

Facultad de Ciencias Médicas

Isla de la Juventud

**Perfeccionamiento del desempeño
profesional en la aplicación de la Medicina
Natural y Tradicional. Sector Salud**

**Tesis para optar por el título académico de máster en Medicina
Bioenergética y Natural**

Autor: Dr. Enrique Hernández González.

Especialista de primer grado en Medicina General Integral.

Especialista de primer grado en Medicina Natural y Tradicional.

Tutor: Dr. C. Fidel Vera Bueno. Prof. Tít.

Asesora: Ms.C. Teresa González Pelegrino.

Isla de la Juventud

2008

“Invertir en conocimientos produce siempre los mejores intereses”.

Benjamín Franklin (1).

DEDICATORIA

A mis padres, por permitirme existir.

A mis hijos, por mantener mis ganas de vivir.

A mi esposa, por amarme más cada día.

A los amigos, por estar cuando se debe.

A mis enemigos, por mostrarse todos los días.

AGRADECIMIENTOS

Hay frases dichas por excelentes personalidades de probado prestigio, y son utilizadas con acierto en muchos documentos de diversos investigadores, otras se pierden en el tiempo y resulta difícil poder acotar quien las dijo, pero no por ello pierden su fortaleza y precisión, viéndose en este caso a este autor le resulta imposible no compartir la siguiente con ustedes:

“Uno encuentra lo que busca; pero solo busca lo que conoce; y lo que no conoce ni intuye, lo estudia o lo investiga”

Para lograrlo se necesitan seres humanos con disímiles características unos a favor y otros en contra de lo que se debe hacer por el bien de la humanidad, seria oportuno reconocer los desvelos, la exigencia y la sapiencia del Dr. C Fidel Vera Bueno, también sus regaños.

Que no falte una sonrisa en aquellos que siempre están allí, para tender una mano a los desposeídos y empujar o halar cuando menguan las fuerzas

Este autor seria un mal agradecido, sino considerara a aquellos que por los motivos que fueren, levantan muros y cierran puertas, pues son precisamente ellos los que impulsan en buena medida el crecimiento de los inconformes con la inercia

No por su presencia diaria puede dejar de agradecerse a quien todo lo da sin pedir nada a cambio, la madre Patria, esa que es ara y no pedestal

Todos son coparticipes y responsables de los buenos resultados que de este trabajo se deriven, de los errores solo es responsable este autor.

A todos,

¡Muchas gracias!

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, metaanalítico, de desarrollo tecnológico dado por la elaboración de un modelo de actuación, actuando sobre una muestra de 58 profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional (M.N.T) en la Isla de la Juventud. Para darle solución al problema evidenciado, de ¿Cómo contribuir a que el personal de la salud aplique el método científico en la práctica de la Medicina Natural y Tradicional? Se propuso como objetivo de esta tesis elaborar un modelo de actuación que permita consolidar la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional. Durante todo el período de investigación se utilizaron diferentes métodos de carácter teórico, empírico y matemático, como el Histórico Lógico, Análisis Síntesis, Modelación, Sistémico Estructural. Observación, Análisis de documentos, Encuestas, Entrevistas y Análisis porcentual. Se evidenció la insuficiente preparación de los profesionales de la salud para desarrollar las actividades docente investigativas en el campo de la especialidad Medicina Natural y Tradicional. Concluyéndose que el modelo de actuación que se propone ofrece a los profesionales de la salud los elementos fundamentales para potenciar su autoformación en correspondencia con el modelo actual de la Educación Médica Superior.

ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. Métodos Bioenergéticos y Naturales en Cuba: referentes teóricos de partida.	11
1.1. Aspectos referentes al surgimiento y aplicación de la Medicina Bioenergética y Natural en occidente.	11
1.2. Tendencias de su introducción en Cuba.	17
1.3. Referentes teóricos.	22
1.3.1. Del pensamiento filosófico	22
1.3.1.2. Una aproximación posible.	26
1.3.2 Teorías relacionadas con los efectos de las terapias tradicionales sobre el organismo.	30
1.3.3. De las guías de buenas prácticas clínicas.	34
1.3. 4. De la Medicina Basada en la Evidencia.	37
1.3.5. Los metaanálisis.	40
1.3.6. El papel de la incertidumbre en la práctica clínica.	42
1.3.7. Fuentes de variabilidad.	42
1.3.8 .Exigencias cubanas.	46
1.3.9. Exigencias internacionales.	47
Capítulo 2. Modelo de actuación del personal de la salud que aplica la Medicina Natural y Tradicional en instituciones asistenciales.	50
2.1. Características de la aplicación de la Medicina Bioenergética y Natural en la Isla de la Juventud.	50

2.2. Características de la actuación de los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional.	53
2.3. Un modelo precedente.	59
2.4. De las inferencias científicas.	63
2.5. Del modelo clínico tradicional al modelo de ejercicio basado en la información procedente de la evidencia científica.	65
2.6. Modelo de actuación para el perfeccionamiento de la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional. Fundamentación.	67
2.7. Sugerencias estratégicas para la utilización del modelo de actuación	70
2.8. Valoración cualitativa del modelo de actuación a partir del criterio de profesionales de la salud.	76
Conclusiones.	80
Recomendaciones.	82
Bibliografía.	
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

Miles de pacientes han sido tratados por diferentes afecciones utilizando técnicas que tienen una base bioenergética y natural como elemento fundamental, unos más estudiados, validados y aceptados por la mayoría de la comunidad científica nacional e internacional, como la magnetoterapia, la fitoterapia (basada en principios activos), la electroacupuntura, la lasérpuntura, la gimnasia tradicional, y otros con menos sustento científico y aceptación por la comunidad científica internacional, como la terapia floral, la homeopatía, la energía piramidal, el reiki, otros, existiendo pocos estudios o ensayos clínicos controlados que avalen sus mecanismos de acción, o que puedan establecer una relación causa - efecto; así como sus posibilidades curativas.

Existen reportes de que en algunos lugares del 50,0 al 60,0 % de los pacientes con cáncer, encuestados han expresado haber empleado medicina alternativa en algún momento de su enfermedad. La carga de dramatismo que esto encierra es que dichos procederes fueron ofrecidos con intención curativa frente a una enfermedad nada sencilla que supone entre 100 y 200 tipos diferentes de cáncer con diferentes conductas evolutivas diferenciadas entre sí por la localización del tumor, su estadio clínico, las enfermedades asociadas, entre otras causas.

El hecho de ofrecer una solución curativa con una modalidad bioenergética y natural es errado, cuando en este caso la evidencia científica permite plantear que pueden favorecer una mejoría de las funciones orgánicas y no la eliminación de las causas en las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los practicantes de la medicina bioenergética y natural ofrecen en ocasiones falsas esperanzas a los pacientes respecto a las posibilidades curativas de sus técnicas y procedimientos, cuando deberían explicarles la realidad de su pronóstico, comprobar las diferentes teorías que sustentan las disímiles modalidades existentes mediante ensayos clínicos debidamente controlados; no promover ni permitir la publicidad de métodos de tratamiento que estén en fase de investigación, utilizar el método científico en dichas investigaciones, presentar los

reportes de los mismos para su verificación por otros grupos de investigación y responsabilizarse públicamente con las conductas sugeridas y los tratamientos aplicados.

El proceso del diagnóstico se ha sustentado siempre en las habilidades y en los conocimientos, cualesquiera que estos fuesen, de quienes han ejercido la profesión médica, ya fueran chamanes, hechiceros, eruditos o médicos.

El autor de esta tesis concuerda con lo planteado por el Dr. Curbelo Videra (2002) cuando plantea: "...Los conocimientos médicos contemporáneos sobre las numerosas enfermedades humanas, los métodos de su reconocimiento y los procedimientos de lucha contra las mismas se basan en la experiencia acumulada durante milenios...". (2)

Las nociones científicas sobre las enfermedades y el diagnóstico como una asignatura científica se formaban junto con el desarrollo de las ciencias biológicas y otras. El estado y el desarrollo del estudio de las enfermedades y su reconocimiento están relacionados estrechamente con el nivel de la filosofía de cada época y los conocimientos concretos de la naturaleza (2).

Como arte específico de la ciencia, la medicina y sus basamentos clínicos, tienen una forma y esencia únicas: lograr conocimientos y explicarse la afección anómala que presenta el enfermo para en consecuencia actuar sobre este, el diagnóstico siempre ha antecedido a los tratamientos y no puede ser de otra manera, por lo que, los especialistas en Medicina Natural y Tradicional realizan este doblemente, el occidental primero y consecutivamente el tradicional, relacionándolos y corroborando ambos con los medios complementarios de diagnóstico.

A diferencia de los especialistas, la actuación de otros, conlleva a desagradables y reprensibles consecuencias éticas, sociales y legales asociadas a determinadas decisiones, como la de proporcionar consultas, indicar procedimientos por personal no médico calificado y aplicar las mismas por otros no profesionales, indicar procedimientos no validados o validados pero no adecuados para la patología que se

pretende resolver y peor aún cuando los procedimientos validados no se aplican en las afecciones para las que tienen eficacia, por desconocimiento o escepticismo.

Súmese a lo anterior la falta de conocimientos de Anatomía, Fisiología, Bioquímica y otras asignaturas de las Ciencias Básicas y Preclínicas que tienen como carta de presentación los que con un empirismo poco cauteloso aplican los procedimientos bioenergéticos y naturales no siendo profesionales, por considerarlos no dañinos, cuando nada en medicina ostenta esta condición, y suele decirse que algo es más o menos inocuo solo por comparación

La difusión de la Medicina Natural y Tradicional hace evidente la necesidad de disponer de una terminología común para facilitar la comunicación en la enseñanza, la investigación, la práctica clínica y el intercambio de información. En 1989 la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocó a un Grupo Científico que aprobó una Nomenclatura Normalizada Internacional de Acupuntura, que se está difundiendo y aplicando ampliamente, este grupo recomendó asimismo, que la Organización preparase una serie de declaraciones y directrices sobre la acupuntura relativa a la capacitación básica, la seguridad en la práctica clínica, las indicaciones y contraindicaciones y la investigación clínica.

La creciente popularidad de la Medicina Natural y Tradicional en los últimos años como forma de terapia y el interés de algunos países por introducirla en la atención primaria de salud hace que las autoridades sanitarias nacionales deban garantizar la seguridad y la competencia en su uso.

En los países con un sistema oficial de formación en Medicina Natural y Tradicional, como lo es Cuba, y en los cuales la acupuntura y sus técnicas afines están firmemente arraigadas como componente normal de la atención sanitaria, la capacitación puede prolongarse durante varios años a nivel universitario y se han creado mecanismos adecuados para la supervisión de sus profesionales.

Este autor concuerda con el Dr. C Vera Bueno (2002) cuando plantea : “.....El logro de tales objetivos requiere no solo de una definida fundamentación filosófica

y científica, sino también de una optimización en la organización e instrumentación de la enseñanza(...)presupone el cultivo de nuevas formas de pensar y enfocar la formación de valores en nuestros educandos..” .(3)

Las ciencias biomédicas son fundamentales para comprender las enfermedades, establecer diagnósticos, aplicar nuevos tratamientos y darle el justo valor a las complejidades y oportunidades de las nuevas y mejoradas tecnologías.

Hoy día esta práctica alcanza su máximo desarrollo porque a lo anterior se añaden otros elementos que frenan su desarrollo como lo son: la ausencia e inestabilidad de un grupo nacional propio de la especialidad que aglutine a todos los especialistas del país como lo poseen el resto de las especialidades, la inexistencia de las normas y procedimientos de la especialidad para poder juzgar las actuaciones en este campo, al igual que en Cirugía, Pediatría, Obstetricia, otros.

La tendencia a no realizar ensayos clínicos controlados, doble ciego y multicéntricos de alto rigor científico que permitan, de la manera más válida y objetiva, demostrar que puede atribuirse al tratamiento evaluado el efecto obtenido; siempre y cuando se den las mismas condiciones que las definidas en el protocolo del estudio.

Aprender cómo acceder al conocimiento científico que se difunde rápidamente, cómo interpretarlo y utilizarlo adecuadamente es cada vez más necesario cuando se busca asumir con rigor científico la alta responsabilidad de tomar decisiones, sobre los individuos durante la práctica clínica, sobre poblaciones enteras al gestionar recursos sanitarios y plantearse estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

La Medicina Natural y Tradicional no ha contado con herramientas tan válidas como las Guías de Buenas Prácticas Clínicas, ni con los aportes de la Medicina Basada en la Evidencia Científica. Es imprescindible que todos y cada uno de los practicantes de la medicina bioenergética y natural tome consciencia de que la

comunidad científica no los agrade, que solamente se pretende sean justificadas las actuaciones médicas de esta y todas las especialidades del Sistema Mundial de Salud.

