

# El ejercicio médico en el siglo XXI

## Retos y rescate del método clínico

### Medical practice in the twenty-first century

#### Challenges and rescue of the clinical method

MARIO IVÁN RUANO-RESTREPO, LILIANA PATRICIA RAMÍREZ-ZULUAGA, JUAN DAVID OSORIO-BERMÚDEZ, JHONY ALEJANDRO DÍAZ-VALLEJO, ELIANA BASTIDAS-ACHICANOY • MANIZALES (COLOMBIA)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2021.1997>

### Resumen

El método clínico, desde su creación en la Grecia antigua, no ha tenido mayores cambios en sus componentes y aplicación. Sin embargo, desde hace un tiempo se ha venido vulnerando debido al gran impacto que ha tenido la tecnología en las ciencias de la salud, y los nuevos paradigmas impuestos a la práctica clínica y la educación médica.

El presente artículo describe los datos históricos más relevantes del método clínico, sus componentes científicos y su aplicación en la medicina, se resalta su importancia en todos los aspectos médicos, y se plasma una reflexión acerca de las causas de esta crisis y cómo involucra al profesional de medicina general en Colombia. (*Acta Med Colomb* 2021; 46. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2021.1997>).

**Palabras clave:** *pautas de la práctica en medicina, medicina clínica, aprendizaje, medicina general, medicina familiar y comunitaria*

### Abstract

Since its inception in ancient Greece, the clinical method has experienced no major changes in its components and application. However, for some time now, it has been infringed upon by the high impact of technology on the healthcare sciences, and the new paradigms imposed on clinical practice and medical education.

This article describes the most relevant historical data on the clinical method, its scientific components and its application in medicine, highlighting its importance in all medical aspects; and provides some thoughts on the reasons for this crisis and how it involves general medical practitioners in Colombia. (*Acta Med Colomb* 2021; 46. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2021.1997>).

**Key words:** *medical practice standards, clinical medicine, learning, general medicine, family and community medicine*

Dr. Mario Iván Ruano-Restrepo: Especialista en Medicina de Urgencias. Departamento Básico Clínico, Facultad de Ciencias para la Salud; Dra. Liliana Patricia Ramírez-Zuluaga: Especialista en Medicina Interna y Geriátrica. Departamento Clínico, Facultad de Ciencias para la Salud; Dr. Juan David Osorio-Bermúdez y Jhony Alejandro Díaz-Vallejo: Estudiantes de Medicina; Dra. Eliana Bastidas-Achicanoy: Médica y Cirujana. **Universidad de Caldas**, Manizales (Colombia). Correspondencia: Dr. Juan David Osorio-Bermúdez, Manizales (Colombia). E-Mail: [juandavid.osorib@hotmail.com](mailto:juandavid.osorib@hotmail.com)  
Recibido: 20/VIII/2020 Aceptado: 08/III/2021

### Introducción

El objetivo de la medicina ha sido, desde sus inicios y hasta la actualidad, el cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, con un enfoque claro y permanente en el bienestar del paciente desde una perspectiva integral. Esto ha sido enseñado y practicado a través del tiempo por todos aquellos que decidieron algún día, con vocación, servir a los demás. Para el desarrollo de este arte es necesario no solo el conocimiento teórico, sino también la adquisición de ciertas habilidades que ayudarán a un diagnóstico certero y manejo apropiado de las patologías que acaecen al hombre.

El método clínico, entendido como la aplicación del método científico en el estudio del proceso salud-enfermedad

en la persona, fue puesto en práctica por primera vez por Hipócrates (460-370 a.C), el cual hizo grandes contribuciones en la separación de la medicina de la religión, liberándola además de las especulaciones filosóficas características de la época. Uno de los principales aportes de este eminente médico en la fundamentación de lo que en la actualidad se conoce como método clínico, fue el reconocimiento de la importancia de la observación del enfermo y la acumulación de experiencias por parte del clínico para poder realizar un diagnóstico preciso de las enfermedades, sentando así las bases para la creación de la historia clínica. Galeno (130-210 d.C), nacido cuatro siglos después de la muerte de Hipócrates, hizo también grandes aportes al área reflejados en la

autoría de más de 500 libros de medicina, siendo considerado el fundador de la medicina experimental (1).

