la prevención cuaternaria.

Buenas prácticas clínicas para la investigación y prevención cuaternaria

Ensayos clínicos y prevención cuaternaria

La medicina es una ciencia sociobiológica que forma parte de un sistema económico y de poder, en el que se reconocen vínculos estrechos entre esta y los modelos económicos que determinan las políticas de salud que se van a aplicar en la sociedad, la investigación clínica y los ensayos clínicos.

La vinculación de la prevención cuaternaria a las buenas prácticas clínicas para la investigación es poco conocida y ha tenido poca divulgación y discusión tanto en Cuba como en otros países.

En acápites anteriores se abordaron los referentes teóricos relacionados con la prevención cuaternaria, sus características y propósitos, se indagó en las concepciones que la sustentan, y se llamó la atención a los autores, acerca de que los artículos publicados relacionados con los ensayos clínicos y la prevención cuaternaria no hagan referencia, entre sus actividades, a la prevención cuaternaria y su vínculo con las buenas prácticas clínicas para la investigación.

En Cuba ha existido escasa vinculación de la prevención cuaternaria con las buenas prácticas clínicas para la investigación y el único referente que se constató fue el Fórum científico del Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos donde un trabajo de los autores fue premiado (Barcos Pina et al., 2017).

El Boletín de Fármacos de la Organización Salud y Fármacos de España (Plos Medicine, 2016; Barcos Pina et al., 2017) cita a John Ioannidis (2016) como uno de los científicos más influyentes en biomedicina del mundo, quien lidera el movimiento que pretende recuperar el control profesional y ciudadano en la investigación clínica, la cual, debido a su sesgo comercial, ha dejado de ser un instrumento útil para mejorar la salud de los pacientes. Ioannidis (2016) reflexiona acerca de las características que debe tener una investigación biomédica que pudiera seguir siendo útil para los pacientes y las poblaciones. Concluye que los hallazgos de la investigación clínica son cada vez más problemáticos desde todos los puntos de vista: por su inseguridad, por la inequidad que generan sus productos o por la medicalización que fomentan. Afirma que en general, no solo la mayoría de los resultados de investigaciones son falsos, sino que es peor: la mayor parte de los resultados verdaderos no son útiles. Las intervenciones médicas deben y pueden aportar grandes beneficios a los seres humanos. Hacer investigación clínica que no tenga utilidad clínica no tiene sentido.

En una comunicación breve titulada “Atención, confiados consumidores” el prestigioso profesor cubano Rojas Ochoa (2017) comentaba el artículo titulado “Los laboratorios farmacéuticos se inventan enfermedades”, aparecido en el diario *El Mundo*,¹⁵ atribuido al destacado farmacólogo catalán Joan Ramón Laporte. Rojas señalaba que se dicen verdades que no se divulgan habitualmente y resaltaba, entre otras, las siguientes:

Los medicamentos son la tercera causa de muerte tras el infarto y el cáncer, según estudios hechos en EE. UU. Cada año mueren 100 000 personas por errores de medicación, y 100 000 por efectos adversos.

La implicación de los medicamentos en patologías comunes es muy importante. Los medicamentos producen enfermedades que no se distinguen de las otras. Te pueden producir un infarto de miocardio, o que te caigas y te rompas el fémur, o un ataque psicótico.

Sólo en Cataluña hay entre 6 000 y 9 000 fracturas de cuello de fémur al año: entre el 13 y el 14 % de ellas tiene que ver con el omeprazol y medicamentos análogos. Dificulta la absorción del calcio y las personas que lo toman habitualmente desarrollan osteoporosis. Un 8,4 % de las fracturas las producen medicamentos para dormir. Más de 3 000 tienen que ver con antidepresivos.

¹⁵ Dallo E. (2016). Los laboratorios farmacéuticos se inventan enfermedades. *El Mundo*. Recuperado de <https://www.elmundo.es/papel/historias/2016/06/06/57553abde5fd5ea8d528b4577.html>

La industria farmacéutica está medicalizándolo todo. Los laboratorios se inventan enfermedades, convierten la tristeza en depresión, la timidez en fobia social o el colesterol en una enfermedad. Los lobbys farmacéuticos promueven más mentiras que medicamentos. Dicen que son más eficaces de lo que realmente son.

Aunque los permisos de comercialización los otorga la Agencia Europea del Medicamento, cada país puede decidir si financia un determinado medicamento. En España se financian todas las novedades. Por ejemplo, hay seis medicamentos anti-neoplásicos que Gran Bretaña ha rechazado financiar y que aquí se financian.

En España nos polimedizamos. Hace 15 años se daban entre 12 y 13 recetas por persona y años. Ahora, casi 20. Por lo menos la mitad de los medicamentos que tomamos son innecesarios. Hay gente que durante toda su vida toma medicación para dormir, sin embargo, al cabo de tres o cuatro semanas el cuerpo ya lo ha asimilado y es tan eficaz como el placebo. El tiempo que se tarda en retirar un medicamento porque produce efectos indeseados graves ha pasado de seis o siete años en 2004, a 12 o 14 años hoy en día. Cuesta mucho más retirarlos, y esto es por la creciente influencia de la industria sobre los sistemas de salud, tal como ha denunciado el Consejo de Europa. Los laboratorios no dan acceso público a los ensayos clínicos. Tampoco se lo dan al sistema de salud. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios aprueba medicamentos sin ver los datos de cada uno de los pacientes que han participado en los ensayos.

También Rojas Ochoa (2017) comentaba lo necesario de que las autoridades sanitarias revisen el tema y destacaba cómo un paciente advertido y mejor educado sobre su enfermedad, observará y cumplirá mejor lo que se le indica y ayudará a la más rápida y mejor solución de su problema.

Investigación clínica, ensayos clínicos y prevención cuaternaria

John Ioannidis (2016) define el concepto *investigación clínica* como “toda indagación que aborde preguntas sobre tratamientos, prevención, diagnóstico, pronóstico de enfermedades o sobre la mejor forma de realizar promoción y mantenimiento de la salud”, describe las características que debe tener una investigación clínica para ser considerada útil, y sugiere algunas medidas que podrían mejorarla, entre ellas:

- El problema objeto de investigación debe ser relevante.
- La investigación debe aportar información nueva, útil y contextualizada con el conocimiento previo.

- La investigación debe generar conocimiento aplicable a las situaciones clínicas reales.
- La investigación útil es la que está enfocada en el paciente.
- La investigación útil no tiene que ser necesariamente cara.
- La investigación debe ser viable.
- La utilidad de la investigación disminuye cuando no hay transparencia.

Más adelante llama la atención acerca de la falta de credibilidad del estudio, específicamente cuando:

- Los datos del estudio, los protocolos y otros procesos no están disponibles para su verificación o para su uso posterior por otros investigadores.
- Se producen sesgos importantes en el diseño, la realización y la divulgación de la investigación.

Advierte que solo el 61 % de los ensayos publicados en revistas clínicas en 2010 estaban registrados con anterioridad y las tasas son mucho más bajas para otro tipo de intervenciones (por ejemplo, 21 % y 29 % de los ensayos publicados en las revistas del campo de la psicología o de las ciencias del comportamiento y de terapia física, respectivamente).

Señala también que, en 2012, solo 55 de 200 revistas (un 28 %) que publicaban ensayos clínicos exigían que estas se hubieran registrado previamente. Además, cuando se registran con frecuencia no se incluyen los protocolos completos o no tienen los planes de análisis estadístico.

Ioannidis (2016) notificaba que los resultados completos de los estudios rara vez están disponibles para replicar la investigación y la confianza se ha ido erosionando al descubrirse en los juicios legales que los datos se habían alterado o que, en análisis posteriores, al acceder a todos los datos, se llegaba a conclusiones diferentes.

Este autor refiere que los sesgos en el diseño, el análisis, la generación de informes y la interpretación de los ensayos clínicos siguen siendo altamente prevalentes.

Los autores del capítulo consideran que la prevención cuaternaria se declara en defensa de las buenas prácticas clínicas, y recomiendan divulgar su verdadera importancia: su vinculación con el método clínico y con las buenas prácticas clínicas para la investigación.

Cascadas y prevención cuaternaria

Gervas, citado por Espinosa Álvarez (2017), opina que ser paciente tiene beneficios cuando el médico es competente, honrado y prudente.

Pero, en otros casos, puede causar graves daños al abrir las puertas del infierno sanitario del exceso de pruebas y de tratamientos, lo que se llama “efecto cascada”, que arrastra al paciente desde estar sano incluso hasta el cementerio.

Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández (2006, 2012, 2013) consideran que la clave en la prevención cuaternaria es no iniciar las cascadas; es resistir tanto la presión de la corporación profesional-tecnológico-farmacéutica como la de los pacientes. Estos autores defienden desarrollar y estructurar una ética de la negativa, basada en el contrato social implícito que exige al médico el cumplimiento de su obligación, aunque haya una demanda insaciable para iniciar cascadas diagnósticas y preventivas innecesarias.