Esta tendencia mundial adquiere mayor significación cuando se revisa el Registro de Ensayos Clínicos Iberoamericanos y se encuentra que de 2 996 ensayos controlados realizados ninguno es de M.N.T., que de 818 informes de gestión clínica y sanitaria solo 9 son de M.N.T., de 302 revisiones del dolor de espalda solo 2 son de M.N.T., en lo referente a evidencia-actualización en la practica ambulatoria de 36 estudios ninguno es de M.N.T.

Más necesario se hace dotar a los practicantes de la medicina bioenergética y natural de un modelo de actuación científica cuando se analiza el registro Cochrane de Ensayos Clínicos Controlados (Central / CCTR) y se observa que de 52 239 ensayos solo 2 corresponden al campo de la M.N.T., en los registros de metodología de 1 008 ninguno es de esta especialidad.

Deben buscarse elementos teórico prácticos que permitan justificar científicamente estos procederes bioenergéticos y naturales, así como aproximarse a su historia, por el bien propio de esta especialidad y su continuidad en el tiempo.

La situación problemática planteada hasta aquí se introduce por derroteros difíciles al tomar en cuenta las diferentes concepciones del mundo que tienen los investigadores, docentes y profesionales que abordan estos temas, unido a la aceptación o prohibición de estas técnicas por los sistemas de salud de los diferentes países.

El avance de la educación pre y profesional en Cuba es evidente e innegable, pero todavía los graduados universitarios del sector de la salud (y de otros sectores), no han consolidado suficientemente sus conocimientos metodológicos, epidemiológicos y bioestadísticos para enfrentar los estudios con el rigor científico y el volumen requerido en estos tiempos.

Por lo anteriormente expuesto y por las Insuficiencias evidenciadas en la aplicación del método científico en el personal de salud que práctica la medicina natural y tradicional se formula y presenta como **problema científico** de esta Tesis el siguiente: ¿Cómo perfeccionar la práctica de la Medicina Natural y Tradicional en el personal de la salud destinado a su aplicación profesional?

El objeto de investigación se concreta al perfeccionamiento del desempeño profesional en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional, en el sector de la salud pública, y **el campo de acción** es la práctica profesional de la Medicina Natural y Tradicional

Para dar solución al problema planteado se precisó el siguiente **objetivo**:

Elaborar un modelo de actuación científica que permita perfeccionar el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Por tal motivo, se formularon las siguientes **preguntas científicas**:

1. ¿Cuáles son los antecedentes que presenta la Medicina Natural y Tradicional en Cuba?
2. ¿Cuáles son los presupuestos teóricos que sustentan la Medicina Natural y Tradicional?
3. ¿Qué caracteriza el desempeño de los profesionales de la salud que aplican la Medicina Natural y Tradicional en las instituciones asistenciales de la Isla de la Juventud en la actualidad?
4. ¿Qué relaciones esenciales deben caracterizar la actuación científica de los profesionales de la salud que aplican la Medicina Natural y Tradicional?
5. ¿Qué acciones pueden contribuir al perfeccionamiento de la actuación científica de los profesionales de la salud que aplican la Medicina Natural y Tradicional?

Las principales **tareas científicas** fueron:

1. Determinación de las tendencias de la introducción de métodos bioenergéticos y naturales en Cuba.
2. Fundamentación teórica de la Medicina Natural y Tradicional.
3. Diagnóstico del desempeño de los profesionales de la salud que aplican la Medicina Natural y Tradicional en instituciones asistenciales de la Isla de la Juventud.
4. Modelación de la actuación del personal de la salud que aplica la Medicina Natural y Tradicional en instituciones asistenciales de la Isla de la Juventud.
5. Elaboración de recomendaciones metodológicas para perfeccionar el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional
6. Valoración cualitativa de la propuesta elaborada en la tesis.

METODOS DE INVESTIGACIÓN

- **Del nivel teórico:**

1. **Histórico Lógico:** Para determinar las tendencias en la introducción de los métodos de la Medicina Natural y Tradicional en Cuba.
2. **Análisis Síntesis:** Para profundizar en los elementos teóricos que sustentan al proceso de formación del método científico en el personal de la salud y la aplicación del mismo en la Medicina Natural y Tradicional por dicho personal, que permita llegar a inferencias, así como influir en el proceso de conformación de los resultados investigativos y propuesta de conclusiones.
3. **Modelación:** Para la elaboración del modelo de la actuación científica en el proceso de perfeccionamiento del desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

4. Sistémico Estructural: Para el establecimiento de los nexos y relaciones necesarias en la conformación de los resultados de la investigación.

- **Del nivel empírico:**

1. **Observación:** Para constatar en la práctica las características de la actuación de los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional en instituciones asistenciales de la Isla de la Juventud.

2. **Análisis de documentos:** Para revisar programas, documentos normativos, planes de clases, guías de buenas prácticas médicas, en búsqueda de la información necesaria con respecto a la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional

3. **Encuestas y Entrevistas:** Para recoger información con los profesionales que forman parte de la muestra seleccionada sobre cómo es el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional y para validar desde el punto de vista cualitativo el modelo de actuación resultado de la investigación

- **Del nivel Estadístico (Matemático)**

1. **Análisis porcentual:** Para realizar el procesamiento de los datos cuantitativos resultados de la aplicación de los métodos y técnicas empíricas y realizar valoraciones cualitativas que orienten a la formulación de las conclusiones de la Tesis.

Población: Existen actualmente según el Observatorio Nacional, 323 profesionales de la familia rehabilitadora dedicados a la MNT en todo el país de ellos 65 especialistas.

Muestra: La misma está constituida por los profesionales dedicados a la práctica de la Medicina Natural y Tradicional en la Isla de la Juventud y en la Escuela

República de Panamá de Ciudad de La Habana, conformándose por 58 profesionales de ellos tres especialistas en la materia, utilizándose un muestreo intencional en la asignación al estudio.

Tipo de estudio: Prospectivo, longitudinal, metaanalítico de desarrollo tecnológico.

Importancia y utilidad social: Relacionar tendencias que permitan el perfeccionamiento del desempeño profesional en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional, en el sector de la salud pública

Aporte teórico: Un modelo de actuación que permita consolidar el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Aporte práctico: Sugerencias Metodológicas para el perfeccionamiento del desempeño profesional en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional

Novedad científica: Relaciones esenciales, establecidas en el proceso de integración de la Medicina Bioenergética y Natural con las Buenas Prácticas Clínicas y la Medicina basada en la Evidencia, materializadas en el modelo elaborado.

Significación práctica: Generar suficiencias en la aplicación del método científico en el personal de salud que practica la Medicina Natural y Tradicional.

Estructura de la tesis: La tesis esta conformada por dos capítulos, en el primero se aborda las tendencias en la introducción de métodos bioenergéticos y naturales en Cuba y los referentes teóricos de partida para la fundamentación de un modelo de actuación, en el segundo se realiza el diagnóstico inicial de los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional en instituciones asistenciales de la Isla de la Juventud, las inferencias estadísticas derivadas de la aplicación de los instrumentos aplicados y se presenta un modelo de actuación del desempeño profesional de quienes la emplean, acompañado de las sugerencias estratégicas y las tácticas para su aplicación. Se presenta, además, las Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I

MÉTODOS BIOENERGÉTICOS Y NATURALES EN CUBA: REFERENTES TEÓRICOS DE PARTIDA.

En este capítulo se aborda el surgimiento y desarrollo de la Medicina Tradicional en China cómo país originario de estas técnicas, preámbulo de su introducción en Cuba. Se discuten los referentes teóricos de partida para la fundamentación de un modelo de actuación, tomando como argumentos el pensamiento filosófico, las teorías accidentales que la sustentan, las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y los Metaanálisis entre otros elementos de interés.

1.4.Aspectos referentes al surgimiento y aplicación de la Medicina Bioenergética y Natural en occidente.

El Taoísmo es la doctrina sobre el TAO o “camino” (de las cosas); surgió en China, en los siglos 6 - 5 a.n.e. se considera como su fundador a Lao - Tse, cuyas ideas fundamentales se hallan expuestas en el libro TAO TE KING. Todas las cosas nacen y se transforman gracias a su propio “camino”: TAO. En el mundo no existen cosas invariables y en el proceso de su cambio todas ellas se convierten en su contrario. El hombre ha de atenerse al carácter natural de las cosas. El taoísmo se manifestaba contra el dominio y la opresión, exhortaba a volver a la primitiva vida en común. (4)

Fueron importantes taoístas Yan Chu, Sun Tsian, Yu Ben, todos ellos de los siglos 4 - 3 a.n.e. La observación de las leyes naturales (TAO) de la vida, según Yan Chu, conduce al hombre a “conservar su naturaleza en su integridad”. Sun Tsian y Yu Ben, a su vez, consideran que la observación de dichas leyes también es necesaria para que el hombre entre en posesión de la sabiduría y llegue al conocimiento de la verdad; creían que el alma del hombre consta de finísimas partículas materiales, Tsin Tsi, que llegan y parten en dependencia de la “limpieza o suciedad” del órgano del pensar “sin”. (4)

En Chuan Tsi, junto a la ingenua concepción materialista del mundo, se formulan principios idealistas en el sentido de que la verdad objetiva no existe, la vida es una ilusión, mientras que el ser verdadero radica en el tao eterno, que existe por sí mismo. Estas ideas de Chuan Tsi constituyeron una de las fuentes ideológicas que dieron origen a la formación de la religión taoísta, en la linde de n.e. (es necesario distinguir del taoísmo como doctrina religiosa, la filosofía taoísta). Posteriormente, las ideas racionales de la filosofía del taoísmo fueron desarrolladas en las doctrinas de los materialistas chinos (Van Chun y otros). (4)

Debe precisarse que el TAO: Es una de las categorías más importantes de la Filosofía Clásica China: al principio, significaba “vía”, “camino”. Posteriormente, el concepto de tao se aplicó en filosofía para designar el “camino” de la naturaleza, las leyes de la misma.

Por otra parte, el tao adquirió asimismo el sentido de “camino de la vida del hombre”, se convirtió en el concepto de “norma ética” (TAO- TE). En la intelección el tao designa “lógica”, “razón”, “argumento” (TAO- LI). El contenido del concepto de tao se ha modificado a la par que se ha ido desarrollando la filosofía China. (4)

En la obra de los filósofos materialistas (Lao- TSE, Siun - Tse, Van Chun y otros), el tao es concebido como “camino natural de las cosas”, como la “ley a la que las cosas se hallan sujetas”. Los idealistas entienden el tao como “principio ideal”, como “no ser verdadero” (Van Bi entre otros), como “camino divino” (Tan Chun Shu y otros). Se tiene, entonces, que el tao constituye uno de los puntos cruciales en que divergen las concepciones de materialistas e idealistas. (4)

Tanto la filosofía taoísta como su derivada doctrina religiosa influyeron notablemente en una de las manifestaciones más sobresalientes de la cultura China, como lo es, sin lugar a dudas, su medicina.

El período Protohistórico de China se inició unos 2000 años a.C. en la edad paleolítica y de sus primeros tiempos es el Yi - king, o Libro de los Cambios, donde se expone la doctrina del Tao, principio inmutable que se manifiesta bajo la

dualidad del Yang Yin. El Yang se corresponde con los objetos o fenómenos que tienen características similares al fuego (ascender, calentar, iluminar, etc.) como son el cielo, lo masculino, el movimiento, la luz, el calor, la sequedad y la dureza, mientras que el Yin se corresponde con los objetos o fenómenos que tienen características similares al agua (tendencia al declive, frialdad, etc.) como son la tierra, lo femenino, el reposo, la oscuridad, el frío, la humedad y la debilidad. Su equilibrio es el orden cosmológico, su desequilibrio el desorden.

Tseu Yen (siglos IV a III a.C.) introdujo además el concepto del Wu hing, un principio de energía material del que proceden cinco elementos que forman tanto el cosmos como el hombre: fuego, agua, tierra, madera y metal, similares a los cuatro elementos postulados en Grecia por los filósofos presocráticos y también en la India. Pien Ts'io (siglo V a.C.) el primer médico chino de que se tiene noticias, opinaba que los desequilibrios del Yang Yin eran las causas de las enfermedades.