Uno de los primeros en comprender el método clínico como una estrategia de enseñanza fue Francisco Silvio (1614-1672), el cual guiaba a sus estudiantes a través del aprendizaje de la medicina por medio de la interacción con pacientes del hospital público. Más recientemente, Sir William Osler (1849-1920) destacó la importancia de la enseñanza de la clínica al lado de la cama del paciente, resaltando que dicha enseñanza se basa en los pacientes en sí mismos, no en los textos sin pacientes (2).

Para hablar propiamente sobre el método clínico, consideramos importante hacer mención de las etapas que lo conforman, referidas así por Zerquera (3): 1) identificación y precisión del problema; 2) observación y búsqueda de información completa; 3) formulación de las hipótesis; 4) contrastación de las hipótesis; 5) confirmación o rechazo de la hipótesis. En correspondencia con esto, Ilizástigui (4) propone que la vulneración del método clínico, en cada una de sus fases, es inherente al médico. En la primera fase, debido al no establecimiento de una adecuada relación médico paciente y la no formulación apropiada del problema o los problemas del enfermo. En la segunda fase, debido a la realización de un interrogatorio parcial o incompleto y la omisión o ejecución inadecuada del examen físico. En la tercera fase, debido a la no formulación de hipótesis diagnósticas. En la cuarta fase, debido a la selección inapropiada de exámenes clínicos de acuerdo con la hipótesis diagnóstica, la no justificación de dichas pruebas, la no contrastación del cuadro clínico con el resultado de los exámenes complementarios, y la indicación de exámenes complementarios previo a la anamnesis y el examen físico. En la quinta fase, debido a no reflejar en el expediente clínico del paciente los juicios establecidos durante las diferentes fases del método y la falta de comunicación de los resultados del mismo.

El objetivo del presente artículo es abordar de manera integral la problemática sobre la actual crisis del método clínico, partiendo del punto de vista de diversos autores que han emitido sus opiniones sobre el tema, así como de la propia de los autores, siguiendo cuatro ejes temáticos propuestos por Moreno (5): deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio de la clínica, sobrevaloración de la tecnología, y el desinterés por la medicina de atención primaria.

### **Deterioro de la relación médico-paciente**

La relación médico-paciente parte de la empatía que debe haber entre estas dos personas, dos seres humanos: el profesional de la salud y el que padece la enfermedad; para que exista empatía deben haber varios elementos en juego, el más importante de ellos es el interés que ponga el médico en lograr el objetivo para el cual se preparó durante largas jornadas, encontrar la causa de la afección y dar un alivio a este sufrimiento, logrando durante el proceso ganarse la confianza, credibilidad, y generar tranquilidad a su paciente

y sus seres queridos; debe, para esto, tener herramientas suficientemente fortalecidas como el conocimiento, los recursos en salud, el tiempo necesario, las destrezas clínicas y el sentido humanitario. El aporte del paciente a esta relación depende de varios factores que varían de una persona a otra; vemos que, aunque el paciente sea la persona más influyente, más poderosa e incluso más soberbia, cuando se encuentra en estado de enfermedad, se convertirá en una persona vulnerable, frágil, que depende y va en busca de quien puede darle lo que es más valioso y por lo cual daría todo lo que tiene: la salud.

La sociedad se pregunta constantemente: “¿por qué los médicos son tan inhumanos, fríos, duros, negligentes?”, y también: “¿por qué el derecho fundamental de la salud es ahora un negocio en manos de unos pocos que se enriquecen a costa del dolor de los demás?”.

Partamos del principio que el médico, para lograr una buena relación médico-paciente, necesita tener y sentir bienestar moral y físico, sentir que lo que hace es valioso, necesario, que aporta un sinnúmero de bondades a la sociedad; pero al analizarlo, vemos que no se dispone del tiempo suficiente para saludar con calidez, conversar con genuino interés sobre la estructura del núcleo familiar del paciente y sus antecedentes patológicos, y mucho menos, sobre los conflictos de su entorno laboral, sociocultural, religioso, ambiental y sexo-afectivo. Trousseau repetía, para sus discípulos y la posteridad, una profunda reflexión: “el médico algunas veces cura, muchas veces alivia, pero siempre consuela” (6).