Para los autores del capítulo, la clave sería aplicar adecuadamente el método clínico tanto en las esferas preventivas como en las curativas, en personas sanas o no, sin renunciar a la pesquisa activa, a fin de detectar el problema de salud en una etapa en que las acciones pudieran tener mayor eficacia. Por lo tanto, los resultados esperados deben contribuir a mejorar los indicadores de salud de la población o al menos los de la calidad del servicio que se presta.

Dispensarización y prevención cuaternaria

La dispensarización (Alvarez Sintés, 2014b) se caracteriza por varios atributos esenciales. Es un registro, aplica una evaluación, realiza intervenciones y supone el seguimiento de las personas. Es un proceso continuo y el solo hecho de hacer una evaluación puntual del individuo, o su asiento en la historia de salud familiar u otra lista de pacientes con diferentes afecciones, no significa que ya esté dispensarizado, sino indica que se ha iniciado el proceso.

Se basa esencialmente en el desarrollo de un enfoque de riesgo en el que el seguimiento de cada persona se considera de acuerdo con sus características individuales y los problemas que de forma integral pueden afectar su salud; de ahí, su estrecha vinculación con la pesquisa activa.

La dispensarización es una actividad preventiva y facilita la pesquisa de enfermedades ocultas. Los controles se realizarán según corresponda, de acuerdo con el grupo dispensarial que corresponda. En estos siempre se valorará el riesgo para facilitar la búsqueda de enfermedades ocultas.

Es necesario analizar los efectos adversos de las medidas preventivas, sobre la base de la evaluación crítica del balance costo-beneficio, antes de incluirlas o “normarlas”, pues hay algunas ya implantadas en la práctica médica. No existen dudas de que si se aplica el concepto de prevención cuaternaria divorciado del método clínico es muy posible que se produzca daño al paciente.

No es razonable entonces aceptar sin críticas todas las propuestas de prevención cuaternaria. Se necesitan más investigaciones específicas y al mismo tiempo desarrollar y difundir una crítica de la prevención cuaternaria para detener la implantación de pautas preventivas, curativas, diagnósticas y terapéuticas que sean de dudoso beneficio.

Medicina defensiva

En el momento de adoptar medidas preventivas es posible que el pánico jurídico (o medicina defensiva) desempeñe un papel muy importante: un profesional puede ser demandado en cualquier país capitalista tan solo por no haberle bajado el colesterol a un paciente que sufrió un infarto. Afortunadamente en Cuba no existe esta tendencia y se retoma la defensa del método clínico.

Barondess, citado por Moreno Rodríguez (2012), plantea que la medicina 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, están más allá de la ciencia; además de requerimientos que no pueden ser aportados por los avances científicos, sino incorporados en el “evento clínico”, devenido en una relación de comunicación, esencialmente personal, entre el médico y su enfermo, sin quebrantar su orientación humana.

Pero el médico que ejerce la medicina preventiva o con enfoque preventivo debe tener presente que los métodos clínicos y epidemiológicos no son divergentes, sino que se complementan para desarrollar un enfoque transdisciplinar, imprescindible para la investigación y la solución de los problemas de salud.

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. Insiste Moreno (2012) en que el galeno tiene que actuar ante sus pacientes como un sastre y hacerle a cada uno el traje a la medida, adaptándolo desde la relación médico-paciente hasta el seguimiento. 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. Sin embargo, el error de un gran número de médicos —prosigue Moreno— es que tratan a sus pacientes de manera no particularizada, impersonal, fría, y los “ven” como una enfermedad y no como enfermos, grave error que propicia los propósitos de la prevención cuaternaria.

Seguridad del paciente y prevención cuaternaria

Es evidente que el avance de la ciencia cuando es mal utilizado se convierte en un enemigo muy potente del ser humano y la sociedad. El uso inadecuado de la tecnología médica acaba con el humanismo, el arte y la ciencia de la medicina.

La seguridad del paciente implica evitar daños prevenibles como consecuencia de la actividad sanitaria, y está directamente relacionada con la prevención de los errores que pudieran ocurrir y que se originan en la propia atención, y con la mitigación y corrección de sus consecuencias.

La seguridad del paciente se ha definido como un conjunto de procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos que resultan de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos. Es decir, se plantea la seguridad del paciente frente a los riesgos de actuaciones profesionales.

Entre las metas internacionales para la seguridad del paciente se hallan:

- Identificar correctamente a los pacientes.
- Mejorar la comunicación eficaz entre profesionales (órdenes verbales o telefónicas).
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente adecuado.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica (lavado de manos).
- Reducir el riesgo de caídas.

Error médico y prevención cuaternaria

El médico es responsable de su actuación y tiene responsabilidad médico-legal.

Para los autores Ortiz, Ibáñez, Schiff, Galanter, Duhig (2011), Gervas, Opondo, Eslami, Visscher (2012), Gervas y Pérez (2013), Martínez, Sánchez, González, Segura (2014) y Jamouille (2015c), el concepto de prevención cuaternaria nace ante la necesidad de controlar la yatrogenia de la propia medicina.

La responsabilidad es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.

La responsabilidad sanitaria involucra tres órdenes:

1. La responsabilidad del médico individual.

2. La responsabilidad de las instituciones sanitarias.
3. La responsabilidad de las autoridades sanitarias del Estado.

La práctica médica se fundamenta en normas morales que, de no observarse permanentemente en el desempeño profesional, pueden también ser objeto de análisis de responsabilidad legal, con la consecuente sanción que resultaría de infringirlas por ignorancia.

Resulta vital que el médico conozca la legislación relativa a su puesto de trabajo y categoría profesional, la estructura (organigrama) y las funciones de los diferentes niveles del servicio de salud para el que trabaja. Muy importante es dominar la normativa médico-legal relacionada con sus funciones y la legislación y los procedimientos vinculados con la prescripción de medicamentos y exámenes de pesquisa.

El médico debe mantenerse actualizado sobre las más importantes declaraciones y códigos deontológicos articulados con la profesión, así como acatar y exigir el cumplimiento de las normas éticas y legales relacionadas con el desempeño de profesionales y el resto de los trabajadores.

Se define el *error profesional* como todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el problema real de salud del paciente. Cuando esa falta produce daño no intencional se llama iatrogenia y el trastorno iatrogénico (del griego *iatros*: médico; *genus*: origen) puede ser psicológico, cuando daña la integridad psíquica de la persona y sus principios éticos y morales, o no psicológico, si afecta la integridad física.

En el caso de la responsabilidad culposa por acción dañina, las más frecuentes son: la *impericia*, que se caracteriza por la incapacidad, incompetencia, ineptitud o inhabilidad del actuante, que reflejan su ignorancia, insuficiencia o inexperiencia; y la *imprudencia*, que se tipifica por no haber previsto lo que era previsible y no haber hecho nada por evitarlo.

Evitar el error profesional, en atención a sus peligrosas consecuencias, debe constituir una preocupación fundamental de los médicos.

En el libro de texto de *Medicina General Integral*¹⁶ (Alvarez Sintés et al., 2014), se propone “un decálogo” de consejos preventivos:

1. Cumplimiento de los preceptos legales que regulan la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica donde se recogen las principales atribuciones de los pacientes y lo relativo a la documentación médica: la información asistencial, la intimidad, el consentimiento, la historia clínica, el informe de alta u hoja de egreso, y los certificados médicos, entre otros.

¹⁶ Alvarez Sintés et al. (2014). *Medicina General Integral*. 3ra. ed. La Habana: Ecimed.

- a) Resaltamos, en primer lugar, el mayor interés médico-legal del consentimiento informado, especialmente en los actos médicos de riesgo (intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos), el valor de la historia clínica como documento médico-legal. Esa es una función importantísima, entre otras, y debe constituir un reflejo exhaustivo de toda la actividad asistencial, además de que puede ser el garante de la misma asistencia sanitaria.
 - b) Las reclamaciones judiciales suelen producirse por un mal resultado, pero la resolución no acostumbra a basarse en los resultados, sino en la actuación. Vale reconocer que una historia clínica con contenido y un reflejo completo de la actividad asistencial no exime de la mala práctica si, por ejemplo, se demuestra la falta de medios precisos para un diagnóstico. En definitiva, es un elemento de prueba de suma importancia en los casos de responsabilidad médica profesional.
2. Seguir los protocolos, las pautas clínicas y los tratamientos consensuados por las sociedades científicas o por los servicios del centro sanitario, y solicitar las exploraciones complementarias de acuerdo con el diagnóstico efectuado.
 3. Dedicar el tiempo necesario al paciente con un trato humano, personalizado y profesional. En fin, fomentar el desarrollo de una buena relación médico-paciente-familia.
 4. Considerar la voluntad del paciente y sus familiares respecto a las decisiones clínicas.
 5. Evitar garantizar los resultados (favorables o no) de los procedimientos o exámenes complementarios.
 6. Evitar críticas destructivas hacia otros médicos o centros sanitarios ante los pacientes o familiares.
 7. No aceptar consultas médicas por teléfono; supone un riesgo de errores y confusiones diagnósticas y de tratamiento.
 8. Establecer controles de calidad asistencial y extremar el cuidado en la selección del personal colaborador.
 9. Dar parte por escrito a la dirección del centro o a las autoridades sanitarias, si fuera conveniente, de las deficiencias técnicas y de medios que se observen o se produzcan.
 10. Sostener de las oficinas de atención a la población en los centros asistenciales, donde puedan establecerse cauces para tratar con el usuario (paciente o familia), adoptarse políticas de diálogo en los casos de supuestos errores médicos e informar sobre lo ocurrido, la evolución o las consecuencias y el tratamiento que puede derivarse.