Durante la época de la dinastía Cheu (entre el siglo XI y el III a.C.) la medicina Yi, la practicada por Pien Ts'io, evolucionó desde las formas especulativas primitivas a las empíricas, relacionando la enfermedad con causas materiales.

La obra médica más importante de la tradición china es el *Nei - king*, o *Libro de los Problemas Sencillos o Canon de la Medicina Interna* del Emperador Amarillo (Huang Di Nei Jing, más conocido como Nei King), tiene 18 capítulos y está dividido en dos partes. La primera, titulada Su Wen, es un libro de semiología y clínica. La segunda, o Ling Shu, se refiere específicamente al tratamiento mediante la aplicación de la acupuntura. Incluye datos sobre anatomía y menciona 5 órganos macizos: corazón, hígado, bazo, pulmón y riñón; 12 vasos que contienen la sangre, y la energía y 6 vísceras huecas del aparato digestivo y del urinario. (5, 6, 7, 8, 9,10)

Los autores son, sin duda, algunos médicos letrados del periodo de los Estados Combatientes (475- 221 a.n.e.). Como la más temprana obra sobre medicina, el Canon medico constituye una síntesis de experiencias clínicas y de conocimientos

teóricos obtenidos por los antiguos en su larga lucha contra las enfermedades. Aunque rudimentariamente, esta obra sentó las bases teóricas de la medicina china mediante la explicación práctica de la anatomía humana, la fisiología y la patología. (5, 6, 7, 8, 9,10)

El período del Imperio Antiguo comprende desde el año 220 a.C. hasta el 589 d.C. en él se hicieron mejores descripciones de las vísceras sólidas y de los vasos que conducían la energía. Como causas externas de las enfermedades tenían el viento, el calor, el frío húmedo, alteraciones en la dieta, excesos sexuales, emociones violentas y traumatismos. Clínicamente los médicos chinos de este período utilizaban el interrogatorio, el examen del pulso y la exploración del enfermo.

Conocían infestaciones parasitarias por Áscaris, Oxiuros y Tenias, cuadros carenciales como el escorbuto y el bocio endémico, enfermedades de la piel como la sarna y la lepra, síndromes digestivos, diarreas, intoxicaciones alimentarias, padecimientos pulmonares, ginecológicos e infantiles, todos los cuales eran atribuidos a desequilibrios del Yang Yin.

En el tercer período o del Imperio Medio chino (589 - 1367), contemporáneo de la Edad Media europea, con la dinastía T'ang en 618 renació el interés por los clásicos médicos y ocurrieron los grandes cambios sociales de la medicina al crearse en el año 624 el T'ai - yi - chu, o Gran Consejo Médico, que institucionalizó la práctica de la medicina, estableció cinco grupos de especialidades: medicina interna con pulsología, farmacia, acupuntura, masaje y medicina mágica, así como el examen previo al ejercicio médico. Todo esto tiene una importancia histórica extraordinaria pues con ella comienza el primer sistema nacional de salud pública del planeta y se da inicio a la historia de la organización de la salud pública.

A partir de 1271 se fundan en China los primeros hospicios para ancianos y huérfanos.

Con la dinastía Song (entre 960 y 1279) se ampliaron las funciones del T'ai – yi - chu, o Gran Consejo Médico, que editó varios formularios y amplió las áreas de especialización en los exámenes médicos. Tuvo importancia el *Tsuen - chen t'u*, o *Atlas para Conservar la Salud*, de Yan Kia (1068-1140) que por más de seis siglos sirvió como texto básico de anatomía y el *Cheng - tsi tsong - lu*, o *Enciclopedia Imperial de Medicina*, aparecida en 1111, donde se trata de las dietas, acupuntura, astrología y magia médica, que al igual que otras obras médicas se imprimían sobre papel mediante bloques de madera grabados.

El cuarto período o del Imperio Moderno, que comienza en 1368 cuando una revolución campesina derriba el poder mongol en Pekín y asegura el control del país para la dinastía Ming, se extiende hasta mediados del siglo XIX cuando se inicia el Período Contemporáneo.

Esta dinastía de profundas raíces en la tradición china, hizo renacer el estudio de la medicina tradicional sin que la introducción de la europea por los misioneros consiguiera desplazarla.

La dinastía manchú Ts'ing consiguió en 1644 el control militar de Pekín y poco después dominó todo el territorio chino, pero a pesar de sus aciertos iniciales tuvo que enfrentarse desde el comienzo a una creciente resistencia popular e intelectual y a la penetración europea y norteamericana a finales del siglo XVIII. La medicina siguió regida desde Pekín, pero ahora por la T'ai Yi - yuan, o Academia Médica Imperial, que atendía a las necesidades de la corte y dirigía la asistencia pública.

Es imposible en pocas líneas dar una idea del desarrollo de la medicina china a finales de este período en ramas tan diversas como la Pediatría, Oftalmología, Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna y en materia de drogas. La medicina china comenzó a difundirse en Europa por las crónicas de los misioneros en los siglos XVI y XVII y así la doctrina del Moe - king sobre el pulso fue expuesta en 1666 por el sacerdote jesuita Michael Boym (1612 - 1669). Las doctrinas médicas del Nei-king y la materia médica del Pents'ao king fueron difundidas en la primera

mitad del siglo XVIII y en esa misma época la acupuntura y las moxas, aunque indirectamente por relatos de los viajeros holandeses en el Japón. (5, 6, 7, 8, 9,10)

Contemporáneamente, se comienzan a introducir términos como los de Lasérpuntura, Electroacupuntura, Farmacopuntura, Terapia Neural, Quiropraxia, Osteopatía, Terapia Floral, Homeopatía, entre otros que han venido a enriquecer esta milenaria terapéutica.

Esta milenaria técnica de tratamiento se extendió paulatinamente a otras regiones del universo, recibiendo diversos aportes:

Korea aportó libros como el Sogi y el Dong Wi Bo Gan que reflejó y sistematizó los conocimientos sobre esa materia, erradicando determinadas deficiencias de textos anteriores, por lo que recibió una gran valoración y se reeditó varias veces siendo señalado como uno de los tres diccionarios enciclopédicos de la medicina oriental.

En Viet - Nam Durante la dinastía Ho - siglo XV -, aparece un libro titulado Efectos espectaculares de la acupuntura, obra de obligada referencia todavía; en el siglo siguiente aparecen además varias obras de acupuntura aplicada a los niños.

La acupuntura arribó a Japón en la Edad Media. En el año 600, los monjes japoneses Enichi y Fukuin estudiaron acupuntura en China. Mucho más tarde, en el 984, el médico Yosuyari Tamba publicó la obra Ishimpo, el texto médico nipón más antiguo que describe la práctica de la acupuntura.

La acupuntura se introduce en Mongolia tardíamente, en los alrededores del siglo XIII, pero no experimentó un verdadero auge antes de la Revolución Mongola de 1921.

La acupuntura es introducida en Alemania en 1817 por el médico de esa nacionalidad E. Kampfer. Pasa a Francia en 1825 a través del médico francés Berilos, a Holanda llegó en 1825, por conducto del cirujano Ton Rhyne. En Italia se destaca la labor del doctor Lanza, en España, la doctora Álvarez Simo, en Suiza, los doctores Roux y Fish. En Alemania, el doctor Schmitt, en la ex URSS

(parte europea), el doctor Vrogalik y el electrotécnico y fotógrafo Semión Davidovich Kirlian (creador del efecto “Kirlian”, en 1939).

La generalización cada vez mayor de la acupuntura conllevó a que en 1943 se fundara la Sociedad Internacional de Acupuntura (S.I.A.) dieciocho años más tarde, en 1965, se celebró el Primer Congreso Mundial de Acupuntura, en Tokio, Japón. Allí se tomó la decisión de que tales eventos se celebraran en lo adelante cada cuatro años, de forma alterna en algún país del oriente o del occidente. A partir de 1973 fue reducida la periodicidad a la mitad de ese tiempo. (6,7)

Por lo que cada país o área geográfica le imprimió sus características particulares y parte de su cultura, enriqueciendo la técnica que una vez se originó en China, por su parte Cuba también recibió la influencia del continente asiático y por su puesto de su medicina, aspectos que se abordaran en el siguiente epígrafe

1.2. Tendencias de su introducción en Cuba.

Para determinar las tendencias en la introducción de los métodos de la Medicina Natural y Tradicional en Cuba se proponen las siguientes etapas:

- **Primera etapa:** Desde el siglo XIX hasta 1958 (pre revolucionaria) Llegada a Cuba de los primeros asiáticos y con ellos sus médicos botánicos y su radicación en el país.
- **Segunda etapa:** Inicio del proceso revolucionario (1959 - 1969) Visita a Cuba del Dr. argentino Floreal Carballo en 1962 dictando las primeras conferencias sobre estos temas; restablecimiento de relaciones diplomáticas con China, Viet Nam y Corea.
- **Tercera etapa:** Consolidación de la revolución (1970 - 1990) el Dr. Francisco Pérez Carballas, publica el primer Manual de Acupuntura, en 1980
- **Cuarta etapa:** Período especial (1990 - 2000) primera graduación de especialistas en Medicina Tradicional Asiática del MINFAR en 1993, la directiva 8 del 93 del segundo Secretario del Partido y Ministro de las FAR

(actual Primer Ministro), una nueva directiva del Ministro de las FAR, la 26 del 95, seguido en 1999 por la primera graduación de especialistas en Medicina Tradicional y Natural del MINSAP, y el Programa Nacional de Medicina Natural y Tradicional (septiembre de 1999)

- **Quinta etapa:** Redimensionamiento de la revolución o batalla de ideas (2000 - 2008) Incorporación de la Medicina Natural y Tradicional a los servicios integrales de rehabilitación y cierre de los Centros para el Desarrollo de dicha medicina. Resolución 4282 del CECM

CUBA:

Según afirman categóricamente algunas publicaciones especializadas, Argentina fue el primer país del continente donde se introdujo el uso de la acupuntura, mérito que corresponde al Dr. José A. Revuelto. Además, en el desarrollo de la acupuntura en ese país, desempeñaron un importante papel los profesores David J. Sussman y Floreal Carballo. Este último visitó Cuba en 1962 y dictó las primeras conferencias sobre ese tema.

Algunas fuentes orales y documentales cubanas asignan una antigüedad mayor al primer momento cubano de contacto con la acupuntura. Según las mismas, A finales del cuarto período histórico de la medicina china comienzan a llegar a Cuba en el siglo XIX los primeros labradores, principalmente de la etnia cantonesa, amparados en contratos engañosos que los convertían en la práctica en semiesclavos de sus contratantes. Con ellos van a llegar sus médicos botánicos de los cuales están bien identificados en la historia apenas unos cuatro.

El primero de que se tiene noticias es de Kan Shi Kom que disfrutó de gran prestigio a mediados del siglo XIX en La Habana. (11)

Al otro extremo de la Isla, en Santiago de Cuba, el médico botánico chino de nombre españolizado Don Domingo Morales en la última epidemia de cólera en el país (1867 - 1872) trataba a sus pacientes, al decir de sus contemporáneos no

médicos, satisfactoriamente con masajes en las regiones axilares, práctica médica china recogida en una obra clásica del siglo XVI el T'uei na pi kieu, o Tratado de los Masajes. (12)

Un héroe de la Guerra de los Diez Años (1868 - 1878) lo fue el médico botánico de labradores chinos en las cercanías de Manzanillo Liborio Wong, cuyo verdadero nombre era Wong Seng, quien se incorporó al Ejército Libertador desde comienzos de la contienda y se destacó como capitán ayudante del Mayor General Modesto Díaz, con quien combatió valientemente en infinidad de combates y cuando se llevó a cabo el Pacto del Zanjón, el Capitán Wong Seng fue de los que salvó el honor de Cuba, al mantenerse junto a las fuerzas del Mayor General Antonio Maceo en la Protesta de Baraguá.(13)

Pero indiscutiblemente el más conocido de los médicos botánicos chinos en Cuba lo fue el célebre Juan Cham – Bom - Biá. Su verdadero nombre, el que usaba al llegar a Cuba, era Chang Pon Piang, pero según los historiadores Roig de Leuchsenring (14) y Portell Vilá (15), el habla popular cubano lo transformó en Cham Bom Biá y el segundo agrega que su significado en castellano es Sol Amarillo. Sin embargo en un documento existente en el Archivo Nacional de Cuba correspondiente al expediente contentivo de la causa judicial que se le siguió por ejercicio ilegal de la medicina en La Habana, se le nombra Juan Chambombián y en esa forma lo llevan sus descendientes. (16)

En su ejercicio médico la terapéutica que utilizaba consistía en medicamentos preparados por él mismo con plantas medicinales cubanas o con productos provenientes de San Francisco, California. Sobre esto último existe una denuncia de 1863 en que se le acusa de recibir un importe de medicamentos de dicha ciudad norteamericana, sin la correspondiente autorización. (14)

Por sus indiscutibles conocimientos sobre las plantas medicinales de Cuba, clara inteligencia y habilidad en el diagnóstico clínico, dada más que por sus conocimientos científicos teóricos por su poder de observación junto al enfermo, en una larga y constante práctica médica, el célebre médico botánico chino Juan

Chambombián se ganó un lugar único en la historia de la práctica médica empírica en el país. No obstante, en Cuba se conformó una tradición propia en el uso de las plantas medicinales, que alcanzó su máxima expresión en la persona del sabio Juan Tomás Roig Mesa. No sucedió igual con la aplicación de métodos y técnicas de origen asiáticos

Si se tienen en cuenta estos antecedentes como los primigenios, entonces Floreal Carballo corresponde a la segunda etapa en el desarrollo de la acupuntura cubana, precedido muy de cerca por el restablecimiento de relaciones diplomáticas con China, Viet Nam y Korea.