Hemos perdido el norte de nuestra práctica médica, del deber ser; ya no significamos un apoyo para las personas que pasan por nuestras manos, pues hemos pasado a ser funcionarios de una empresa de producción, pensamos y creemos que el deber nuestro es simplemente dar diagnóstico y cumplir con lo que es exigido desde la perspectiva de la empresa en la cual trabajamos; que si no logramos equilibrar la balanza entre el gasto que estamos generando y el número de personas que estamos atendiendo, vamos a ser “castigados”, pues nos han vendido la idea de la salud como un negocio, por esta razón, empezamos a ver a los pacientes como objetos y no como personas; hemos perdido la compasión y la capacidad de empatía por un paciente que sufre y que tiene la esperanza puesta en el profesional de la salud, pues sabe que el sistema tiende a buscar solo un beneficio económico y él o ella es el medio para lograrlo, por lo cual no podemos convertirnos en consoladores de los pacientes; dejamos de ser humanitarios para pasar a ser ejecutivos de la salud; entramos a nuestro lugar de trabajo, cumplimos el horario, la agenda, el turno y al final del mes recibimos un salario, unos con más suerte que otros, dependiendo de la especialidad, o la suerte de haber encontrado la IPS o EPS donde “paguen mejor la hora”; ni siquiera tenemos tiempo para disfrutar de la familia, de la compañía de los compañeros de trabajo, o la opción de tomarse un café con tranquilidad, pues estamos en todo momento ganándole la

carrera al tiempo, optimizando el mismo, para poder llegar temprano a casa, o en algunos casos seguir con la jornada laboral en otra institución, cansados, agotados y apenas despiertos, intentando estar con los cinco sentidos bien puestos, para poder seguir atendiendo a más personas en el menor tiempo posible. ¿Cómo podría el médico tener una estabilidad emocional, el tiempo adecuado, la serenidad mental, para poder empatizar con las personas y así entender sus sentimientos, lograr consolar a aquellos que tienen una expectativa errónea del sistema de salud? Pues creen que es el médico quien lo administra. Sin extendernos a la descripción de otras realidades personales que se viven, cabe nombrar que existen algunas excepciones muy escasas, donde el profesional nunca ha desarrollado el amor a la medicina como una vocación, por lo cual no lograría entender nunca a un paciente, a pesar de las mejores condiciones de trabajo que pudiese tener.

Todo comienza en la vida académica, donde aprendemos día a día de la vivencia de los médicos egresados, quienes se convierten en nuestros docentes, que en algunos casos ni siquiera realizaron aparte de sus estudios médicos otros estudios académicos en pedagogía, el médico se forma por lo tanto con la mentalidad de un esclavo, sin poder tomar un camino distinto al que se le presenta, para lograr en algún momento un título de una carrera tan larga y difícil, y con esto lograr retribuir a su familia, que es quien se sacrifica para que esta persona pueda estudiar; posteriormente el médico en su práctica clínica repite conductas aprendidas, por ejemplo, permitir su contratación sin exigencias, y tener que competir por el “mejor postor”, buscar donde ofrezcan más tiempo para poder atender a un paciente, donde sea más fácil que a los pacientes les autoricen las ayudas diagnósticas o procedimientos que se requieren, dónde tenga las prestaciones legales y hayan aumentado el sueldo en los últimos años, o al menos que paguen sin atrasos.

Estamos aún a tiempo de cambiar, desde las universidades, la perspectiva que se tiene del quehacer médico, de la relación médico-paciente tan importante para resultados realmente eficientes, de poder exigir un cambio del sistema de salud en Colombia que hace tanto tiempo nos viene maltratando tanto como médicos y como pacientes, pues el hecho de ser médicos no nos hace intocables ni inmortales, y sabemos que los médicos en formación serán nuestros futuros médicos tratantes, además es tiempo de tomar las riendas y direccionar los cambios en el sistema de salud, pues no puede quedar en manos de otros profesionales que no pueden tomar decisiones acertadas al no poder comprender la extensión y la dimensión que tiene el ejercer diariamente nuestra labor en Colombia.

### El menosprecio de la clínica

El método clínico también es definido como expresión de la aplicación del método científico al estudio del proceso salud-enfermedad en el individuo, y para esto, es necesario no solo el conocimiento, sino también adquirir ciertas ha-

bilidades que ayudarán a un diagnóstico certero y manejo apropiado de las patologías que acaecen al hombre (7). Durante siglos, fue conformado solo por la clínica hasta la aparición de los estudios de laboratorio. Desde allí, han quedado plenamente integrados, ya que estos no solo son complementarios, sino que a veces decisivos en el proceso del diagnóstico (8). Sin embargo, es la clínica la que guía al laboratorio, puesto que es la forma más racional de actuar, evitando así errores y pérdida de tiempo (1).