¿Por qué surge la prevención cuaternaria?

Somos del criterio de que aparece el movimiento de prevención cuaternaria por el abandono del método clínico, por minimizar la importancia de la medicina clínica porque requiere de tiempo establecer una buena relación médico-paciente, escuchar con calma, luego desplegar el examen físico y después escribir, y porque se considera desatinadamente que la tecnología puede sustituir a la clínica. Lo dijo Moreno (2012):

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 sustituyen a la clínica y hacen innecesario el razonamiento médico.

Desempeño en prevención cuaternaria

Medicina basada en la narrativa

La relación médico-paciente representa el primer paso para la correcta utilización del método clínico.

La medicina basada en la narrativa es la aplicación de lo posible según las necesidades y aspiraciones del paciente. Para ello es ineludible una buena relación entre ambos y de ser posible la familia y la comunidad. También es necesaria la confianza en nuestra honradez y conocimiento científico. Escuchar mejor a los pacientes es el mejor método para su consecución. Se atribuye a Jiménez Díaz la expresión de que antes que la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, el médico debe saber efectuar la “escuchación”.

En cuanto al tiempo necesario que se debe dedicar al interrogatorio, Marañón (Pérez Oliva, 1989) manifestaba que el aparato que más había hecho progresar a la medicina era la silla, acontecimiento que comprobamos a diario en la práctica de la medicina familiar.

Recomendaciones de cómo ejercer la prevención cuaternaria

- Alcanzar una adecuada relación médico-paciente-familia-comunidad.
- Establecer un uso adecuado de la tecnología diagnóstica.
- Aplicar correctamente el método clínico.

Se trata de decir *no* y de tener pensamiento crítico. La prevención cuaternaria es una cuestión social que interesa al conjunto de la población, a las personas y familias con o sin problemas de salud.

En la práctica es prevención cuaternaria la firme y continua resistencia frente a la intervención sanitaria innecesaria, preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica. Intenta la desmedicalización de la vida diaria ante el abuso de la definición de salud, enfermedad y factor de riesgo. En un sentido radical, se trata de dejar de utilizar lo que no hace falta. En la práctica, consiste en buscar alternativas no intervencionistas, sobre todo en las poblaciones de pacientes frágiles, ancianos y con enfermedades crónicas.

La prevención cuaternaria obliga a resistir ante las modas (p. ej., consensos, protocolos y guías sin fundamento científico), ante la corporación profesional-tecnológica-farmacéutica, e incluso ante la opinión pública. Implica, además, un compromiso ético y profesional (la ética de la negativa).

Si la prevención cuaternaria surge para resistir las modas dictadas por el complejo médico-industrial, es evidente que se está ignorando a la clínica y subvalorando al médico, lo cual encarece los costos de la asistencia sanitaria y propicia los errores diagnósticos.

Prescripción y prevención cuaternaria

Gervas, Gavilán, Jiménez (2012) y Suárez (2013) nos dan algunas pautas sobre los principios de la prescripción prudente y las características que facilitan la prevención cuaternaria en la práctica cotidiana.

Principios de prescripción prudente

1. *Pensar más allá de los medicamentos:*

- a) Buscar en primera instancia alternativas no farmacológicas.
- b) Considerar las causas subyacentes, potencialmente tratables, de los problemas, en lugar de atender los síntomas con medicamentos.
- c) Buscar oportunidades para la prevención, en lugar de enfocarse en el tratamiento de los síntomas o de una enfermedad avanzada.
- d) Siempre que sea posible, usar el tiempo como un *test* diagnóstico y terapéutico.
- e) Manejar pocos medicamentos, pero aprender a utilizarlos bien.

2. *Practicar una prescripción más estratégica:*

- a) Evitar el cambio continuo a nuevos medicamentos sin tener motivos claros y concluyentes basados en la evidencia.
- b) Ser escéptico con el tratamiento individualizado.
- c) Siempre que sea posible, comenzar el tratamiento con un solo fármaco.

- d) Ante un nuevo problema de salud, pensar en primer lugar si puede tratarse de una reacción adversa a un medicamento.
 - e) Informar a los pacientes sobre las posibles reacciones adversas que pueden provocar sus medicamentos para que sean capaces de reconocerlas lo más pronto posible en caso de que aparezcan.
 - f) Considerar si no se está promoviendo y a la vez tratando un síndrome de abstinencia.
3. *Aproximarse a los nuevos medicamentos y a las nuevas indicaciones con prudencia y escepticismo:*
- a) Informarse de los nuevos medicamentos y las nuevas indicaciones mediante fuentes fiables e independientes.
 - b) No tener prisa en utilizar medicamentos de reciente comercialización.
 - c) Asegurarse de que el medicamento mejora resultados clínicos orientados al paciente, en lugar de variables subrogadas orientadas a la enfermedad.
 - d) Rehuir la ampliación o extrapolación de indicaciones.
 - e) No dejarse seducir por una elegante farmacología molecular o el mecanismo de acción de los fármacos.
 - f) Tener precaución con la promoción selectiva de estudios.
4. *Trabajar con los pacientes para establecer objetivos comunes:*
- a) No ceder de forma precipitada y poco crítica a las peticiones de los pacientes, especialmente con los medicamentos que conocen por la publicidad.
 - b) Ante un fracaso terapéutico, evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la “adherencia” del paciente al tratamiento.
 - c) Evitar utilizar medicamentos que el paciente ha tomado previamente sin obtener resultados o que causaron una reacción adversa.
 - d) Suspender el tratamiento con fármacos innecesarios o que no están siendo eficaces.
 - e) Respetar las dudas expresadas por los pacientes sobre sus medicamentos.
5. *Valorar los efectos del tratamiento de forma amplia y a largo plazo:*
- a) Pensar más allá de los beneficios a corto plazo de los fármacos y valorar los beneficios y riesgos a más largo plazo.
 - b) Buscar oportunidades para mejorar los sistemas de prescripción y hacer cambios que hagan más segura la prescripción y el uso de medicamentos.

Como se puede apreciar, cada uno de estos principios de prescripción prudente son aplicables a la medicina clínica.

Características que facilitan la prevención cuaternaria

Al igual que los principios de prescripción prudente, las características que facilitan la prevención cuaternaria, según Gervas, Gavilán y Jiménez (2012) y Suárez (2013), en la práctica médica son las que promueven la medicina clínica:

1. **Profesionalismo y compromiso:** los valores éticos y deontológicos propios de la profesión, el compromiso con las personas y con la comunidad, el ejercicio de la profesión con humildad y respeto por el sufrimiento ajeno, son los que marcan la práctica profesional.
2. **Autonomía organizativa:** para poder adaptar el desempeño profesional a las características cambiantes de los pacientes, se precisa autonomía para organizar la agenda de trabajo y capacidad para gestionar los recursos que la sociedad pone a disposición de los servicios de salud.
3. **Accesibilidad y longitudinalidad:** ambos atributos favorecen que entre médico y paciente se establezca y mantenga a lo largo del tiempo una relación de confianza. La accesibilidad genera tranquilidad; pero poner barreras a la accesibilidad, a veces de forma inadvertida, envía mensajes contradictorios y negativos a la población que se vuelven en contra del sistema. La continuidad y estabilidad en el tiempo es una de las características que más satisface a los pacientes.
4. **Manejo adecuado del tiempo y de la incertidumbre:** el control del tiempo es el principal reto del médico: tanto los tiempos de la consulta, que se deben administrar de manera juiciosa para dedicar la atención debida a quienes más la pueden necesitar, como los tiempos del enfermar, pues se debe aprender a afinar el instinto clínico para alcanzar un uso prudente del “esperar y ver”, por ejemplo. Compartir la incertidumbre de una manera honesta y natural con el paciente generalmente suele ser algo bien aceptado, y evita los inconvenientes de una “medicina defensiva” dañina.
5. **Respeto y consideración con la situación del paciente:** el contexto familiar, laboral, social y cultural del paciente, las experiencias, los conocimientos, las ideas y expectativas, etc., condicionan su respuesta a las intervenciones sanitarias. Conocer estas circunstancias resulta de interés para poder potenciar los beneficios de dichas intervenciones y minimizar sus posibles daños. La escucha activa y el apoyo narrativo resultan imprescindibles para acceder al interior de la persona y contribuyen a fomentar la confianza, una de las armas más poderosas con las que se cuenta.
6. **Promoción y prevención según oportunidad y prioridad:** la promoción de la salud debe llevarse a cabo sobre “las causas de las causas”: las causas fundamentales de las enfermedades (determinantes en salud). La prevención de la enfermedad debe efectuarse no de una forma sistemática, sino preferiblemente de manera oportunista, pues debe estar en relación con

el problema que presenta el paciente, con los contenidos y objetivos que le resulten relevantes y adaptados a sus circunstancias personales, para asegurarse una mayor adhesión y eficacia del tratamiento. Un ejemplo podría ser el consejo breve contra el consumo de tabaco ante una persona con infecciones respiratorias de repetición.