A criterio del autor de esta tesis, el verdadero despegue del desarrollo de la acupuntura cubana lo marca el doctor Pérez Carballas, cuando en 1980 publicó el primer Manual de Acupuntura, en Cuba y se establece el primer plan de desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional por el MINSAP. Ya a los dos años de su aparición, los interesados en esta terapia o sus practicantes, reciben el primer curso regular de acupuntura, impartido por los doctores La Quang Nhiep y Tram Troy, profesores del Instituto de medicina Tradicional de Hanói , en 1990, el doctor Ou Yuang Qun imparte un ciclo de conferencias magistrales.

En 1991 el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz orientó iniciar en el país un Programa que incluyera el uso científico de las plantas medicinales conocidas; el trabajo incluyó también la determinación de los complejos fitoterapéuticos que contienen plantas medicinales de uso popular, sus efectos terapéuticos, los ensayos clínicos imprescindibles y la generalización consecuente de las experiencias resultantes.

En 1992, se impartieron cursos organizados por el MINSAP, para formar facilitadores en acupuntura de tal manera que se cubrieran las necesidades de todos los municipios, de Ciudad de La Habana y de todas las provincias, y alcanzar la multiplicación de este conocimiento en la Atención Primaria de Salud (17, 18).

Un salto en esta etapa lo constituye la primera graduación de especialistas en Medicina Tradicional Asiática del MINFAR en 1993, unido a un Programa de Plantas Medicinales que formaba parte de la preparación del país para la Guerra de todo el Pueblo la estrategia para su implementación práctica quedó expresada en la Directiva 8/83 del Segundo Secretario del CC PCC y Ministro de las FAR (actual Primer Ministro), el análisis de los resultados obtenidos, en la aplicación y desarrollo de este Programa, permitió sentar las bases para una nueva Directiva Nacional (26/95) y definir una estrategia generalizadora para éste tipo de medicina, que incluye ahora no solo al Sistema Nacional de Salud sino además, a cuantos Organismos y Organizaciones se relacionan con ella.

En 1999 se produce la primera graduación de especialistas en Medicina Tradicional y Natural del MINSAP, son los graduados de ambos grupos, los máster en Medicina Bioenergética y Natural, junto a sus profesores y a los Centros de Investigaciones Biomédicas, los encargados de rectorar la cientificidad de la actualmente bien llamada Medicina Bioenergética y Natural., apoyados por la Resolución 4282 del Secretario del CECM.

Un hecho incongruente es el cierre de los Centros para el Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional, que lejos de fortalecer el desarrollo de la más joven de las especialidades médicas en Cuba, la pone a jugar un papel secundario, olvidándose que la misma puede resolver disímiles problemas de salud que atañen a todas las especialidades y que necesita de múltiples investigaciones controladas para validar sus procedimientos y en un momento determinado tener y ocupar su propio lugar como el resto de las especialidades médicas.

Durante el proceso de redimensionamiento de la revolución e inmersos en la Batalla de Ideas se decide incorporar un departamento o consulta de Medicina Natural y Tradicional a los Servicios Integrales de Rehabilitación, formando parte entonces de la familia rehabilitadora unidos a podólogos, logopedas, psicólogos, defectólogos, trabajadores sociales y licenciados en cultura física , rehabilitación y enfermería, luchando por alcanzar la excelencia en los servicios, apostando por

procesos complejos de trans e interdisciplinaridad subordinados o en función de la fisioterapia.

Resumiendo este autor plantea que la Medicina Bioenergética y Natural desde sus inicios tiene una posición filosófica materialista dialéctica respecto a la naturaleza la sociedad y el pensamiento, que no debe confundirse con los principios idealistas de Chuan Tsi (La verdad objetiva no existe, la vida es una ilusión, mientras que el ser verdadero radica en el Tao eterno, que existe por sí mismo) que constituyeron una de las fuentes que dieron origen a la religión taoísta.

No se evidencian procederes mágicos religiosos en la acupuntura y sus técnicas afines, cuando desde la creación del T'ai – Yi - Chu, o Gran Consejo Medico Chino, se institucionalizó la práctica de la medicina, y la acupuntura aparece separada de la medicina mágica.

Esta especialidad está experimentando cambios constantes, sin lograr ser integrada y aceptada totalmente por el resto de las especialidades medicas, como si lo es por la población que va incorporando a su cultura lo mejor y más científico de la asiática.

Los aspectos filosóficos y teóricos de estas técnicas son de gran interés para la comunidad científica, aspectos estos que se abordan en los siguientes epígrafes.

1.3. Referentes teóricos.

1.3.1. Del pensamiento filosófico

La acupuntura y sus técnicas afines, desde tiempos inmemoriales no han podido salvar la dicotomía de sus inicios entre la filosofía taoísta (empíricamente materialista) y la doctrina religiosa del taoísmo, lo cual llega a la actualidad bajo la égida de dos ideologías, los que interpretan los procesos de la naturaleza , la sociedad y del pensamiento según el materialismo dialéctico e histórico con sus leyes y los que lo hacen desde posiciones idealistas con conocimiento de causa o con una ignorancia desmedida.

Los segundos, transmiten en sus fuentes orales o documentales, conceptos tales como: energía vital, medicina holística, medicina alternativa, medicina verde, energía universal, energía sutil, un conocimiento no explicable que va más allá de la física, que es necesario tener ciertos dones para ser sanador de personas, interpretan e informan que si no hay respuesta o progresión es que hay estabilización y que precisan de mayores dosis de sus productos, que si hay empeoramiento, es que no les ha sido permitido en el tiempo disponible emplear sus técnicas o productos por tiempo y dosis suficiente, si el paciente muere, que se demoraron mucho en traerle ante él, que murió por otra causa, etc. (19)

Partiendo de la Ideología como: Sistema de concepciones e ideas: Políticas, Jurídicas, morales, estéticas, religiosas y filosóficas. La ideología forma parte de la superestructura (base y superestructura) y como tal refleja, en última instancia, las relaciones económicas (20,21) las cuales se evidencian en los autores que plantean lo anteriormente expuesto, pero lo peor no es tener una u otra ideología, sino aceptar de una manera no crítica los planteamientos hechos por personalidades que difieren de la concepción materialista dialéctica del mundo

Lo referente al vitalismo (del latín Vitalis, con vida) y al holismo (del griego: todo) es un desacierto científico y político ya que estas teorías o filosofías, parecen hablar una de lo vivo y la otra aparenta ver el cuerpo como un todo, cuando en realidad el vitalismo es una: Teoría biológica idealista; explica todos los procesos de la actividad vital por factores especiales inmateriales. Insertos, según dicha doctrina, en los organismos vivos (entelequia, creadora de fuerza, impulso hacia la forma, etc.). Las raíces del vitalismo nacen de la doctrina Platónica del alma (esta, según Platón, infunde espíritu al mundo animal y vegetal) y de la teoría aristotélica de la entelequia.

Como concepción, el vitalismo se estructuró en los siglos 17 – 18. Representantes: Georg Stahl, Jacob Vexkill, Hans Driesch, Ludwing Von Bertalanffy, Aloys Wenzl. Remitiéndose a la peculiaridad cualitativa de la naturaleza viva, el vitalismo desvincula de las leyes materiales fisicoquímicas y bioquímicas los procesos de la actividad vital. La contraposición desmesurada de

la naturaleza viva a la inerte lleva a esta corriente a negar la posibilidad de que lo vivo surja de lo inerte. Así planteado el problema, no queda más remedio que admitir ya sea el origen divino de la vida ya sea su existencia eterna. El vitalismo parasita en los problemas de biología poco investigados.

Los objetos principales de las tergiversaciones vitalistas son el problema de la esencia de la vida, el de la integridad, el de la adecuación a fines de la estructura y las funciones, el de la embriogenia, el de la regeneración, el de la inflamación del organismo, etc. Así, por ejemplo, el proceso del desarrollo embrional, desde el punto de vista vitalista es una tendencia del germen a alcanzar un fin preestablecido.

La historia del desarrollo de la ciencia es la historia de la refutación del vitalismo. Los trabajos de Engels, Timinazer, Méchmikov, Pávlov y otros contienen una profunda crítica de esa teoría anticientífica (4, 20, 21, 22,23)

Por su parte el holismo es una “filosofía de la totalidad”, idealista. Este concepto fue introducido por el mariscal de campo sudafricano Jan Christian Smíts en el libro “Holismo y evolución” (1926). Interpretando en un sentido idealista la irreductibilidad del todo a la suma de las partes, Smíts afirma que el mundo está dirigido por un proceso holístico: el proceso de la evolución creadora, de la elaboración de nuevos valores, en cuyo transcurso las formas de la materia aumentan sin cesar.

El proceso holístico, según Smíts, abarca la ley de la conservación de la materia. El holismo considera que el “factor de totalidad” es inmaterial e incognoscible y le atribuye carácter místico. Smíts vio la encarnación política del principio holista en la visión sudafricana, con el régimen de opresión social y discriminación racial en ella imperante. (4, 20, 21, 22,23)

La energía (en griego: actividad) es asumida de diversas formas, justificando su dominio para la realización de diversos tipos de tratamientos, no debe ignorarse que esta es: medida común a las diversas formas del movimiento de la materia.

Las formas físicas del movimiento de la materia cualitativamente distintas son susceptibles de transformarse unas en otras y semejante proceso de transformación está controlado por equivalentes cuantitativos rigurosamente determinados. Esto permite obtener la medida común del movimiento: la energía como tal.

En el sistema de la teoría física, la energía se expresa de distintas maneras: mecánica, térmica, electromagnética, nuclear, gravitatoria, etc. Cada uno de los tipos de energía caracteriza de modo esencial la correspondiente forma física del movimiento en el aspecto de su posible transformación en cualquier otra forma del movimiento, conservándose este cuantitativamente igual. (4, 20, 21, 22,23)

Quienes plantean que estas técnicas presentan un conocimiento no explicable que va más allá de la física, caen en una postura realmente metafísica (significa, literalmente, "lo que sigue después de la física" surgida en el siglo 1 a.n.e. para designar una parte de la herencia filosófica de Aristóteles y el propio Aristóteles había denominado a esta parte de su doctrina filosófica en opinión suya, la más importante "filosofía primera", que investigaba los principios superiores de todo lo existente, a juicio de Aristóteles inaccesibles a los órganos de los sentidos, comprensible tan solo intelectivamente y necesarias para todas las ciencias.

En este sentido el término de "metafísica" se utilizó en la filosofía subsiguiente. En la filosofía medieval, la metafísica se subordinó a la teología. Aproximadamente desde el siglo XVI, junto al término de "metafísica" se aplicó con el mismo significado el de "ontología". En Descartes, Leibniz, Spinoza y otros filósofos del siglo XVII, la metafísica aun aparecía en íntima conexión con los conocimientos de las ciencias naturales y humanistas. En el siglo XVIII, este nexo se perdió, sobre todo en filósofos como Christian Wolff. En la filosofía burguesa actual el término "metafísica" se usa muy a menudo precisamente en este sentido.