El perfil ideal de un profesional en medicina debe estar basado en conocimiento, habilidades clínicas, humanismo y responsabilidad, siempre orientado al paciente, todo esto por el gran papel que ha tenido en la sociedad. En los últimos años, el capitalismo ha tomado un rol importante en el desarrollo global, y con él, unas consecuencias graves en el ámbito de la enseñanza del cuidado de la salud. El deterioro del método clínico es explicado desde la forma de enseñanza médica, el perfil que las academias de medicina brindan, es un técnico esclavo de la tecnología y peón de grandes multinacionales con ánimo de lucro, mercantilizando la medicina, limitando el ejercicio médico, vendiéndonos la idea de que el fin es económico, invertir para después hacer más, dejando de un lado aquel perfil ideal que necesita la comunidad. Con esto, se olvida de escuchar al paciente e investigar la razón de sus problemas, se olvida que la medicina es ciencia y arte al servicio del hombre, por lo cual la imagen actual del médico es la del mercader que oferta y vende sus servicios a un alto costo, con alto estatus, pero poco preocupado por su paciente (6). Este es el modelo conservador, en el que se forma la mayoría de médicos, y cuando un modelo no logra dar solución a la mayoría de los problemas que debe solucionar, es preciso que sea modificado (9, 10).

Es importante recordar que este modelo conservador empezó con el auge de la tecnología, sin embargo, el gran cambio en nuestro país ocurrió con la Ley 100 de 1993, en la que el gobierno decidió erradamente, tal vez por falta de recursos económicos, transferir la salud al sector privado. Esta decisión fue tomada con sentido económico y por economistas, no por médicos con sentido médico, desde ese momento se empezó a mercantilizar la salud en nuestro país (6).

Con este modelo o ideología, el fin último será recuperar lo invertido. Se crea la necesidad de buscar siempre la especialización y se desprende cada vez más en diferentes subespecializaciones con el fin de acumular conocimientos y tecnología, sin embargo, ellos siguen siendo clínicos porque utilizan el método clínico de base. Moreno decía que existen cuatro razones por las cuales se menosprecia la clínica, por ignorar su importancia, porque requiere de tiempo, porque no da mucho dinero y porque se considera equivocadamente que la tecnología puede sustituirla (5). Es evidente que esas razones explican mucho la situación que hoy enfrentamos, pero se le podría añadir una nueva razón, el concepto de “deshumanizados”, y puede ser como nos dice Tamayo: no son médicos que fueron humanitarios y

lo perdieron, sino personas deshumanizadas y estudiaron medicina (11).

No hay que olvidar que el humanismo es la esencia del médico, es el componente que lo aleja de las limitaciones actuales que tiene el sistema de salud, desde su enseñanza hasta su práctica; se puede aplicar haciendo uso de un buen desarrollo del método científico, teniendo siempre en cuenta una excelente relación médico-paciente, que será desde el principio la condición para un buen diagnóstico (12).

A pesar de tener pleno conocimiento sobre esta problemática desde hace mucho tiempo, los médicos del país no hemos tomado decisiones, ni hemos implementado estrategias que mejoren las condiciones del médico general, al contrario, de manera irresponsable, se han apoyado políticas que de forma enmascarada proponen dar soluciones, como lo es, por ejemplo, la ley de residentes, donde se pretende pagar durante la residencia médica en el país, que no está mal, pero de fondo disminuye la cantidad de cupos que dan las universidades, disminuye la posibilidad de acceder a un programa de especialización, y aumenta más el interés por la especialidad, incrementando el problema de economía y ego en ellos.

Se le vende a este estudiante la idea de que, si el médico no se especializa, no podrá alcanzar un estatus, ni será una persona valiosa en el gremio. Además, se ve en algunos casos rechazo de los médicos especialistas hacia el médico general, generado por brechas económicas, de conocimiento, de beneficios laborales, lo anterior incrementa la división en el gremio. A esta situación se agrega la dificultad para ingresar a las diferentes especialidades (por pocos cupos universitarios, por corrupción de algunas instituciones, entre otros) y se genera la tendencia a la frustración, y a la depresión frente a la labor médica.

### **Sobrevaloración de la tecnología**

En los últimos años ha habido un gran avance en la tecnología, que ha servido no solo como complemento a la clínica, sino también como herramienta para los avances pedagógicos en cuanto a la enseñanza (11). Con el avance de la tecnología, se avanza en medicina. Anteriormente, el actuar clínico se basaba en la experiencia, ahora se basa en la evidencia científica. Son grandes los aportes que ha hecho la tecnología al campo de la salud, como la incorporación de las ayudas diagnósticas, exámenes complementarios, los recursos terapéuticos y la profundidad del conocimiento de enfermedades (13, 14). Al empezar a utilizar estos apoyos tecnológicos en medicina, se pasó de ser el clínico tradicional a ser el clínico del siglo XXI.