7. Máxima calidad y mínima cantidad: prestación de servicios de máxima calidad con la mínima cantidad o intensidad, con tecnología y medios diagnósticos y terapéuticos apropiados, tan cerca del domicilio del paciente como sea posible y a las personas que verdaderamente lo necesitan (y no solo a las que solicitan la atención sanitaria).
8. Polivalencia: la capacidad de poder llevar a cabo actividades diversas que cubran necesidades amplias de la población (desde cuidados al niño, al adolescente, al adulto, al trabajador, al escolar, a la mujer, al anciano, hasta cuidados paliativos y cirugía menor, entre otros).
9. Capacidad resolutoria: capacidad de orientar, de aportar una propuesta de mejor curso de acción (y no necesariamente siempre una solución) para la mayor parte de los problemas de salud de la población. Esto incluye la derivación al segundo nivel de asistencia cuando sea oportuna. Tanto la polivalencia como la capacidad resolutoria precisan de un alto desarrollo de competencias y de compromiso profesional.
10. Función de filtro de la medicina familiar/general: la función de puerta de entrada da racionalidad al flujo de pacientes y protege a la población de cuidados innecesarios.
11. Capacidad para coordinar los cuidados de pacientes: el médico familiar/general debe asegurar la función de coordinación, ser el guía del paciente por el sistema sanitario, con el fin de asegurar la idoneidad de los cuidados y reducir la exposición a intervenciones potencialmente dañinas. Este papel se facilita cuando se ejerce de forma adecuada la función de filtro, y resulta de especial interés en personas con múltiples enfermedades y tratamientos.
12. Solidez clínica y científica e integración de lo biológico con lo psicosocial: para poder llevar a cabo una función de filtro adecuada y ser polivalente y resolutorio, es primordial tener una base clínica y demostrar solvencia científica, sin olvidar el contexto psicológico y social para no caer en reduccionismos biológicos. No hay contradicciones entre la clínica y la tecnología, pues esta última forma parte del método clínico y tiene a su cargo toda una etapa muy importante, que es la contrastación.

Otro elemento que se debe descartar es que el uso inteligente y racional de la tecnología no crea ningún problema.

Prevención cuaternaria y programa del médico y la enfermera de la familia

En Cuba, en la atención primaria de salud, la prevención cuaternaria se facilita por las características de la atención médica que brinda este profesional en el programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia de manera integral, sectorizada, regionalizada, continuada, dispensarizada, en equipo y con participación comunitaria, como se verá a continuación (Alvarez Sintés, 2014c, 2014d, 2017).

Integral. Pues considera la unidad de los aspectos preventivos, curativos, biológicos, psicológicos y sociales, así como las condiciones del ambiente físico, los cuales están en interacción con el individuo y su colectividad, y condicionan el proceso salud-enfermedad.

Sectorizada. Ya que responsabiliza al médico general integral con un número determinado de habitantes.

Regionalizada. Asigna hospitales para la remisión de pacientes que lo ameritan, con lo que se interrelacionan los distintos niveles de atención y se garantiza la aplicación de todos los adelantos científico-técnicos de la medicina, lo que propicia que la atención hospitalaria sea un complemento del Programa de Atención Integral a la Familia.

Continuada. Atiende a la población asignada tanto en su domicilio, en el consultorio, en el policlínico como en el hospital; acompaña al paciente al ingreso hospitalario y puede determinar la conducta que se debe seguir con el paciente ingresado, es decir, atención médica ambulatoria y hospitalaria.

Dispensarizada. Dispensariza a toda la población, incluyendo a los individuos sanos, ya que estos merecen una atención activa y controlada periódicamente.

En equipo. Existe una estructura asistencial, docente, investigativa y administrativa encargada de jerarquizar, coordinar y controlar el trabajo individual del médico y la enfermera, que lo hace a su vez, parte de un equipo mayor en las dimensiones verticales y horizontales. Esta responsabilidad recae en el policlínico, donde se crean grupos básicos de trabajo como estructura integradora de un conjunto de médicos y enfermeras de la familia, que se encargan de coordinar el trabajo entre los médicos y entre ellos, el policlínico y otros servicios del sistema. De esta manera, el médico general integral y la enfermera de la familia forman parte de un equipo multi- e interdisciplinario.

Reglas intuitivas para la prevención cuaternaria

Refiriéndose al método clínico, Moreno Rodríguez (2010, 2012) expresó que “es la herramienta dorada, el arte y el humanismo de la medicina clínica, es un deber hacia nuestra población y nuestros enfermos”:

- Toda intervención sanitaria acarrea beneficios y daños.
- La prevención es mejor que la curación cuando la intervención preventiva hace menos daño que la curativa.
- Hace menos daño un “no” razonable que un “sí” complaciente. La ética de la negativa permite rechazar peticiones injustificadas de pacientes y gestores.
- Hay muchos problemas para los que no tenemos respuesta. Los médicos no somos omnipotentes, y aunque la medicina ha avanzado mucho en el último siglo, aún persisten áreas inmensas de ignorancia.
- Todo paciente tiene alguna conducta sana. En la consulta es importante resaltar lo que sea positivo: hábitos dietéticos, estructura sociofamiliar, optimismo frente a las adversidades de la vida, práctica de un deporte, tiempo adecuado para el descanso, etc.

La prevención cuaternaria:

- Es una actividad básica en la clínica y la salud pública.
- Contribuye a la seguridad del paciente. Protege la legítima intervención médica.
- Permite frenar la implantación y difusión de intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudoso beneficio, en especial en el terreno de la prevención (sobrediagnóstico y sobretratamiento).
- Aconseja sobre intervenciones *no* aceptables éticamente.
- Busca prevenir el efecto cascada (diagnóstica y terapéutica).
- Actúa con una mirada de reducción de daños.
- Evita la medicalización.
- Previene el tráfico de enfermedades o la promoción de enfermedades.
- Introduce permanentemente la tensión entre balances y riesgos.
- Alerta que todas las medidas preventivas no tienen el mismo beneficio.
- Evidencia que sus postulados son éticamente pertinentes y necesarios.

Prevención cuaternaria en el proceso docente

En el marco histórico, se debe hacer referencia a la vocación del médico y los consejos para ingresar a la profesión. En el apéndice IV se exponen los Consejos de Esculapio (a. C.), dios mitológico de la medicina griega.

Los procesos docentes de pregrado y posgrado en la universidad médica cubana se desarrollan en las sedes centrales y en los diversos escenarios que ofrecen las instituciones de salud acreditadas para la docencia, porque se puede decir que la universidad médica cubana es el Sistema Nacional de Salud.

Abordaje de la prevención cuaternaria en la carrera de Medicina

El Plan “D-E” de la carrera de Medicina, aprobado mediante el acuerdo número 92 del Consejo de Dirección del ministro de Salud Pública de Cuba (Alvarez Sintés, 2017; Alvarez Sintés et al., 2018) y puesto en vigor en septiembre de 2016, incluye la temática acerca de la prevención cuaternaria de manera implícita en la Disciplina Principal Integradora, Medicina General, y de forma explícita en la asignatura Prevención en Salud.

El diseño del Plan “D-E” fue un proceso ampliamente participativo y contó con aportes de los profesores, las universidades, las facultades, las diferentes áreas del Ministerio de Salud Pública, las unidades de subordinación nacional, las direcciones provinciales de salud, los grupos nacionales de las especialidades del Ministerio de Salud Pública, el consejo de sociedades científicas y la Federación Estudiantil Universitaria, entre otros.

El proceso formativo tiene que vincular el sistema de conocimientos de las disciplinas y asignaturas con las estrategias curriculares, sus sistemas de habilidades, actitudes y valores requeridos, concretados en el modo de actuación profesional competente.