La idea de la metafísica como modo antidialéctico de pensar, como resultado de la unilateralidad y del subjetivismo en el conocimiento, como manera de ver las cosas y los fenómenos considerándolos acabados e invariables, independientes

unos de otros, negando las contradicciones internas en calidad de fuente de desarrollo en la naturaleza y en la sociedad, surge en la época moderna. Ello estaba condicionado históricamente por el hecho de que el conocimiento científico y filosófico que en la antigüedad y en el Renacimiento concebía la naturaleza formando una totalidad y en movimiento, que llevaba al desarrollo, al profundizarse y diferenciarse el saber científico, descompuso la naturaleza en varias esferas aisladas, vistas fuera de toda conexión entre ellas.

Hegel fue el primero en emplear el término de METAFISICA en el sentido de antidialéctica, pero no lo investigó ni lo fundamentó en la debida forma, Esto fue obra de Marx y Engels, quienes, generalizando los datos de las ciencias y del desarrollo social, pusieron de manifiesto la inconsistencia científica del pensamiento metafísico y le contrapusieron el método de la Dialéctica Materialista.

Las teorías asiáticas de la Medicina Tradicional China pueden relacionarse y justificarse utilizando las leyes del materialismo dialéctico cómo puede verse en el acápite siguiente

1.3.1.2. Una aproximación posible.

Partiendo del hecho de que la Medicina Tradicional y Natural contó desde sus inicios con una corriente filosófica materialista empírica, pueden acercarse sus principales planteamientos contenidos en la teoría del yin - yang a los postulados de las leyes del materialismo dialéctico:

Quizás el ejemplo más elocuente del principio de la convergencia o similitud está dado en la evolución de un día corriente del año.

Desde las 12 p.m. Horario de máxima oscuridad o Yin en el Yin, comienza a decrecer la oscuridad y a aumentar la claridad (crecimiento - decrecimiento), para a las 6 a.m. encontrarse el Yang dentro del Yin (Mas claridad que oscuridad), a partir de este cambio cuantitativo comienza a aparecer otro cualitativo donde la oscuridad se transforma totalmente en claridad (intertransformación), teniendo su

máxima expresión a las 12 m (yang en el Yang).Poniéndose de manifiesto hasta aquí la Ley dialéctica de los cambios cuantitativos en cualitativos

Desde las 12 m hasta las 6 p.m. (Yin en el Yang) ocurre nuevamente el principio de crecimiento- decrecimiento, pero en este caso aumenta la oscuridad, dando paso nuevamente a un cambio cualitativo ocurriendo la transformación de la claridad en máxima oscuridad, teniendo su mayor expresión a las 12 p.m. Poniéndose de manifiesto nuevamente la ley de los cambios cuantitativos en cualitativos.

Si se toman como referencia a los horarios de máxima oscuridad (12 p.m.) y de máxima claridad (12 m) se está ante el principio de oposición e interdependencia, el cual concuerda con la Ley dialéctica de unidad y lucha de contrarios.

La sucesión de los ciclos de un día pone de manifiesto la Ley dialéctica de la negación de la negación

No es retórico recordar entonces brevemente algunos conceptos filosóficos:

Materia: Realidad objetiva que existe fuera e independiente de la mente

Principales formas de existencia de la materia:

- El movimiento: Es su modo de existir (no hay materia sin movimiento), comprende todos los cambios y procesos que ocurren en el universo.
- El espacio: Propiedad común a todos los procesos existentes, la relación espacial es la forma en que se expresa la concatenación entre cada proceso. Los procesos no existen en el espacio, sino que su existencia es espacial (el espacio es inherente a los procesos objetivos y represente una forma de su existencia)
- El tiempo: Propiedad común a todos los procesos existentes, la relación temporal es la forma en la cual se expresa el desarrollo de todos y cada uno de los procesos del universo. El tiempo es el conjunto de las

propiedades temporales contenidas en los procesos, estos no existen en el tiempo sino que su existencia es temporal

Tres leyes generales del materialismo dialéctico:

1. Ley de unidad y lucha de contrarios: Es el núcleo, la esencia de la dialéctica. El desarrollo de la naturaleza, de la sociedad y del pensamiento, es el resultado de la lucha de contrarios inherentes a cada proceso. Muestra porque existe el desarrollo, permite comprender que el desarrollo es inherente a la materia y no se encuentra fuera de ella.
2. Ley de los cambios cuantitativos a los cualitativos y viceversa: Revela el mecanismo del desarrollo, los procesos cambian primero cuantitativamente y después cualitativamente, desapareciendo el proceso anterior.
3. Ley de la negación de la negación: Preside todos los cambios de la materia y representa la negación de lo viejo por lo nuevo, el avance de un contrario por otro, la sustitución de una calidad o esencia por otra. Conservando aspectos positivos de la anterior negación.

Resumiendo en la postura filosófica que adoptan unos u otros profesionales de la salud continúan evidenciándose los tres problemas generales que aborda la filosofía: el de las relaciones entre el pensamiento y el ser, entre el espíritu y la naturaleza, la consciencia y la materia, dividiéndolos en dos campos fundamentales, los que reconocen que lo primario es la materia, la naturaleza o el ser, forman el campo del materialismo; los que consideran que lo primario es el espíritu, la consciencia, el pensamiento o la sensación constituyen el campo del idealismo.

Otro problema es cuando se plantean los cuestionamientos de, si puede conocerse el mundo, si las representaciones, concepciones, conceptos y categorías tienen una validez objetiva.

El autor del presente trabajo concuerda con lo planteado por los materialistas dialécticos (4,20,21,22,23) cuando manifiestan que los conceptos científicos

representan las características objetivas de los procesos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento; los conceptos y categorías utilizadas en física como masa, energía, tiempo, espacio, acción, reacción; en química átomo, molécula, sustancia, mezcla; en biología especie, género, fotosíntesis, evolución, flora, fauna; en economía política mercancía, valor de cambio, otros, son categorías que abstraen las principales características de la realidad y representan las formas en que los procesos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento manifiestan su existencia, y esta existencia es independiente del pensamiento, las pasiones, la voluntad, o la imaginación.

Por lo tanto, los conceptos y categorías son una explicación científica de la realidad que está en constante desarrollo, por lo que no deben utilizarse para manifestar energías magníficas, de altísima frecuencia, vital, piramidal, de las formas (24,25,26), que al ser mal utilizadas, o utilizadas sin fundamento científico, ponen a toda una disciplina médica, bajo el manto del idealismo, por inventarse teorías pseudocientíficas para justificar el estado de las cosas, sobre todo cuando son poco estudiadas o estudiadas con poco rigor científico. (27, 28,29)

Estas posturas son francamente idealistas ya que por un lado niegan abiertamente o ponen en tela de juicio conocer la realidad como también plantean los empiristas, los racionalistas y los agnósticos. (30)

A esta altura, es menester concluir con otro problema no menos importante, y es el del grupo de profesionales o no, que en el intento de justificar su postura sustrae los fenómenos y procesos a su concatenación universal, negando la existencia de contradicciones internas y rechazando absolutamente el desarrollo (aceptando sin variar teorías incompletas o parciales de más de 3 000 años), o bien reduciéndolo a cambios puramente cuantitativos mediante investigaciones mal diseñadas. (30)

“A los académicos se les paga por ser lúcidos, no por estar en lo cierto” reza un conocido aforismo debido a Donald Norman, Profesor Emérito de la *Universidad*

de California. Vale decir: en el marco de la ciencia, errar es una contingencia natural; lo que no cabe admitir es la falta de rigor. (30)

Por suerte queda el grupo, al que cada día se suman más profesionales, que estudia todos los fenómenos en sus relaciones mutuas, en sus cambios y desarrollos, en sus contradicciones internas (materialistas dialécticos), bases estas de la bienvenida Medicina Basada en la Evidencia Científica.

En el siguiente epígrafe se tratan algunas teorías en las que se apoyan los que hacen medicina tradicional con una base científica

1.3.2 Teorías relacionadas con los efectos de las terapias tradicionales sobre el organismo.

En 1965, Melzack y Wall (31,32) enunciaron la **“Teoría de la Puerta de Control”**, que postula la existencia de un mecanismo de control (puerta o verja) en el cuerno dorsal de la médula espinal que puede abrir o cerrar el paso a la transmisión ascendente de los impulsos generados por la estimulación nociceptiva en la periferia.

Sugieren estos autores que las señales dolorosas se equilibran constantemente con las señales táctiles y son capaces de inhibirse entre sí; que mientras exista un exceso de estimulación táctil la “puerta” se mantendrá cerrada y en ausencia de la misma no se impedirá su transmisión. De manera que la activación de las fibras sensitivas cutáneas gruesas A - beta y el sistema inhibitorio descendente tienden a “cerrar la puerta” a la entrada de los impulsos nociceptivos periféricos, mientras que los que viajan a través de fibras finas C “abren la puerta”; o sea, que las fibras gruesas, de alta velocidad de conducción y bajo umbral de excitación, inhiben a las finas, de menor velocidad y umbral superior. (31, 32,33)

La existencia de este mecanismo se conoce ya al nivel medular y a nivel más alto del SNC y constituye la clave del conocimiento moderno del mecanismo del dolor.

El autor del presente trabajo considera que esta teoría no puede, sin embargo, explicar el efecto acupuntural sobre el dolor remoto que puede tener lugar en el

lado contrario o en sitios completamente sin relación anatómica. Tampoco ofrece explicación a otros efectos fisiológicos no relacionados con el control del dolor, como la regulación de la tensión arterial o de la secreción y motilidad gástrica.

La **“Teoría de las Endorfinas”** expresa que la analgesia acupuntural y sus técnicas afines está relacionada con la liberación de opioides endógenos de la hipófisis, metionina encefálica en el hipotálamo, ACTH en situaciones estresantes e inhibición espinal refleja. Además se ha planteado que el estímulo acupuntural induce la analgesia por estimulación directa del tallo cerebral y por inhibición de la transmisión colinérgica de los ganglios simpáticos. (34,35)

También se plantea que la estimulación eléctrica a receptores dolorosos periféricos, musculares o directamente a nervios, produce estímulos aferentes por la vía espinal hacia el tálamo, en la cual la actividad interneuronal es inhibida por la liberación de encefálicas que crea una inmediata y moderada analgesia temporal dada por una sensación de entumecimiento y debilidad en el sitio de la lesión después de un traumatismo. Esta inhibición encefalinérgica actúa tanto al nivel sensitivo (asta posterior) como motor (asta anterior). (36)

Los péptidos opioides, la morfina y la electroacupuntura producen efectos similares, tanto en la actividad neuronal espontánea como en la inducida por estímulos dolorosos, y ambas son inhibidas por la Naloxona (antagonista de los opiáceos), lo que sugiere que los efectos de la acupuntura y técnicas afines están también relacionados con los receptores opiáceos y vinculados con la liberación de endorfinas. (37)

La sustancia “P” parece también estar implicada en la transmisión de estímulos dolorosos por su influencia en la polarización postsináptica y mecanismos de inhibición pre y postsinápticos que, a su vez, involucran al GABA.

Para el autor del presente trabajo existe una correlación entre el contenido cerebral de GABA y el efecto analgésico de la acupuntura y técnicas afines. Como se ve, existe una franca tendencia a vincular el mecanismo de acción de la acupuntura y técnicas afines a la liberación de mediadores químicos, pero es

evidente que una sola sustancia no puede explicar efectos tan diversos en los diferentes sistemas, órganos o tejidos, por lo que se considera que se trata de un mecanismo mucho más general y complejo en el que realiza una función determinante el SNC.

Otro hecho importante en la historia del control del dolor es el descubrimiento de que la estimulación de la piel que cubre una superficie de inflamación visceral produce algún alivio del dolor originado por la víscera enferma y que la estimulación de las fibras sensoriales largas de los receptores táctiles periféricos disminuye la transmisión de las señales de dolor de la misma área del organismo o incluso de áreas localizadas a distancia, lo cual explicaría la eficacia de la frotación (masaje) de la piel cerca de las áreas dolorosas, de los linimentos, las cataplasmas y la acupuntura. (34)

Las fibras largas periféricas provenientes del mecano-receptor pueden ser también estimuladas eficaz y selectivamente con vibraciones con buenos resultados terapéuticos.

Un mecanismo de control espinal que se considera implicado en el alivio del dolor segmentario obtenido con la acupuntura y técnicas afines postula que los puntos acupunturales son los lugares donde terminan las fibras nerviosas A - delta en la piel y en otras pequeñas terminaciones nerviosas mielinizadas en los tejidos sub - yacentes, por ejemplo los músculos. Los pequeños haces nerviosos sensitivos, que contienen también fibras simpáticas eferentes, alcanzan la piel de manera no uniforme, motivo por el cual los puntos acupunturales pueden ser individualizados mediante la exploración del área cutánea a muy baja resistencia. (39)

La Medicina Tradicional Asiática siempre ha enfatizado la importancia de la sensación acupuntural (De qi) para una acupuntura o digitopresión exitosa, y plantea como premisa que mientras más intensa es aquella, mejor resulta el tratamiento.