A pesar de todas estas herramientas con las cuales se facilita aún más el diagnóstico y tratamiento a los pacientes, muchos médicos no hacen un buen método clínico, no hacen una buena anamnesis, no los examinan, y consideran que las ayudas diagnósticas o paraclínicas darán el diagnóstico, cuando claramente no es así, son solo ayudas que sirven para confirmar o descartar una sospecha diagnóstica (16). Esto

hace que en ocasiones fracase el tratamiento y el paciente pierda la credibilidad en la medicina, y busque otras alternativas que quizá le den más alivio, y en casos afortunados encontrando el médico que le escuche y comience su método científico desde cero, aquel que con las destrezas adecuadas le ayude a resolver su problema

Con esta llegada de la tecnología a la medicina logró también que se crearan varias especialidades paraclínicas, ya que requerían ciertos saberes para poder utilizarlas e interpretarlas. El mal uso de las ayudas diagnósticas viene desde hace tiempo, en los años 90, Hinich dijo: “el médico moderno, cual aprendiz de brujo, ha dejado de ser el amo de la tecnología para convertirse en su servidor” (17) y Bernard Lown: “la sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima” (18). Para ese entonces, apenas se estaban introduciendo ciertas herramientas tecnológicas y ya se evidenciaba el mal uso que se les daba. El exagerado uso de estas herramientas ha llevado a una pérdida de la confianza en la anamnesis y el examen físico, lo que se conoce como el método clínico (19).

Existe además una asociación que se presenta en los casos de la atención médica y el abuso de ayudas diagnósticas, dada por el aumento de las demandas médico-legales a los profesionales, puesto que el médico prefiere enviar ayudas diagnósticas que de cierta forma le darán confianza en descartar patologías que se podrían haber eliminado de las hipótesis diagnósticas desde la anamnesis y muchas veces terminan siendo innecesarias, esto sucede por el temor y la necesidad mental de seguridad que éstas le podrían brindar al profesional; también ayuda a prolongar en algunos casos las reconsultas, tiempos de estadía en hospitalización, en unidades de cuidado crítico, etc., y existe también el gran contraste en casos de EPS en las cuales hay limitaciones y barreras para poder solicitar procedimientos y exámenes en pacientes que realmente las requieren y que por costo no son autorizadas en su debido momento, complicando los cuadros clínicos de los enfermos y haciendo en muchas ocasiones que terminen en la muerte o secuelas irremediables.

### **El desinterés por la medicina de atención primaria**

Una de las principales características del ejercicio médico actual, y que ha llevado a la agudización de la crisis del método clínico, es la pérdida de interés por el conocimiento y la práctica de la medicina general y de atención primaria. Son muchas las razones que ponen al médico general en una situación de desventaja con respecto a otros profesionales de la salud, y Moreno (5) hace referencia a algunas de ellas: menor retribución económica, sobrecarga de trabajo y menor tiempo libre, excesivas limitaciones impuestas por las compañías aseguradoras y el propio sistema sanitario, y discriminación en los centros de salud. Todo esto, aunado a las muchas otras condiciones que puedan surgir de la experiencia y el imaginario del lector, hace de la medicina de

atención primaria un escenario desalentador y poco atractivo para el médico en formación que está próximo a enfrentarse al mundo laboral, y un ambiente inhóspito para el médico general que ya se encuentra sumergido en él.

El problema radica también en los espacios destinados para la enseñanza clínica, acordes con el modelo actual de educación médica. Los hospitales y centros de salud de alta complejidad, con todos los recursos disponibles y condiciones óptimas para el ejercicio profesional, representan la gran mayoría de los sitios de práctica en la formación de futuros médicos (20). Esta situación ha contribuido a que los egresados, aún desde etapas tempranas de su pregrado, tomen la decisión de especializarse, profundizando aún más el menosprecio por la medicina general y dejando de lado la importancia de los primeros niveles de atención en el sistema de salud actual.