No obstante, los autores reconocen que la contribución a la implementación del concepto de prevención cuaternaria se ve limitado en el resto de las asignaturas de la disciplina principal integradora. El reto consiste en extenderlo a la integración docente-asistencial-investigativa, a la educación en el trabajo y en el trabajo metodológico de los diferentes colectivos, para que la universidad adjudique la prevención cuaternaria a la práctica médica en los servicios de salud (atención primaria y secundaria) y lidere la investigación, donde se desarrollan los procesos, tanto en el pregrado como en el posgrado y la educación permanente.

Los autores han venido cuestionando el abordaje de la prevención cuaternaria desvinculado de la ciencia clínica y de su método clínico. Consideran que esta inserción en la disciplina principal integradora da la certeza de estar ya participando en la implementación, lo que genera buena disposición, y, aunque desde el pregrado es algo muy trabajoso, lo consideran de mucha utilidad para el *continuum* de la formación (Alvarez Sintés et al., 2018).

Los planes de estudio de la carrera de Medicina y la residencia de Medicina General Integral tienen los objetivos como la categoría rectora, vinculados al principio estudio-trabajo, herramienta didáctica de la educación médica

cubana. La educación en el trabajo es la forma fundamental de organización de la enseñanza de pregrado y posgrado en Cuba.

Abordaje en la residencia de Medicina General Integral

Los autores proponen abordar la prevención cuaternaria vinculada a la Medicina General Integral y sus métodos, no como algo independiente, sino de acuerdo con el papel de la interdisciplinariedad y la enseñanza problemática. El predominio de la educación en el trabajo como forma de organización de la enseñanza en la carrera de Medicina y en la especialidad de medicina general integral es una oportunidad para el contacto de los estudiantes con la prevención cuaternaria (Alvarez Sintés et al., 2018). Mediante esta forma de organización de la enseñanza, el educando consolida y amplía los sistemas de conocimientos y las habilidades, aplica los métodos clínico y epidemiológico, y razona científicamente al recoger la información para establecer un diagnóstico y la intervención.

Los autores consideran que la inserción de la prevención cuaternaria en la residencia de Medicina General Integral requiere de diálogo, negociación y concertación entre todos los actores comprometidos con el estado de salud de la población (Alvarez Sintés et al., 2018).

Conclusiones

- La prevención cuaternaria critica con fuerza la medicalización de la sociedad, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, los diagnósticos fantasmas y los innecesarios, los peligrosos medios diagnósticos y los tratamientos inútiles o incluso perjudiciales, situaciones que obedecen a disímiles causas, la mayoría de las veces ajenas a la práctica de una buena clínica.
- Si se acepta que el fundamento de la actividad médica es el *primum non nocere*, la prevención cuaternaria debería primar sobre otro tipo de prevención.
- Prevención cuaternaria es la firme y continua resistencia frente a la intervención sanitaria innecesaria, preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica.
- El método clínico posibilita, con un buen interrogatorio, el examen físico, el razonamiento médico y las aproximaciones analíticas, aplicar el enfoque clínico-epidemiológico y social, ya que evita la sobremedicalización, las intervenciones médicas invasivas y el comportamiento antiético.
- La prevención cuaternaria se declara en defensa de las buenas prácticas clínicas para la investigación y vincula las buenas prácticas clínicas con el método clínico.

- La prevención cuaternaria es un movimiento que se nutre de distintas corrientes de pensamiento.
- La prevención cuaternaria es un nuevo nombre para una vieja actividad médica.

Recomendaciones

- Producir investigación acerca de la prevención cuaternaria descriptiva y analítica.
- Replanteo político-conceptual de la prevención cuaternaria y de los métodos clínico y epidemiológico.
- Participar en foros para reflexionar colectivamente, promover pensamiento crítico y defender el ejercicio de una mejor práctica médica.
- Analizar los efectos adversos de las medidas preventivas, algunas ya implantadas en la práctica, sobre la base de la evaluación crítica del balance costo-beneficio, antes de incluirlas en los programas de salud. En contrapartida, es posible que se produzca daño al ofrecer prevención cuaternaria en el día a día con el paciente.
- Generalizar qué son buenas prácticas clínicas para la investigación, buenas prácticas clínicas y método clínico.
- Divulgar qué es el método clínico, sus principios teóricos y prácticos, y sembrarlo en el alma y la conducta diaria de los profesionales de la salud.

Resumen

En este capítulo se trató el concepto de prevención cuaternaria. Pero su aceptación se ha realizado de diferentes maneras derivadas de distintas formas de interpretar la definición y, lo que es peor, prácticamente ninguno de sus defensores hace referencia al método clínico. No obstante, en las primeras décadas del siglo XXI se observa la revitalización del concepto en las cumbres, conferencias y los congresos mundiales de medicina familiar, en cuyas discusiones han participado representantes de las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud. Las recomendaciones de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria sobre prevención cuaternaria aparecen en el apéndice V.

La prevención cuaternaria critica con fuerza la medicalización de la sociedad, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento, los diagnósticos fantasmas y los innecesarios, los peligrosos medios diagnósticos y los tratamientos inútiles o incluso perjudiciales, situaciones que obedecen a disímiles causas, la mayoría de las veces ajenas a la práctica de una buena clínica.

Las características y la magnitud de la prevención cuaternaria aún son poco conocidos. La prevención cuaternaria es una actividad implícita dentro de la práctica médica que responde a la ética profesional y contribuye a la seguridad del paciente donde no caben las intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudoso beneficio, principalmente en lo que se refiere a la prevención. Ilizástigui (1989) señalaba que “toda la práctica médica que no se oriente en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y en gran parte responsable de la mala práctica médica”. La seguridad del paciente empieza por evitar toda actividad innecesaria y excesiva, ya sea diagnóstica o terapéutica, preventiva o curativa.

La prevención cuaternaria es o debería ser una actividad básica tanto en medicina como en salud pública. Es una actividad general que contribuye a la seguridad del paciente, ya que intenta minimizar riesgos y evitar o limitar los daños innecesarios de la actividad sanitaria. Implica:

- Trabajar de forma que no se destruyan las defensas naturales para que las familias y los individuos conserven los hábitos saludables que les convierten en agentes de salud capaces de tomar decisiones autónomas.
- Limitar la transformación de los factores de riesgo en enfermedades: de sanos en sanos estigmatizados.
- Frenar la difusión de intervenciones diagnósticas y terapéuticas de dudoso beneficio, fundamentalmente en lo que se refiere a prevención.

El objetivo más importante de la prevención cuaternaria es disminuir la incidencia de la iatrogenia en los pacientes, que en estos tiempos de avance tecnológico y crecimiento de la industria farmacéutica es un grave problema de salud pública.

Desde el punto de vista práctico, hacer prevención cuaternaria es utilizar servicios y tecnologías, intervenciones diagnósticas y terapéuticas solo cuando exista la probabilidad de que los beneficios superen a los daños.

Los cuidados médicos preventivos y curativos pueden ser muy eficientes cuando son necesarios.

Se puede afirmar que la prevención cuaternaria es una actividad muy importante en el mundo contemporáneo, declarada como explícita para el médico de familia y aceptada por organizaciones internacionales reconocidas como la WONCA y la OPS.

Es imprescindible educar a los médicos en el método clínico. Inculcarlo a los educandos desde el pregrado (estudiantes e internos), reforzarlo en el posgrado (residentes) y desplegarlo en la práctica diaria por especialistas y profesores.

Bibliografía

- Alvarez Sintés, R. (2006). Evaluación del método clínico mediante perfiles de práctica médica. En IAES. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Diplomado Formación de Formadores. Maracay: IAES.
- Alvarez Sintés, R. (2010). El método clínico en la práctica de la medicina familiar. *Medisur*, 8 (5), 156-63. Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1337>
- Alvarez Sintés, R. (2014a). Pesquisa activa. En Alvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. II. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 384-388.
- Alvarez Sintés, R. (2014b). Dispensarización. En Alvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. I. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 100-104.
- Alvarez Sintés, R. (2014c). Medicina General Integral en Cuba. En Álvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. I. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 91-99.
- Alvarez Sintés, R. (2014d). Ciencia y arte de la medicina general integral. En Alvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. I. 3ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 27-31.
- Alvarez Sintés, R., Hernández Cabrera, G., Barcos Pina, I., González Ramírez, E. (2017). Prevención cuaternaria y método clínico. En Alvarez Sintés, R. *Método clínico en APS*. La Habana: OPS.
- Alvarez Sintés, R., Hernández Cabrera, G., González Ramírez, E. (2016). *Prevención cuaternaria y método clínico*. [Conferencia, documento de trabajo y discusión grupal]. En Taller Nacional para intercambio de experiencias en APS considerando el método clínico, el uso de la tecnología apropiada y la medicina natural y tradicional, 23 al 25 de agosto de 2016. SOCUMÉFA, Villa Clara.
- Alvarez Sintés, R., Barcos Pina, I. y Hernández Cabrera, G. (2016). *Prevención cuaternaria y buenas prácticas clínicas desde lo ético, lo conceptual y lo profesional*. [Ponencia]. Jornada Científica de la Escuela Nacional de Salud Pública, 25 al 28 de octubre de 2016. La Habana.
- Alvarez Sintés, R., Barcos Pina, I y Hernández Cabrera, G. (2018). *Prevención cuaternaria en la Carrera de Medicina*. [Ponencia]. VII Taller La Educación Médica: Retos y Perspectivas. Universidad 2018. 11no. Congreso Internacional de Educación Superior, 12 de febrero. La Habana.
- Anderson, M. I. P., Fernández, M. A., Flores, O., Arias, L., Patricia, D. (2018). VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, 13 (Suppl 1), 1-3. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf13\(40\)1873](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf13(40)1873)
- Barcos Pina, I. y Alvarez Sintés, R. (2017). *Prevención cuaternaria y buenas prácticas clínicas desde lo ético, lo conceptual y lo profesional*. [Trabajos premiados en Fórum]. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos, 2017. La Habana.
- Bentzen, N. (2003). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Copenhagen: Maanedsskrift for Praktisk Laegegering.