El entumecimiento que se percibe cuando se estimula el punto ID8 se considera debido a la presión sobre el nervio cubital; el De qi obtenido con el uso IG4 se asocia a la contracción del primer músculo interóseo dorsal que es inervado por los nervios espinales C-8 y D-1. También se logra usualmente la sensación

acupuntural cuando se estimula otros puntos como VB30, VB31, VB34, E36 e H3. (31, 32,33)

La **“Teoría del Reflejo”** atribuye el efecto de la acupuntura y sus técnicas afines a un hecho casi desconocido y totalmente desaprovechado por la medicina occidental: la utilización terapéutica del reflejo víscero - cutáneo, que se expresa en determinados puntos sensibles de la piel y en cuyo mecanismo, según la mayoría de los científicos, corresponde al sistema neurovegetativo el papel principal. (35)

Los puntos de acupuntura son sitios biológicamente activos de la superficie cutánea que poseen muy baja resistencia y alta conductividad, esta última relacionada con la microcirculación local que está bajo el control del sistema neurovegetativo. (33,36)

Al actuar con agujas acupunturales, corriente eléctrica, los dedos, un instrumento romo, láser o un equipo de reflexoterapia sobre estos puntos surge una respuesta primaria al estímulo físico externo y se pueden observar reacciones parasimpáticas o simpaticomiméticas de los órganos efectores.

Por lo visto, el papel principal en la percepción del efecto exterior pertenece al aparato nervioso intrínseco de los puntos, donde se producen cambios estructural-funcionales como respuesta a la estimulación.

Por otra parte, se ha comprobado que la estimulación de un punto de señalada acción terapéutica como PC6, que precisa inducir cambios del tono vegetativo para actuar, realmente modifica parámetros vegetativos relacionados directamente con el tono simpático, como por ejemplo la respuesta eléctrica simpática. (36)

Por otro lado se comprobó que tal acción no es un efecto inespecífico generado por la simple estimulación de un punto de la piel, así como que en el sistema de activación, el papel del nervio mediano subyacente es irrelevante; es decir, que la activación de este punto implica un sistema de complejidad mayor que un simple trayecto nervioso.(36)

Todo lo anterior ha permitido lanzar la hipótesis de que uno de los mecanismos de acción de la acupuntura consiste en volver a la normalidad el tono simpático alterado. (37)

El autor de el presente trabajo plantea que de todo lo expuesto se puede deducir que aún no se sabe exactamente cómo la acupuntura y sus técnicas afines bloquean el dolor ni cuáles son los mecanismos fisiológicos y bioquímicos precisos involucrados en el mismo. En el dolor participan múltiples sistemas que incluyen las terminaciones nerviosas periféricas, el tallo cerebral, la formación reticular, el tálamo y la corteza prefrontal, por lo que se considera que la estimulación exitosa depende de la integridad de la función nerviosa.

1.3.3. De las guías de buenas prácticas clínicas.

Al decir de muchos autores la medicina tradicional y natural esta unas veces basada en la especulación y otras en el empirismo, optando en muy pocas ocasiones por la ciencia constituida. (1 9, 39, 40, 41, 42,43)

Una enfermedad cualquiera es una abstracción, una síntesis, un concepto, una categoría, a la que se llegó en un determinado momento de la acumulación histórica de conocimientos acerca de ella y que proviene de la observación y el estudio de un número mayor o menor de enfermos en los cuales se repiten, una y otra vez, rasgos y fenómenos similares, en este aspecto tiene bases sólidas la medicina tradicional y es tomado como base de la occidental. (23)

Durante muchos años, la medicina ha sido criticada porque en su praxis, en la atención a enfermos, ha sido utilizada una gran variedad de medicamentos y otros recursos terapéuticos sin una utilidad científicamente probada, lo cual constituye un rasgo de esta ciencia y de la Medicina Tradicional y Natural desde su surgimiento y del cual se empieza a notar un desprendimiento paulatino solo a partir de la mitad del siglo pasado con el desarrollo de la medicina experimental.

Esta situación condicionó además, una gran variabilidad en los tratamientos a aplicar por los facultativos, constituyendo precisamente los primeros intentos de disminuir esta "variabilidad" la elaboración de *normas, manuales* o *protocolos* de tratamiento, los cuales son identificados como los antecesores de las actuales guías, cierto es que la Medicina Tradicional no cuenta con estas herramientas de indiscutible valor científico terapéutico y docente. (44, 45, 46,47)

Las GBPC constituyen instrumentos que tienen como función más evidente e incuestionable facilitar que los médicos apliquen "tratamientos" homogéneos a los pacientes que poseen en común un determinado problema de salud o enfermedad.

Estas guías deben ser concebidas como herramientas para la aplicación de decisiones estandarizadas, programadas o normalizadas para la solución de una determinada situación problemática, o sea, de determinada enfermedad.

Precisamente, las decisiones llamadas "proyectadas" constituyen soluciones que previamente han sido utilizadas ante cierta situación y esencialmente, han demostrado su eficacia en la solución de dicho problema, por lo que son incorporadas como soluciones "habituales" a aplicar siempre que se presente el problema en cuestión, ¿actúa así la Medicina Natural y Tradicional? (3, 47, 48,49)

La eficacia incorpora un nuevo elemento a considerar en la función de las GBPC, pues no se trata solo de que los médicos apliquen iguales o similares medidas terapéuticas a sus pacientes con una enfermedad concreta, si no que estas medidas hayan demostrado una verdadera utilidad en la solución de dicha enfermedad, o sea, tienen que estar sustentadas en las "mejores evidencias científicas" disponibles en cada momento histórico concreto.

La orientación científica no solo es aplicable a la práctica clínica, sino también a la política sanitaria, a la gestión y a la salud pública. Basar las decisiones relativas a la asignación y distribución en la evidencia científica es determinante para que la práctica clínica pueda tener base científica, ya que estas decisiones delimitan y configuran la disponibilidad de recursos en cualquier sistema de atención, aquí es necesario tener claros los conceptos de oportunidad- necesidad, idoneidad, equidad y eficiencia.

Este conocimiento contenido en las normas, guías, protocolos, publicaciones seriadas, otros, se difunde rápidamente por toda la comunidad científica que lo validara en estrecha relación con la sociedad que definirá su posición ante este

conocimiento, el cual permite elevar el desempeño de los profesionales de la salud a la vez que provoca satisfacción en la sociedad. Permite adoptar lenguajes, métodos y técnicas, estandarizadas y compatibles, interiorizar la esencia propia de la profesión, los criterios de evaluación del trabajo científico, del estilo y la psicología típica de la ciencia.

Este objetivo implica un largo proceso de educación. Debe tenerse en cuenta que el conocimiento científico adquirido independientemente de la experiencia y los juicios de valor propios del ser humano, mediante la aplicación del método científico, dentro del ámbito social, deben reunir las siguientes características:

- a) Ser fáctico: Parte de la realidad de los hechos.
- b) Trascendente: Va más allá de los hechos cuando emite conjeturas sobre lo inobservable directamente.
- c) Metódico: Procede de forma organizada y plantea lo que persigue averiguar.
- d) Analítico: Distingue y separa las partes de los fenómenos hasta llegar a conocer sus elementos.
- e) Claro y preciso: Se definen los conceptos sin ambigüedad o vaguedad
- f) Simbólico: Con frecuencia crea su propio lenguaje con palabras, símbolos y signos.
- g) Predictivo: Intenta explicar las causas y consecuencias de los fenómenos.
- h) Escéptico: Se basa en la noción de que cualquier proposición es susceptible de duda o cuestionamiento.
- i) Verificable: Puede ser sometido a la comprobación.
- j) Comunicable y útil: Transmisión oral o escrita, aprovechable y benéfica para la humanidad.

Estas Guías de Buenas Prácticas complementan y apoyan junto a los ensayos clínicos y a los metaanálisis, al movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia, el cual se expondrá en el siguiente epígrafe

1.3. 4. De la Medicina Basada en la Evidencia.

La Medicina Basada en la Evidencia (por sus siglas en ingles, M. B. E) tiene su fundamento en la búsqueda sistemática, evaluación y el uso de los hallazgos de la investigación biomédica como base importante para la toma de decisiones en la práctica clínica, ¿se apoya en esto la Medicina Natural Tradicional?

La Medicina Basada en la Evidencia Científica (MBE) plantea el uso sensato de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones clínicas en pacientes individuales. Se busca el equilibrio entre el juicio clínico procedente de la experiencia y el conocimiento basado en las pruebas procedentes de la investigación y relativas a los diversos, y cada vez más numerosas, aplicaciones tecnológicas disponibles para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades. (3)

En el plano de la terapéutica, la M.B.E. se apoya en los metaanálisis de los resultados de los ensayos clínicos controlados (ECC) donde se pone a prueba la eficacia de distintas opciones de tratamiento. Como se aprecia, hay un vínculo muy estrecho entre la M.B.E. y los E.C.C. que son su piedra angular. (43, 44, 46, 50,51)

El E.C.C, introducido en 1948 por Bradford Hill, constituye una técnica que revolucionó la investigación clínica. Prácticamente no se acepta en la actualidad una "evidencia" científica en el terreno terapéutico que no tenga el sello de un ensayo clínico prospectivo, multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, con grupo control y metodológica y estadísticamente impecable, ¿cumplen con estos parámetros las investigaciones realizadas en el campo de la Medicina Natural y Tradicional? (52, 53, 54,55)

Con los ensayos aleatorios, se consideró universalmente que los médicos prácticos tenían la posibilidad de disponer de la desapasionada evidencia de la ciencia, abandonar la subjetividad y el empirismo en sus acciones de salud. Así, las conductas terapéuticas con los enfermos quedaron escindidas en dos campos:

por un lado, las que estaban científicamente demostradas y del otro, todas las que no estaban demostradas científicamente, o sea, no avaladas por ensayos clínicos aleatorios, ¿se puso en este campo a la Medicina Natural y Tradicional? (56, 57, 58,59)

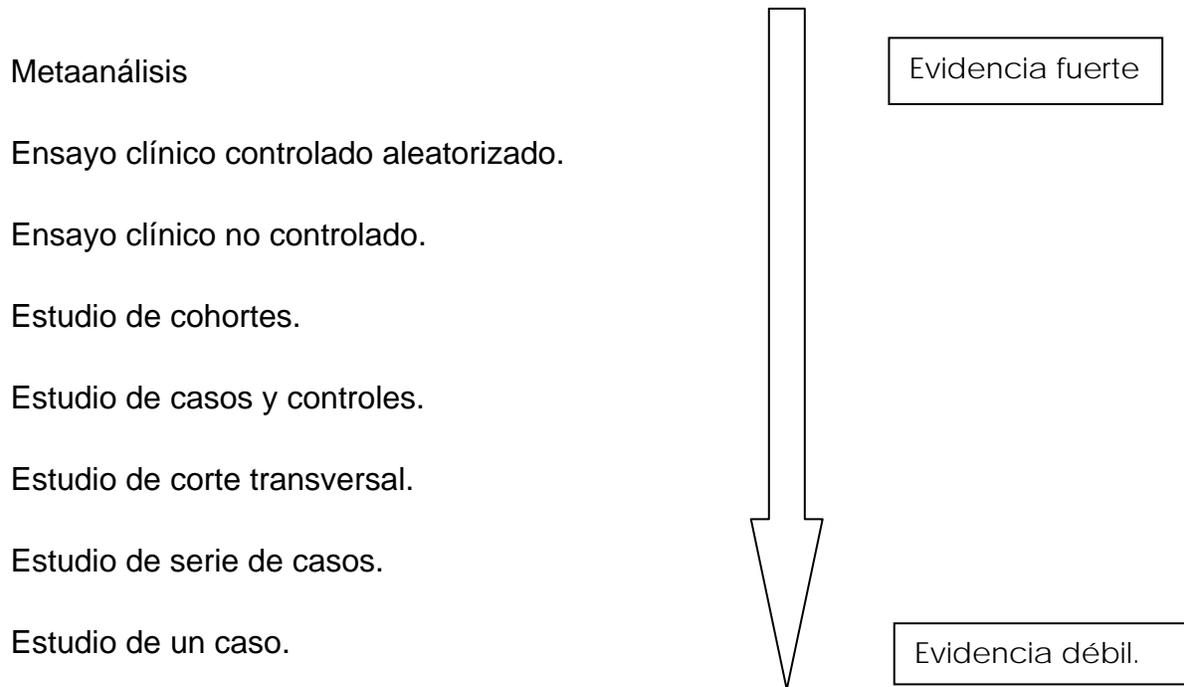
Esta situación posee un matiz adicional, que está relacionado con la gran influencia de la medicina del primer mundo, en la educación y práctica médica del tercer mundo, contexto en el que se encuentra ubicada Cuba.