No debemos olvidar que la medicina de atención primaria constituye realmente la base de un sistema sanitario, en especial el de un país con tan recursos tan limitados como Colombia. La cobertura provista por un médico general, con un conocimiento integral del amplio espectro de enfermedades que afectan al ser humano y un raciocinio clínico inigualable, no puede y no debe ser, bajo ninguna circunstancia, asumida por los especialistas, ni mucho menos por los subespecialistas. La medicina general y de atención primaria tienen un valor incalculable, que debemos reconocer y fortalecer, en el sostenimiento y prosperidad de cualquier sistema de salud, al igual que un papel supremamente importante en la resignificación del método clínico, el cual parece estar esfumándose de nuestra realidad a un ritmo vertiginoso.

La atención primaria es la clave de un sistema en salud productivo, coherente, eficiente y oportuno, pero lastimosamente en Colombia no tiene una base sólida, no es el fuerte de la enseñanza en el sistema educativo en salud, tampoco tiene adecuado alcance desde la inversión que deberían hacer las EPS en el mismo, pues si se le diera la importancia que realmente tiene y se tomara como eje de los servicios en salud, tendría un efecto a largo plazo que ayudaría a sostener una población más vital y saludable, haciendo que los recursos invertidos tengan más rendimiento y las consecuencias de tratar sólo la enfermedad a largo plazo sean menores.

### Consideraciones finales

Desde las épocas de estudiantes y, más aún, ahora como profesores de clínicas en la escuela de medicina, hemos notado un cambio en la visión y en el ejercicio de la profesión. Desde siempre se ha considerado un verdadero apostolado, pero las condiciones actuales sumadas a la normatividad, las exigencias, el exceso de información, las condiciones laborales entre muchas otras situaciones, han llevado a que las expectativas y aspiraciones se vean cambiadas a frustraciones y temores que han desdibujado la verdadera labor médica.

El mundo cambió y, tal vez, los médicos no estábamos preparados para afrontar estos nuevos retos. No podemos

dudar que como médicos seguramente sabemos de medicina, pero de una forma cada vez más impersonal, sin la profundidad ni el humanismo que hemos pregonado, con una, lamentablemente, frecuente dependencia de la tecnología.

Estas reflexiones tienen como objetivo intentar rescatar quizás la más antigua herramienta que a su vez constituye la base y fundamento de las ciencias médicas y el objeto de formación más importante para aprender, estimular y capacitar en las habilidades necesarias para nuestro ejercicio de forma humanizada y asertiva: el método clínico.

Es de recordar que la medicina tiene como propósito fundamental un compromiso con la persona que sufre, se ocupa del sufrimiento con el ánimo de por lo menos ayudar a hacerlo más llevadero, según la antigua sentencia “el médico pocas veces cura, algunas veces alivia, pero siempre conforta” (*Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours. Ambroise Paré*). No podemos ser inferiores a esta necesidad. Surge justamente en una de las épocas más difíciles de la era moderna, en medio de una pandemia que ha puesto de rodillas a la humanidad y a los médicos y personal de salud en la primera línea “de batalla”, con un elevado número de colegas que han fallecido en cumplimiento abnegado de sus labores.

Pero volvamos a lo que nos compete. La medicina que intenta solucionar los problemas particulares de los seres, comprometida con el enfermo y su familia, ha sido dejada de lado y reemplazada por la que exigen muchas veces las entidades encargadas de la administración en salud, la pérdida de la autonomía, la mayor injerencia en las decisiones, la inseguridad en la contratación, el mismo miedo a verse inmerso en dificultades de tipo legal y, no en pocas ocasiones, ético, conduciendo a una creciente necesidad de suplir la falta de examen clínico por pruebas complementarias, muchas veces motivados por la falta de tiempo así como también por el mismo temor a las posibles demandas por mala práctica.

No se pueden negar los avances indudables en la medicina actual. El desarrollo de nuevas alternativas diagnósticas y terapéuticas, trasplantes, células madre, genómica, y tantas otras posibilidades que han ampliado nuestro conocimiento como jamás habríamos imaginado, no se ve compensado por un más satisfactorio ejercicio médico. Por el contrario, creemos que, a pesar de lo anterior, y posiblemente por este mismo hecho, asistimos a una creciente insatisfacción de pacientes y médicos, donde los resultados estadísticos, la cobertura y otras mediciones están por encima del verdadero bienestar.