- Cruz Tabuena, H. (2015). Sobre la prevención cuaternaria en niños escolares. *Medicina Naturista*, 9 (2), 119-123. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5171321.pdf>
- Cucalón, J. M. y Guiu, M. (2013). El enigma de la prevención cuaternaria en atención primaria. Cuándo hacer y cuándo no hacer (a propósito de 2 casos). *SEMERGEN*, 39 (6), 313-315. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359312001712>
- De Vito, E. L. (2013). Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina*, 73 (2), 187-190. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Espinosa Brito, A. (2011). *La Clínica y la medicina interna: pasado, presente y futuro*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Espinosa Brito, A. D. (2015). La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. *Medisur*, 13 (6), 920-24. Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3149>
- Espinosa Brito, A. D. (2016). El síndrome NSLQT. *Medisur*, 14 (3), Recuperado de <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3294/2087>
- Fernández Sacasas, J. A. y Díaz Novás, J. (2009). Algunas consideraciones teóricas sobre pesquisa activa [trabajo de revisión]. *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* Oct.-Dic., 25 (4). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi11409.html
- Figueira, C., Silva Manzilla, J. y Allusón, M. E. (2014). *Seguridad del paciente y prevención cuaternaria: un desafío para todos*. Curso de auditoría médica. Argentina: Hospital Alemán. Recuperado de <http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Seguridad%20del%20paciente%20y%20prevencion%20cuaternaria%20final.%20Alluson%20Figueira%20Silva%20Mansilla.pdf>
- García Pérez, A. A. y García Bertrand, F. (2012). La medicina preventiva en la atención primaria de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11 (2), 308-16. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000200016&script=sci_arttext
- Espinosa Álvarez, R. F. (2017). *Reflexiones sobre paciente, enfermo y enfermedad*. [Compendio]. Madrid: Fundación Electrónica.
- Gervas Camacho, J., Gavilán Moral, E. y Jiménez de Gracia, L. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Actualización en Medicina de Familia*, 8 (6), 312-17. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Gavilan/publication/236236266_Prevencion_cuaternaria_es_posible_\(y_deseable\)_una_asistencia_sanitaria_menos_da%C3%ADana/links/004635174fd66348b8000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Gavilan/publication/236236266_Prevencion_cuaternaria_es_posible_(y_deseable)_una_asistencia_sanitaria_menos_da%C3%ADana/links/004635174fd66348b8000000.pdf)
- Gervas, J. y Pérez Fernández, M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta Sanitaria*, 20 (2), 66-71. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0213911106752311/1-s2.0-S0213911106752311-main.pdf?_tid=3053201d-1423-4da6-bdc5-cd-361711c684&acdnat=1522164841_53accb016054cbe796ab95f5207c9b3f

- Gervas, J. y Pérez Fernández, M. (2013). Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los libros del lince. Recuperado de <http://www.google.com/cu?url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiLzsqe0u3LAhWC4SYKHa7bBqUQFggmMAI&url=http%3A%2F%2Fequipoc.esca.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F12%2Flibro-sano-entrevista.pdf&usq=AFQjCnHurYVMP0bJEmAHiFCS265SxmMm3A&bvm=bv.118443451,d.eWE>
- Gervas, J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl 1), 127-34. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S021391110671576X/1-s2.0-S021391110671576X-main.pdf?_tid=760c913a-f68d-11e5-8b70-0000aacb35d&acdnat=1459352493_4bde27cbca5c1eaaee6757769d1ae55
- Gervas, J. (2007). Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gaceta Médica de Bilbao*, 104, 93-96. Recuperado de http://www.laciudadviva.org/opencms/export/sites/laciudadviva/recursos/documentos/Malicia_sanitaria_y_prevenccion_cuaternaria.pdf-291bd925b66d3b4bbc240148bf2e2aee.pdf
- Gervas, J. (2012). Prevención cuaternaria en ancianos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47 (6), 266-69. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X12001618>
- Gómez Santana, M. C., Gavilán Moral, E., Villafaina Barroso, A. y Jiménez de Gracia, L. (2015). Prescripción prudente y prescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10 (35), 1-8. Recuperado de <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/1021/705>
- Hernández Cabrera, G. y Alvarez Sintés, R. (2017). *Prevención cuaternaria*. [Programa]. Curso de posgrado. Santa Clara: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.
- Hinich, H. (1990). Triunfos y fracasos de la medicina en Estados Unidos de América. *Gac. Med. México*; 126, 72-6.
- Ioannidis J. (2016). Por qué la mayoría de investigación clínica es inútil. Tomado de *Plos Medicine*. Junio 2016. Traducción publicada en el Boletín de Fármacos de la Organización Salud y Fármacos, España.
- Independent UK Panel on Breast Cancer Screening (2012). The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*, 380 (9855), 1778-1786. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612616110>
- Jamouille, M. and Roland, M. (1995). Quaternary prevention. Hong Kong Wonca Classification Committee. Recuperado de <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/173994/1/Jamouille,%20Roland%20-%201995%20-%20Quaternary%20prevention.pdf>
- Jamouille, M. (2012). *Prevención Cuaternaria y Medicalización*. Italia: Institut de Recherche Santé et Societé.
- Jamouille, M. y Roland, M. (2013). *Prevención Cuaternaria. De Wonca World Hong Kong 1995 hasta World Wonca Praga 2013*. Wonca World Prague 2013. Memorias, Praga.
- Jamouille, M. (2015a). *Prevención Cuaternaria; antes que nada no hacer daño*. Recuperado de <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/issue/view/44/showToc>

- Jamouille, M. (2015b). Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*, 4 (2), 61-64. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36582793/IJHPM_Feb2015_61to64.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522175687&Signature=0n2j8NCxHBB5jK-W7CGza5994WOM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DQuaternary_Prevention_an_Answer_of_Famil.pdf
- Jamouille, M. (2015c). *About Quaternary Prevention: First, Do No Harm*. Hong Kong: Wonca Europe. Recuperado de <http://www.woncaeurope.org/content/ws-057-about-quaternary-prevention>
- Kale, M. S., Bishop, T. F. and Federman, A. D. (2013). Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. *JAMA*, 173 (2), 142-48. Recuperado de <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1485988>
- Kopitowski, K. S. (2013). Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 33 (3), 90-95. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/2015/12.pdf>
- Korenstein, D., Falk, R. and Howell, E. A. (2012). Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Archives of Internal Medicine*, 172 (2), 171-78. Recuperado de <http://archpedi.jamanetwork.com/journal.aspx/pdfaccess.ashx?ResourceID=2748557&PDFSource=13>
- La Valle, R. (2015). Prevención cuaternaria o la medicina sin corbata. *Arch. Med. Fam. General*, 12 (1). Recuperado de <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/download/198/157>
- Martínez Calvo, S. y Ramis Andalia, M. (2012). El método clínico, el método epidemiológico y la epidemiología clínica. *Rev. Cub. Salud Pública*, 38 (4), 615-621. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400012&lng=es.
- Martínez González, C., Sánchez Jacob, M., Gonzales de Dios, J. (2014). La Prevención Cuaternaria. La contención como imperativo ético. *An. Pediatr.*, 81 (6). Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403314002835>
- MeSH. (2017). *Revisión de estrategias de búsquedas temáticas*. Recuperado de http://decs.bvs.br/E/revision_estrategias_tematicas.htm
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2011). *Programa del Médico y la Enfermera de la Familia*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 47 pp.
- Ministerio de Salud Pública, Cuba (2014). Código de honor del médico de familia. En: Álvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. I. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 58-59.
- Montano Luna, J. A. y Prieto Díaz, V. (2014). Factores de riesgo y enfoque preventivo. En Álvarez Sintés, R. et al. *Medicina General Integral*. Vol. II. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, p. 369-376.
- Moreno Rodríguez, M. (2010). Crisis del método clínico. *Medisur*, 8 (5). Recuperado de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1337>
- Moreno Rodríguez, M. (2012). *El método clínico. Lectura y lecciones*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Opondo, D., Eslami, S., Visscher, S., et al. (2012). Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS*