Carentes de una lectura crítica, muchos médicos receptionan todo y hacen una interpretación equivocada de la aplicación de la revolución científico - técnica al ejercicio de la medicina individual, además de interpretar erróneamente los preceptos históricos de la Medicina Natural y Tradicional confundiendo la filosofía taoísta y sus principios con la doctrina religiosa del taoísmo. (60, 61,62)

La información obtenida necesita ser confiable y tener estructuras conceptuales que la soporten y le den sentido. Información no es sinónimo de conocimiento, está puede generar ignorancia y desconcierto en ausencia de marcos teóricos, conceptuales y axiológicos que le den sentido y le permitan saber qué hacer con ella. Transforme la información en conocimientos sólidos aplicables a la práctica. (63, 64,65)

La información debe ser organizada y resumida según los resultados de los diferentes estudios científicos revisados atendiendo a las peculiaridades de su diseño y otras variables que permitan valorar la homogeneidad y detectar diferencias en sus características (tiempo de seguimiento, poblaciones objeto de estudio con proporción de sexos y edad diferentes, otros) que puedan explicar los diferentes resultados clínicos obtenidos presentándose en tablas de evidencias.

Debe realizarse una valoración crítica de la Información, clasificándola según la validez interna (eficacia) o calidad del tipo de diseño utilizado, en cuanto al efecto que produce sobre el objeto investigado.



Como puede verse la evidencia procedente de los metaanálisis y de los ensayos clínicos controlados aleatorios permite recomendar los resultados obtenidos con la mayor seguridad posible.

Los resultados provenientes de ensayos clínicos bien diseñados y controlados pero no randomizados poseen una evidencia razonable para ser recomendados.

Cuando con el resto de los estudios se obtiene pobre evidencia y los hallazgos son inconstantes, deben ser sometidos a la revisión y aprobación de un grupo de consenso el cual puede admitirlos y recomendar la intervención que proponen.

Además de la pobre evidencia, los estudios pueden basarse en un conocimiento empírico pobre y no sistemático teniendo igualmente que ser sometidos a un grupo de consenso el cual aún con estas características puede recomendar los resultados obtenidos por considerarlos favorables.

Como se evidencia los grupos de consenso y de expertos definen en muchos casos la introducción y aplicación de los resultados obtenidos en los estudios que

gozan de menor rigor científico, por lo que estos grupos también deben ser seleccionados mediante métodos científicos (DELPHI) y no por el cargo que ocupen o las canas que peinen.

Este movimiento se erige como un nuevo faro científico, en el cual la investigación clínica sustentada en la búsqueda bibliográfica y la aplicación de las normas de la evidencia desempeñan un papel preponderante sobre todo cuando se apoyan en la realización de ensayos clínicos aleatorizados.

Confianza, seguridad, adecuación y efectividad son palabras que se han introducido en el lenguaje habitual, y que se han convertido en el Santo Grial de clínicos, epidemiólogos y gestores, con riesgo de perder su significado y volverse mera retórica, si no se realizan pequeños pasos en distintos ámbitos organizativos. (66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73,74)

1.3.5. Los metaanálisis.

La síntesis de los resultados de los diversos estudios controlados y aleatorizados diseñados para responder a una misma pregunta de investigación, en una población similar se denomina metaanálisis, el cual presupone además analizar las relaciones económicas, éticas, sociales, legales, filosóficas, históricas y de política científica de los estudios realizados. En este tipo de estudios se basa la medicina de la evidencia.

Los metaanálisis pueden proporcionar una mejor comprensión de la ciencia y su relación con la sociedad, proporcionan una experiencia del pasado, el presente y el futuro de la ciencia en contextos culturales y sociales específicos.

La significación social de estos estudios puede justificarse así:

- En la medida que hacen una evaluación crítica de las prácticas científicas pueden influir en la administración y política de la ciencia.
- Ayudan a entender las relaciones entre los intereses públicos y la práctica científica.
- Muestran la articulación de la ciencia a los diferentes movimientos sociales.

- Contribuyen a la educación de los científicos y de todas las personas que se interesan por la ciencia y la tecnología.

El análisis y la síntesis, deben utilizarse en estrecha unidad y correlación para que rindan fruto al estudiar la evidencia obtenida en los metaanálisis

El análisis posibilita descomponer un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes, permite estudiar el comportamiento de cada una de las partes, definir los elementos que ejercen una influencia decisiva en las otras partes del objeto de investigación y determinan su comportamiento, se produce mediante la síntesis.

Por su parte la síntesis, establece la unión o combinación de las partes previamente analizadas y posibilita descubrir relaciones y características generales entre los elementos de la realidad, lleva a la formulación de leyes, teorías e hipótesis que explican la conducta del objeto de investigación en el momento actual, su comportamiento futuro, predecir su desarrollo en condiciones específicas.

El análisis permite estudiar la influencia de cada factor sobre el objeto de investigación y la síntesis posibilita descubrir las relaciones que guardan entre sí.

Después de este análisis es recomendable estudiar la evidencia sobre la base de un enfoque de sistema para modelar el objeto mediante la determinación de sus componentes y las relaciones entre ellos, lo que determina por un lado la estructura del objeto y por otro su dinámica.

1.3.6. El papel de la incertidumbre en la práctica clínica.

La presentación de la enfermedad varía de un enfermo a otro. El médico ve con frustración que no existe un modelo exacto y se ve envuelto en un proceso de toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. No existen enfermedades

sino enfermos. El inconsciente del colectivo médico parece querer expresar así la variabilidad extrema individual que observa en la práctica clínica y la incertidumbre que le acompaña frente a la supuesta seguridad de las reglas diagnósticas y pronósticas.

La incertidumbre se torna en variabilidad en uno de los elementos clave de la toma de decisiones como es la percepción de las consecuencias. Si la percepción de las consecuencias es variable, la probabilidad de una decisión incorrecta aumenta.

Frente a un caso clínico determinado y estándar, la probabilidad de un determinado pronóstico elaborado por médicos con quehaceres similares puede ser valorada con una variabilidad extrema o desconcertante. Consecuencia inmediata es la ausencia de criterios sobre adecuación diagnóstica o terapéutica.

El uso no apropiado de procedimientos o intervenciones puede instalarse en el sistema y convivir permanentemente con la consecuente pérdida de eficacia y/o confianza quedando evidenciadas las fuentes de variabilidad que se plantean en el siguiente acápite.

1.3.7. Fuentes de variabilidad.

Las variaciones en la práctica médica se han observado en prácticamente cada paso del proceso de la práctica clínica, sea en la anamnesis, exploración física, interpretación de pruebas diagnósticas o respuesta terapéutica. Las razones que expliquen esta variabilidad pueden tener sus orígenes en:

- Características de los pacientes: son causas claras de variabilidad la posible imprecisión de los datos de la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas y su interpretación. La incertidumbre en la relación existente entre la información clínica y la presencia de una enfermedad, debido a que no siempre los datos clínicos seleccionados son los adecuados para llegar a un diagnóstico preciso.
- Características de sistema sanitario: los recursos humanos, técnicos y financieros del sistema sanitario: número de profesionales sanitarios y no

sanitarios, disponibilidad en cantidad y calidad de medios técnicos en las consultas, disponibilidad y acceso a pruebas radiológicas y de laboratorio, y recursos económicos son fuentes claras de variación en el perfil de atención clínica.

- Estado de salud de la población: la distribución específica y heterogénea de la morbilidad, mortalidad y factores de riesgo, la diferente prevalencia de enfermedades en la población atendida va a determinar variaciones en los valores predictivos de los tests diagnósticos y de cribado y, en consecuencia, diferencias en la efectividad de las intervenciones para reducir la morbi - mortalidad.

- Características de los médicos:

a) Variables socio - demográficas:

Así, los médicos de más edad y las mujeres prescriben más y solicitan más pruebas complementarias. Los médicos más jóvenes y varones parece que difieren más su confirmación diagnóstica y programan más a sus pacientes. Los médicos con ejercicio rural piden menos exámenes complementarios y derivan menos a especialidades.

b) Formación pregrado, postgrado: son factores asociados a diferentes comportamientos que propician desarrollos profesionales y prácticas clínicas diferentes. La formación continuada, sin embargo, no se asocia de manera clara a un modelo de actuación definido. Existen diferentes “patrones” de práctica profesional, según trabajen los médicos aislados o en equipo, con o sin protocolización de actividades, con consulta programada o no. Hay también diferentes “estilos” de práctica clínica. La práctica en apariencia adherida al rigor y ortodoxia científica depende en realidad de actitudes personales del médico, motivaciones, estímulos, creencias.

En efecto, la variabilidad de la práctica clínica puede explicarse en gran parte debido a todas estas causas mencionadas, en gran parte, pero no en su totalidad.

Por lo tanto, permanece una porción de variabilidad de magnitud importante y de vital interés no explicada. El origen de esta fuente de variabilidad no explicable hay que buscarla en otra dimensión de la práctica clínica y el origen más señalado recae sobre la calidad de la evidencia científica que subyace a la toma de decisiones. Es la distinta naturaleza de la información, distinta evidencia, que se utiliza por unos y otros profesionales de la salud lo que promovería la imagen variable e incierta de la práctica clínica.

A su vez, la calidad de la evidencia científica que subyace a la toma de decisiones puede estar condicionada por:

- Ausencia de evidencia o conocimiento científico. Cuando no hay evidencia científica disponible el médico tiende a basar sus decisiones en su exclusiva experiencia y la posibilidad de equivocarse aumenta. Las observaciones personales son escasas y no sistematizadas, la memoria es selectiva, las apreciaciones sesgadas, la mente no elabora comparaciones entre pacientes equiparables.
- Inaccesibilidad a las fuentes de evidencia y/o falta de destreza en el análisis de la información. En el fondo el resultado es el mismo: incapacidad para incorporar de manera homogénea conocimiento válido y fiable desde el punto de vista científico en la práctica clínica individual.
- Presencia de información incorrecta o tendenciosa. El afán de comunicación puede tener muchas causas pero las consecuencias de contenidos incorrectos son claras. La información no validada ni fiable inunda el sistema de comunicación científica llenándolo de “ruidos” que confunden, desorientan e inducen a error en la toma de decisiones.
- Prácticas no contrastadas. En el conjunto de la práctica clínica hay modas, inercias o situaciones que se mantienen o propagan con éxito sin entenderse muy bien por qué. Por el contrario, es notorio el escaso eco que muchas propuestas, guías o protocolos, obtienen a pesar de diseminarse a través de medios profesionales. Las circunstancias mencionadas implican que un mismo paciente

puede ver a varios médicos, escuchar opiniones diferentes y por supuesto recibir diferentes tratamientos. Cuando las diferencias son pequeñas las consecuencias puede que sólo, y no es poco, impliquen más carga de ineficiencia en el sistema, más gasto y menos credibilidad. Cuando las diferencias son importantes pueden sencillamente poner en juego la vida del paciente.

- Pérdida de actualización científica. La información médica se produce y renueva permanentemente de manera inabarcable influyendo de manera errática o no validada en la práctica. Es difícil el acceso y seguimiento a toda esta información. El grado de actualización decae con el tiempo y la formación médica continuada clásica no funciona.

En resumen todas estas cuestiones permanecen abiertas y lo más probable es que el médico tenga necesariamente que seguir tomando decisiones sin que se contesten de manera explícita y contrastada, las preguntas que se hace ante la realidad cotidiana. Sin embargo, la medicina no es una práctica aleatoria o fraudulenta. La variabilidad descrita ocurre porque los médicos se ven obligados a tomar decisiones sobre situaciones muy complejas y bajo circunstancias muy difíciles. La medicina no es ingeniería biomédica.

El médico debe enfrentarse en su trabajo cotidiano con variables muy alejadas de la propia biología y que introducen componente clave en las decisiones tomar decisiones sin conocer *con anterioridad* los resultados de las distintas opciones y tener que hacerlo de manera obligada debe tener su margen de confianza.