Recordamos mucho de nuestra época de estudiantes donde uno de los principios rectores era reconocer a la medicina “como arte y ciencia”. Es claro, en el ámbito tecnológico se ha desarrollado como nunca en los últimos 50 años, pero estamos llamados a recuperar en la formación médica la enseñanza de una medicina más humana, bajo las exigencias actuales que la ciencia y la tecnología exigen. Es innegable la necesidad de estar actualizados para evitar el riesgo de convertirnos en profesionales obsoletos y relega-

dos, y se requiere conservar el norte de un ejercicio clínico completo y humanizado. La invitación es clara, hacer de nuestra profesión un ejercicio más digno cada día, ayudar al enfermo de una manera multidimensional, aprender de él y solucionar su queja con el justo equilibrio en nuestro actuar. Así pues, es común que el médico vea al enfermo como una oportunidad de adquirir más conocimiento al mismo tiempo que le ayudemos en la solución del problema que lo aqueja. El reto está en lograr el justo equilibrio.

El aporte de la educación superior (universidades y facultades), es ofrecer la oportunidad de adquirir las habilidades y destrezas clínicas y comunicativas tanto con los pacientes y sus familias, como con los demás profesionales de la salud, entender los aspectos fundamentales de las enfermedades, la realización de procedimientos básicos y dejar una semilla que lo motive a mantener sus competencias y actualizar su conocimiento durante toda su vida profesional.

La enseñanza de la medicina en tiempos anteriores estaba basada en la anamnesis y el examen físico del enfermo. Se fundamentaba en el individuo en sí, quien intercambiaba información de primera mano con su médico, y si ello no era posible, lo hacía al menos con un familiar o un allegado cercano. De acuerdo con lo dicho, esta manera de ejercer medicina mantenía una elevada interacción personal, donde no solo interesaban los síntomas que afectaban al enfermo, sino que se compartían esperanzas, propósitos, objetivos y temores, dado que el médico siempre había demostrado tanto la capacidad como su disposición de escuchar al enfermo. Se reconocía sacrificio y compromiso con un ideal de ayuda al semejante.

Como decíamos atrás, el sistema de salud cumple con un objetivo normativo: asegurar los servicios de salud a un gran porcentaje de la población, todo como parte integrante de los derechos de las personas, pero a través de casi un ambiente impersonal donde el producto terminado sea la salud, a través de mínima interacción entre el médico y su paciente y al menor costo posible. Esto conlleva a que la relación médico-paciente sea distante y fría, tanto que a menudo, el médico ni siquiera conoce el nombre de su paciente, o si acaso por su historia clínica, razón por la cual termina refiriéndose a él por su diagnóstico, número de cama e incluso por su conducta con el personal de salud (“paciente cansón”).

Hemos llegado al extremo en que la tecnología domina tanto el ámbito médico, que los propios pacientes desconfían si su médico no obtiene el diagnóstico a través de sofisticados aparatos y complejos estudios, de manera que muchas veces ellos mismos exigen que les practiquen, so pena de solicitar tutelas y demás recursos legales al alcance, bajo el pretexto de que, si no se hacen, les están negando sus derechos. Ahora bien, los pacientes no tienen por qué saberlo, pero los médicos debemos resaltar que el acto médico se origina en el ejercicio de la clínica, en una anamnesis apropiada, una exploración física completa y

un razonamiento exhaustivo por el método clínico en cada uno de sus enfermos. En el proceso diagnóstico tiene mucha relevancia el proceso mental en sí y no únicamente el objetivo, es decir, el diagnóstico.

Todo médico debería recordar que los exámenes complementarios son precisamente eso, una ayuda. Sin embargo, parece que cada vez dependemos más de un resultado de laboratorio o de imagen para establecer el diagnóstico. Esto explica el crecimiento exponencial en la solicitud de estudios que actualmente enfrenta el sistema de salud, y la respuesta inadecuada del actuar médico, pidiendo de forma indiscriminada estudios solo con la actitud defensiva ante posibles demandas. Si se logra desarrollar el método clínico de forma asertiva con cada paciente, es plausible la mayor aproximación diagnóstica y el uso racional de los exámenes complementarios.

Pero en nuestra práctica los sistemas de seguridad social no siempre lo permiten. Si un médico dedica demasiado tiempo a un enfermo, no es rentable, no cumple con las metas y por lo mismo, no está alineado con los objetivos de la organización, o sea, no es útil para sus intereses. Parecería que estos sistemas buscan cumplir con cantidad, pero no necesariamente con calidad en la atención.

Por lo anterior el médico termina por caer en la rutina de su accionar, rapidez en su trabajo y por supuesto, con baja calidad, con lo que el resultado final dista mucho de lo que se necesita. Así pues, termina por convertirse en una persona distante, aburrida, insatisfecha y con escaso compromiso por sus pacientes.