- One, 7 (8). Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0043617>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Descriptor en Ciencias de la Salud*. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. Recuperado de <http://decs.bvs.br/E/decsweb2017.htm>
- Ortiz, A. y Ibáñez, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Rev. Esp. Salud Pública*, 85 (6). Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02_colaboracion_especial1.pdf
- Pérez Oliva, M. (1989). La silla del doctor Marañón. *El País*, en la edición impresa del sábado, 28 de octubre de 1989. Recuperado de: https://elpais.com/diario/1989/10/28/sociedad/625532403_850215.html
- Pizzanelli, M., WONCA Special Interest Group: Quaternary Prevention & Overmedicalization Convenor / Chair (2017). *Documento de síntesis sobre prevención cuaternaria*. Cumbre de Medicina Familiar de San José de Costa Rica 2016, WONCA / CIMF. Publicación accesible en español, portugués e inglés. Recuperado de <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1388>
- Rojas Ochoa, F. R. (2017). Atención, confiados consumidores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36 (3). Recuperado de <http://www.revngi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/374>
- Schiff, G. D., Galanter, W. L., Duhig, J., et al. (2011). Principles of conservative prescribing. *Arch. Intern. Med.*, 171 (16). Recuperado de <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1105913&fromsource=nelm>
- Segura, A. (2014). Prevención, iatrogenia y salud pública. *Gac. Sanit.*, 28 (3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112014000300001&script=sci_arttext&tlng=idioma
- Silva André, L., da, Mangin, D., Pizzanelli, M., et al. (2014). Manifesto de Curitiba: pela Prevenção Quaternária e por uma Medicina sem conflitos de interesse. *Rev. Bras. Med. Família e Comunidade*, 9 (33). Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612616110>
- Suárez Cuba, M. A. (2013). Prevención cuaternaria en medicina familiar/general. *Rev. Méd. La Paz*, 19 (2). Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200009
- WONCA, CIMF, MEDFAMCOM, OPS/OMS, Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social, UNIBE (2016). *Carta de San José*. VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. Abril de 2016, Costa Rica.
- WONCA Iberoamericana-CIMF (2018). Carta de Cali. VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria. Marzo de 2018, Colombia. Recuperado de <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/Iberoam/Cali%20carta%20espa%C3%B1ol.pdf>

Apéndice I. Carta de Cali

Una de las recomendaciones de la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁷ fue incluir el concepto de prevención cuaternaria en los programas académicos de pregrado y posgrado, de las profesiones del campo de la salud, mediante la implementación de planes de estudio transversales, estimulando la investigación de la temática, acorde con las propuestas realizadas en las Cumbres y según las necesidades y regulaciones de cada país.

Apéndice II. Juramento hipocrático

Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y Panacea, juro por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso:¹⁸

Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre, pero a nadie más.

En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia.

Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.

No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.

En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos, ya sean libres o esclavos.

¹⁷ Promulgada en marzo de 2018, en Cali, Colombia, durante la VII Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria (WONCA Iberoamericana-CIMF, 2018).

¹⁸ Según los historiadores, este texto fue redactado por Hipócrates o uno de sus discípulos alrededor de 460 a. C., y desde entonces forma parte del *corpus hipocraticum*.

Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.

Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario.

Juramento de fidelidad profesional

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:¹⁹

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad; otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideraciones que merecen; ejercer mi profesión dignamente y a conciencia; velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos a mí confiados, aun después de fallecido mi paciente; mantener incólumes por todos los conceptos y medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; considerar como hermanos a mis colegas; no permitir que consideraciones de credo político o religioso, nacionalidad, raza, partido político o posición social se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente; velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aun bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.

Solemne y libremente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho.

Versión del Juramento hipocrático de Louis Lasagna

Una versión del juramento muy utilizada actualmente, sobre todo en países anglosajones, es la versión redactada en 1964 por el Doctor Louis Lasagna, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tufts. El texto, en su traducción al castellano, dice así:

Prometo cumplir, en la medida de mis capacidades y de mi juicio, este pacto.

Respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino, y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás.

Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobretratamiento y del nihilismo terapéutico.

¹⁹ Actualización de la fórmula hipocrática que llevó a cabo la Asociación Médica Mundial (Asamblea General, celebrada en Ginebra en 1948), luego revisada en 1968 (Sydney).

Recordaré que la medicina no sólo es ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico.

No me avergonzaré de decir “no lo sé”, ni dudaré en consultar a mis colegas de profesión cuando sean necesarias las habilidades de otro para la recuperación del paciente.

Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele. Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte. Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad. Por encima de todo, no debo jugar a ser Dios.

Recordaré que no trato una gráfica de fiebre o un crecimiento canceroso, sino a un ser humano enfermo cuya enfermedad puede afectar a su familia y a su estabilidad económica. Si voy a cuidar de manera adecuada a los enfermos, mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados.

Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación.

Recordaré que soy un miembro de la sociedad con obligaciones especiales hacia mis congéneres, los sanos de cuerpo y mente, así como los enfermos.

Si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después. Actúe yo siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda.

Apéndice III. Código de honor del médico de familia

Los médicos y enfermeras que trabajan en el modelo de atención a 120 familias deben cumplir a cabalidad los principios de la ética médica vigentes en nuestro país, para todo el personal de salud.²⁰

Las particularidades que caracterizan su trabajo, el cual se desarrolla de manera fundamental en el terreno, necesaria y convenientemente, deben promover amistad, confianza y respeto entre el médico y la población por cuya salud debe velar. Esto, a la vez, determina que los principios de la ética médica tengan que ser observados con cuidado y algunos ampliados.

²⁰ Tomado de: Alvarez Sintés, R. (2014). Código de Honor del Médico de Familia. En Alvarez Sintés, R., et al. *Medicina General Integral*. Vol. I. 3ra. ed. La Habana: Ecimed. pp. 58-59.

Su función esencial “ser guardián de la salud” implica que debe estar en estrecho contacto con las familias que atiende, visitar sus hogares y familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todas las cuestiones que influyen en la salud.

Su primer deber es detectar lo que en la vida diaria puede incidir de forma negativa en la salud, y con paciencia, sencillez y perseverancia, esforzarse por producir los cambios necesarios, para alcanzar un modo de vida más sano.

Debe ser observador perspicaz y aprender a escuchar con atención y sin prisa todo lo que le refieren y mostrar un gran interés por las preocupaciones o interrogantes que le planteen, las cuales deben tener una respuesta adecuada.

Debe lograr que sus respuestas sean comprendidas, por lo que su lenguaje debe ser claro y las explicaciones, aunque deben tener fundamentación científica, tienen que estar despojadas de palabras técnicas, y utilizar ejemplos y expresiones, que, sin caer en la vulgaridad, sean adecuadas y asequibles al nivel cultural de las personas, a quienes se dirige.

El médico, al visitar los hogares, con independencia de la familiaridad con la que se reciba y trate, debe, en sus expresiones y conducta personal, comportarse con gran respeto hacia la familia y cada uno de sus miembros. El grado de confianza en él depositado no debe ser defraudado por acción alguna que hiera el pudor o la sensibilidad de la familia, o sea, contraria a la moral y los principios de nuestra sociedad.

Las observaciones que realice y las consultas o confidencias que se le hagan a un paciente serán objeto de estricta reserva, y se utilizarán solo para promover una mejor salud, tanto del colectivo como de los individuos que lo conforman.

Especial atención y cuidado debe prestarse al desarrollo de los niños desde su más temprana edad, a los problemas de los adolescentes y de los ancianos, grupos todos que tienen particularidades biológicas y sociales que los hacen particularmente vulnerables.

El interrogatorio y el examen físico, tanto en el hogar como en la consulta, se harán siempre de forma meticulosa e impecable desde el punto de vista técnico, en condiciones de privacidad adecuada, para respetar el pudor y no lesionar la sensibilidad de la persona.

Siempre que el paciente deba realizarse un procedimiento médico diagnóstico o terapéutico en el policlínico o en el hospital, se procederá de la manera siguiente:

- Coordinar con el médico o personal responsabilizado con la realización del procedimiento, para fijar día y hora en que este debe hacerse.
- Explicar cuidadosamente al paciente la necesidad del procedimiento y, si este es el caso, las reacciones biológicas o riesgos que implica. Responder, como se señaló con anterioridad, todas las preguntas que se formulen.

- Permanecer junto al paciente en el momento de realizarse el procedimiento, y tratar de inculcarle tranquilidad y confianza. Si se trata de una interconsulta, se obtendrá siempre que se considere necesario y sea posible del especialista interconsultante toda la información que se requiera para asegurar la calidad del seguimiento médico posterior.
- Explicarle, de forma comprensible, los resultados obtenidos y su significado diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Cuando se estime que los resultados total o parcialmente no deben ser de su conocimiento, se seleccionará a un familiar para brindarle la información completa, a fin de aclarar, en la medida de las posibilidades, todas las dudas que al respecto se planteen.

Todo paciente asistido en el hogar o en la consulta, que debe ser seguido por el médico, se visitará o citará a la consulta cuantas veces se crea conveniente, sin esperar su llamada. Si es necesario, deben hacerse las coordinaciones pertinentes que posibiliten una interconsulta o remisión, justo en el momento oportuno.

Cuando una de las personas que le corresponde atender al médico, ingrese en el hospital, la visitará con frecuencia y, coordinadamente con el médico de asistencia, se precisará lo que se le puede o debe explicar del diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento. Se tendrá conocimiento de toda la historia hospitalaria para que, con posterioridad al alta, se pueda seguir en la consulta.

Los pacientes con enfermedades malignas o incurables, o pacientes agonizantes se deben visitar con frecuencia, tanto en el hospital como en el hogar, y se apoyará a ellos y a sus familiares en todo lo que sea necesario.

Por ningún motivo o circunstancia se dejará de escuchar, atender o examinar médicamente a aquel que lo solicite. Si se trata de un paciente que no está comprendido en las 120 familias asignadas, se atenderá con la misma solicitud y calidad que si le correspondiera y, con posterioridad, se le informará dónde debe ser atendido para su seguimiento.

Si es un paciente con una urgencia médica o quirúrgica, para cuya atención no se cuenta con los recursos necesarios, se acompañará al centro asistencial más cercano donde pueda ser atendido de manera adecuada.

Todo certificado de salud, dieta u otra documentación que se firme y pueda ser utilizado para eximir el cumplimiento de una obligación, tiene que estar sustentado sobre un criterio estrictamente médico, sin que medie ningún elemento basado en nexos familiares, de amistad o de cualquier otro tipo, ajenos a la profesión médica.

Al ofrecer información a los organismos del gobierno o de masas sobre el estado de salud de la población que atiende, no divulgará datos que sean parte de la vida privada de los pacientes o de personas relacionadas con ellos.

El médico cuidará su aspecto personal, tanto físico como en el vestir, y evitará todo tipo de extravagancias. Debe convertir en necesidad el estudio diario, de manera que se mantenga actualizado permanentemente.

Se esforzará porque su trabajo tenga una alta calidad técnica y sea, a la vez, realizado con sencillez, afabilidad y dedicación, lo que hará que gane el afecto y reconocimiento de la población que atiende.

Por su trascendencia, esta idea de nuestro Comandante en Jefe, basada en la mejor tradición del trabajo médico y en infinito amor por el hombre, dará a la práctica de la medicina una nueva dimensión más universal y humana. El contribuir a su éxito es un alto honor y un sagrado compromiso.

Apéndice IV. Consejos de Esculapio

¿Quieres ser médico, hijo mío? Aspiración es esta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. ¿Deseas que los hombres te tengan por un dios que alivia sus males y que ahuyenta de ellos el espanto?²¹

¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida? Tendrás que renunciar a tu vida privada; mientras la mayoría de los ciudadanos pueden, terminada su tarea, aislarse lejos de los inoportunos, tu puerta quedará siempre abierta a todos; a toda hora del día o la noche vendrán a turbar tu descanso, tus placeres, tu meditación; ya no tendrás horas que dedicar a tu familia, a la amistad o al estudio; ya no te pertenecerás.

Los pobres, acostumbrados a padecer, no te llamarán sino en caso de urgencia; pero los ricos te tratarán como a un esclavo encargado de remediar sus excesos; sea porque tengan una indigestión, sea porque estén acatarrados, harán que te despierten a toda prisa tan pronto como sientan la menor inquietud; habrá de mostrar interés por los detalles más vulgares de su existencia, decidir si han de comer cordero o carnero, si han de andar de tal o cual modo. No podrás ausentarte, ni estar enfermo, tendrás que estar siempre listo para acudir tan pronto te llame tu amo.

¿Tienes fe en tu trabajo para conquistarte una reputación?

Ten presente que te juzgarán no por tu ciencia, sino por las casualidades del destino, por el corte de tu capa, por la apariencia de tu casa, por el número de tus criados, por la atención que dediques a las charlas y a los gustos de tu clientela. Los habrá que confiarán en ti si no vienes del Asia; otros si crees en los dioses; otros si no crees en ellos. Tu vecino el carnicero, el tendero, el

²¹ Esculapio (Asclepio). Considerado dios mitológico de la medicina. Fue un médico griego nacido en el año I a. C. Creía que el movimiento de los átomos en el cuerpo era causa de enfermedades, y propugnaba baños, dieta, ejercicio y masajes como curación.

zapatero, no te confiará su clientela si no eres parroquiano suyo; el herborista no te elogiará, sino en tanto que recetes sus hierbas.

Habrás de luchar contra las supersticiones de los ignorantes.

¿Te gusta la sencillez?, habrás de adoptar la actitud de un augur.

¿Eres activo, sabes qué vale el tiempo?, no habrás de manifestar fastidio ni impaciencia; tendrás que aguantar relatos que arranquen del principio de los tiempos para explicarte un cólico.

¿Sientes pasión por la verdad? Ya no podrás decirla. Habrás de ocultar a algunos la gravedad de su mal, a otros su insignificancia, pues les molestaría. Habrás de ocultar secretos que posees, consentir en parecer burlado, ignorante, cómplice.

No te será permitido dudar nunca: si no afirmas que conoces la naturaleza de la enfermedad, que posees un remedio infalible para curarla, el vulgo irá a charlatanes que venden la mentira que necesita.

No cuentes con agradecimientos: cuando el enfermo sana, la curación es debido a su robustez; si muere, tú eres quien lo ha matado. Mientras está en peligro te trata como a un Dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalecencia ya le estorbas; cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado, se enfada y te denigra.

Te compadezco si sientes afán por la belleza: verás lo más feo y más repugnante que hay en la especie humana; todos tus sentidos serán maltratados. Habrás de pegar tus oídos contra el sudor de pechos sucios, respirar el olor de míseras viviendas, los perfumes harto subidos de las cortesanas, palpar tumores, curar llagas verdes de pus, contemplar los orines, escudriñar los eructos, fijar tu mirada y tu olfato en inmundicias, meter el dedo en muchos sitios. Te llamarán para un hombre que, molestado por dolores de vientre, te presentará un bacín nauseabundo, diciéndote satisfecho “gracias a que he tenido la precaución de no tirarlo”. Recuerda entonces que habrá de parecer interesarte mucho aquella deyección.

Tu oficio será para ti una túnica de Neso: en la calle, en los banquetes, en el teatro, en tu cama misma, los desconocidos, tus amigos, tus allegados te hablarán de sus males para pedirte un remedio. El mundo te parecerá un vasto hospital, una asamblea de individuos que se quejan. Tu vida transcurrirá en la sombra de la muerte, entre el dolor de los cuerpos y de las almas, de los duelos y de la hipocresía que calcula, a la cabecera de los agonizantes.

Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Cuando a costa de muchos esfuerzos hayas prolongado la existencia de algunos ancianos o de niños deformes, vendrá una guerra que destruirá lo más sano y lo más robusto que hay en la ciudad. Entonces, te encargarán que separes los débiles de los fuertes, para salvar a los débiles y enviar a los fuertes a la muerte.

Piénsalo bien mientras estás a tiempo. Pero si, indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud; si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerte por el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la faz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte: si ansías comprender al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, entonces hazte médico, hijo mío.

Apéndice V. Carta de San José

Recomendaciones de la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria²²

1. Difundir el concepto de prevención cuaternaria como enfoque vital en la práctica médica y la gestión de los servicios de salud actual.
2. Contribuir a la implementación del concepto de prevención cuaternaria en la educación formal de las profesiones de la salud, en el pregrado y postgrado, en la formación continua, en la investigación, elaborando un documento de recomendaciones que contribuya a la discusión del concepto con las diferentes organizaciones que definen las políticas de educación.
3. Promover la no medicalización de los acontecimientos propios de las etapas de la vida, a través de estrategias elaboradas junto a los equipos de salud y la comunidad.
4. Incentivar que las intervenciones sanitarias dirigidas a la población estén basadas en la mejor evidencia científica y éticamente aceptables para el contexto local y centradas en las personas.

²² Promulgada en abril de 2016, en San José, Costa Rica, durante la VI Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar (WONCA, 2016).