Ahora bien, ¿la culpa es exclusiva del sistema de salud? Obvio que no, porque también el médico contribuye a que los problemas del sistema de salud sean más evidentes. A medida que su actividad laboral entra en un período de hastío, de rutinización de su ejercicio, termina por deteriorar su desempeño profesional.

De hecho, se ha vuelto lugar común la judicialización del acto médico, la intervención de terceros (auditores, administrativos, otros intermediarios), la agresividad creciente de pacientes y, sobre todo, de familiares, la sensación de que se adquiere un compromiso de resultado en el ejercicio médico (lo que es imposible, pues no se puede garantizar un resultado), todo lo anterior ha convertido la práctica médica en una actividad de alto riesgo.

Si a esto le sumamos que muchos médicos deben trabajar en varios sitios para lograr unos ingresos medianamente decorosos, producto de las formas de contratación que privilegian la prestación de servicios sin prestaciones sociales, sin reconocer horas extras ni recargos, la situación mencionada es dramática.

Queda pues esta reflexión nacida de los años de experiencia, tanto en la docencia como en el ejercicio en diferentes campos del quehacer médico. Esperamos con esto contribuir a un replanteamiento de la formación médica que privilegie el humanismo por encima del tecnicismo y que, a futuro, permita recuperar el arte en la medicina (21, 22).

## Referencias

1. **Hernández JC, García PH, Gobel ND, Dueñas AS.** Importancia del Método Clínico. *Rev Cuba Salud Publica.* 2012;38(3):422–37.
2. **Giannasi S.** La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. *Rev del Hosp Ital Buenos Aires.* 2012;32(3):121–6.
3. **Zerquera CE.** Un llamado a la aplicación del método clínico en la práctica de la medicina perinatal. *Medisur.* 2010;8:174–6.
4. **Ilizástigui F, Rodríguez L.** El método clínico. *Medisur.* 2010;8(5):2–11.
5. **Moreno MA.** Crisis del método clínico. *Rev Cuba med.* 1998;37(2):123–8.
6. **Vera, A.** Humanismo y medicina, y algunas reflexiones pertinentes. 2004;11(6):270–6.
7. **María L, Ledo V.** La enseñanza de la Clínica. 2005;19 (2).
8. **Bacallao GC, Bello B.** El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica. *Acta Médica del Centro.* 2014;8 (2).
9. **Kuhn T.** La estructura de las revoluciones científicas. 8va edición. Argentina: Fondo de cultura económica; 2004.
10. **Cuba M, Contreras Samamé JA, Ravello Ríos PS, Castillo Narro MA, Coayla Flores SA.** La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Rev Med Hered.* 2016; 27:50–59.
11. **Pérez R.** Humanismo y medicina. *Gaceta Médica de México.* 2013;149:349–53
12. **Mendoza M, Yourcenar M.** Reflexiones sobre humanismo y medicina. 1998;23:3–6.
13. **Rodríguez Weber FL.** La enseñanza clínica, un reto de nuestro tiempo. *ACTA MÉDICA GRUPO ANGELES.* 2017;15:3
14. **Moreno MA.** La contrastación. En: *El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales.* La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001. p. 144–66.
15. **Lifshitz A.** Un clínico en el siglo XXI. *Gac Méd Méx* 2007;3:279–283.
16. **De la Osa JA.** Médico moderno: de amo de la tecnología a servidor. XI Congreso de la Asociación de Medicina Interna de Centroamérica y el Caribe. 2013
17. **Hinich H.** Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos. *Gac Med Mex.* 1990; 12: 72–6.
18. **Weatherall J.** Crisis of communication: the lost of healing. *Br Med J* (ed. Latinoamericana). 1997; 5:287.
19. **García RD.** El método clínico en la Atención Primaria de Salud: algunas reflexiones. *MediSur.* 2010; 8:5:144–155
20. **Lifshitz-guinzberg A.** La enseñanza de la clínica en la era moderna. *Investig en Educ Médica.* 2012;1(4):210–7.
21. **Duarte J.** Acerca de la necesidad de que los médicos aprendan medicina *Med Int Méx.* 2018;34(2):304–310.
22. **Solis U, Valdés JL, Calvopina S, Martínez JP, Flor Mora OP, Menes Camejo I.** El método clínico como pilar fundamental en la enseñanza médica. *Rev Cuba Reumatol.* 2018;20(1):1–7.