Por otro lado, no puede negarse que el conjunto de la práctica médica, la que realizan todos los profesionales de la salud, es eficaz. No en vano se conocen personas que podrían estar peor o no estar si no hubieran sido atendidas médicamente.

La cuestión por supuesto seguiría siendo dilucidar cuál hubiera sido la mejor de las atenciones médicas. Pues bien, frente a esta situación de variabilidad e inestabilidad sí que es posible oponer una estrategia de reducción de la

incertidumbre y un mayor control de los mecanismos de toma de decisiones por parte del médico.

En concreto, la utilización óptima de información científica contrastada y fiable, aquella procedente de la mejor investigación médica, unido al seguimiento de un modelo de actuación científica sería la clave de un aumento en la eficacia de la práctica clínica y de la atención sanitaria en general, reduciendo la incertidumbre y aumentando en estima y aval ético.

1.3.8 .Exigencias cubanas.

El siete de enero de 2 002 se deja sin efecto la Resolución 26/95 o Directiva 26 del Ministro de las FAR que regulaba todo lo referido a la Medicina Natural y Tradicional hasta ese momento, quedando evidenciado como logros de la misma, los resultados alcanzados en el tema de la fitoterapia, las investigaciones realizadas al respecto (las mejor diseñadas), la disponibilidad de medicamentos herbarios en las farmacias de todo el territorio nacional y el incremento de su uso por la población.

En su lugar se emite el acuerdo número 4282 (75) del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros de la República de Cuba, que en lo referente a los temas planteados en el presente trabajo contiene acuerdos significativos (Ver Anexo 1)

Regulaciones aparte, en el municipio especial Isla de la juventud se cierra el Centro para el Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional (M.N.T.), se opta por poner a un licenciado en Español y Literatura a coordinar y dirigir el Programa Ramal de MNT, no se destinan médicos a apoyar esta especialidad como se hace en el caso de nefrología, el Programa Materno Infantil, otros; se realizan investigaciones (diseñadas y jerarquizadas por personal no médico, pero incidiendo sobre pacientes) autorizadas por quienes no tienen autoridad científica para hacerlo y no por el Consejo Científico Municipal, de cada institución o la Cátedra Municipal de la especialidad, lo cual sucede independientemente de la expresada voluntad política del gobierno cubano, sucede por falta de voluntades

personales, por decisiones fuera de contexto de funcionarios que no funcionan o no ven el freno que le ponen al desarrollo de una especialidad que como dijera el compañero Raúl Castro Ruz es una alternativa de la riqueza.

1.3.9. Exigencias internacionales.

La Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales emiten acuerdos y resoluciones de forma sistemática con vistas a estimular el perfeccionamiento de la M.N.T, en particular mediante estudios realizados a partir de perspectivas médicas y metodológicas de investigación modernas. (76)

Muchos elementos de la medicina tradicional son beneficiosos y la OMS anima y respalda a los países a fin de que identifiquen remedios y prácticas inocuas y eficaces para su utilización en los servicios de salud públicos y privados. La Organización ha hecho especial hincapié en la necesidad de apoyar la investigación sobre la acupuntura y su aplicación adecuada, y en 1991 la 44^a Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a que introdujeran medidas para su reglamentación y control (Resolución WHA44.34). (76)

Las reglamentaciones para que todo marche hacia el desarrollo de esta especialidad médica están dadas, pero en la mayoría de los países no se cumplen a cabalidad, sino que se le realizan modificaciones, que en disímiles ocasiones conllevan al freno y pérdida de credibilidad en la misma.

Lo abordado hasta aquí, permite tener elementos para realizar el diagnóstico inicial del desempeño de los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional, que junto al metaanálisis realizado permite en el siguiente capítulo presentar el modelo de actuación del personal de la salud que aplica la medicina natural y tradicional en instituciones asistenciales.

CAPÍTULO II

MODELO DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE APLICA LA MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL EN INSTITUCIONES ASISTENCIALES.

En el presente capítulo se realiza una valoración del diagnóstico inicial, se fundamenta la propuesta del modelo de actuación a partir de elementos teóricos de la actividad de los profesionales de la salud y se brinda una valoración cualitativa del mismo, aportando las sugerencias estratégicas para su uso.

2.1. Características de la aplicación de la Medicina Bioenergética y Natural en la Isla de la Juventud.

En el presente epígrafe se da una panorámica de la evolución que ha tenido la práctica de la Medicina Natural y Tradicional en la Isla de la Juventud y sus practicantes más significativos.

La Medicina Natural y Tradicional en la Isla de la Juventud a pasado por varios momentos: desde la práctica aislada y empírica por médicos que tuvieron acceso a literatura sobre el tema o contacto personal con el asentamiento japonés existente en el municipio, son exponentes genuinos de esta época (años 70) los doctores Ángel Salabarría (Maxilofacial), Antonio Mayol (Estomatólogo), y Luis Delgado (Ortopédico) quienes aplicaban la acupuntura y técnicas afines en sus consultas, en patologías relacionadas con sus especialidades.

Por aquella época también se practicaba por personal no profesional cómo los yerberos y otros no pertenecientes al sector salud que de alguna manera se pusieron en contacto con estos conocimientos y aún la practican.

En los años 90 se reciben cursos de medicina tradicional asiática impartidos por el Dr. Noel González del Instituto de Medicina Militar “Dr. Luís Días Soto”, que sienta las bases en quienes comenzaron a practicarla por primera vez en los consultorios

del médico y la enfermera de la familia aumentando el diapasón de patologías y el número de pacientes atendidos, son exponentes de esta época los doctores Vladimir Gainza, Walfrido Luis, Amado García (actual Máster en MNT) y el autor de esta tesis quién después sería parte de los primeros especialistas civiles formados por el MINSAP .

La combinación de los primeros (Dr. Antonio Mayol, director fundador), de enfermeras (Lic. Eliseldy Velázquez, Nancy Placeres) y licenciados en cultura física y rehabilitación (Hildelisa Mesa, Enrique Reinaldo, Odalys de la Cruz, entre otros) con la colaboración del autor de este trabajo quién a la postre sería el director hasta su cierre, permite abrir en la Isla el Centro para el Desarrollo de la Medicina Natural, Tradicional y Termalismo donde se concentraron los profesionales con el mayor nivel de preparación en esta especialidad llegando a tener especialista, diplomados y maestrantes, brindando una atención de excelencia en coordinación con la Clínica de medicina deportiva, las Filiales Pedagógica y Universitaria, el CITMA y otras organizaciones del territorio.

Este centro atendía a toda la población del municipio y jugaba un papel rector en el trabajo metodológico y la formación de recursos humanos capaces de aplicar y desarrollar las técnicas de esta especialidad.

En el año 2007 por decisión Sectorial se cierra este centro y se dispone parte de este personal en los departamentos de Medicina Natural y Tradicional de los Servicios de Rehabilitación de los Policlínicos, la mayoría se dedica a otras actividades de la medicina, quedando entonces tres departamentos de Medicina Natural y Tradicional (MNT) en los tres policlínicos existentes en el municipio.

El hospital pese a los diferentes ofrecimientos de capacitación a sus anestesiastas no ha podido desarrollar la analgesia quirúrgica acupuntural, sus especialistas de ortopedia y urología realizan indicaciones de Medicina Natural y Tradicional en las consultas que brindan en los policlínicos siendo cumplida en los departamentos de estos, mientras que en las salas del propio hospital no se observa desarrollo alguno de la Medicina Natural y Tradicional.

El Complejo de Salud “CTE. Andrés Cuevas” y el resto de las unidades no tienen estos departamentos de Medicina Natural y Tradicional, cada uno de los cuales, en los policlínicos, cuenta solo con una enfermera para la aplicación de los procedimientos de esta especialidad, los técnicos en rehabilitación no cuentan con los conocimientos suficientes para aplicarla con calidad y lograr la excelencia en los servicios, además de no contar al menos con un médico diplomado en Medicina Natural y Tradicional por departamento para indicar las técnicas y procedimientos de esta especialidad médica

Un por ciento elevado de los profesionales de cada una de las instituciones asistenciales del territorio cuenta al menos con un curso básico, algunos diplomados y otros máster o maestrantes aunque dedicados a otras labores, se realizan pocas actividades docentes investigativas o asistenciales con rigor científico (proyectos CITMA, etc.) en el campo de la medicina tradicional .

En la actualidad por diversas causas el municipio (existen dos en la Escuela Latinoamericana de Medicina) solo cuenta con un especialista para enfrentar las consultas, guardias y la docencia en esta especialidad médica, existe el intrusismo profesional tanto en la aplicación de procedimientos por personal desconocedor de la anatomía y la fisiología del cuerpo humano, como de quienes deben tomar decisiones importantes con desconocimiento de la especialidad.

Súmese a esto la desintegración con el resto de las instituciones que en su momento jugaron un papel importante y que deberían seguir jugándolo, por ejemplo la realización de la Jornada Municipal de Medicina Natural y Tradicional rotativa entre las tres Filiales y el CITMA que incentivaban la investigación y presentación de trabajos científicos, cómo el rediseño de malla curricular para la Medicina Natural y Tradicional en Estomatología presentado por la Dra. Juana María Abreu, las modificaciones realizadas a los equipos de magnetoterapia o de aplicación de peloides y la tracción cervical realizados por el Dr. Antonio Mayol. Por lo que puede apreciarse no se ha tenido en cuenta la historia ascendente que

tenía la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional en el territorio, para de un plumazo frenar su desarrollo.

2.2. Características de la actuación de los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional.

En los instrumentos aplicados se han tenido en cuenta los indicadores y objetivos contenidos en las guías de cada uno (Ver Anexos) para la recogida de la información y el posterior análisis y valoración cuanti cualitativa de los resultados

En el análisis crítico partiendo de los resultados de los instrumentos aplicados y teniendo en cuenta sus indicadores se señala que:

La encuesta aplicada, a los profesionales que practican la Medicina Natural y Tradicional, se dirigió a la búsqueda de: las características de la aplicación de procederes de esta especialidad y la actuación de los mismos en las instituciones asistenciales de la Isla de la Juventud.

Esta fue una de las vías utilizadas para conocer con profundidad la magnitud del problema, pues la información obtenida está relacionada con los profesionales de la familia rehabilitadora que aplican la Medicina Natural y Tradicional en las instituciones asistenciales de la Isla de la Juventud. Se encuestaron 58 profesionales que trabajan las asignaturas de la especialidad o que aplican la misma.

En el procesamiento de la **encuesta** (Ver Anexo 2 y 3) en su pregunta uno, según consideraban los profesionales que la aplican, el resultado obtenido fue que las insuficiencias en la aplicación del método científico, es el parámetro más afectado con un 72, 4 % de coincidencia entre los encuestados, y le siguen la utilización inadecuada del método clínico (56, 8 %) y el poco dominio de la especialidad por sus practicantes (no especialistas) con 51, 7 %. Características que siempre deben estar presentes en todo profesional de la salud. Los menos afectados

según sus criterios son: la disponibilidad de recursos (41, 3 %) y la existencia de pocos graduados de la especialidad con 29, 3 %.

En la pregunta dos; referida a sobre qué bases aplican la Medicina Natural y Tradicional; los encuestados coincidieron en un 77, 5 % que lo hacían basados en los conocimientos alcanzados durante su vida profesional (pre y postgrado) , otra parte de los encuestados se basa en los reportes de investigaciones en este campo (13, 7 %) y en menor medida lo hace según la mejor evidencia científica (8,6 %) , ninguno se basa en Guías de Buenas Prácticas Clínicas por no existir estas para la Medicina Natural y Tradicional.

En el caso de la suficiencia en los conocimientos metodológicos (pregunta 3), predominó el no con 50 respuestas para el 86, 2 % y si un 13, 7 %.

En cuanto al conocimiento de las leyes y resoluciones que regulan la práctica de la Medicina natural y Tradicional (pregunta 4), se comportó de manera parecida al obtenerse 55 respuestas con no los conoce (94,8 %) y tres si (5, 1 %).

La pregunta cinco está relacionada con la suficiencia en la bibliografía científica que aborda los temas de la Medicina Natural y Tradicional donde todos los profesionales encuestados respondieron no.

En la pregunta, seis, que trata sobre si estos practicantes tienen conocimiento del sustento teórico de esta medicina, de los 58 encuestados 33, el 56, 8 % coincide con que no lo conoce y el 43, 1 % con que sí. Resulta lamentable la pérdida de actualización científica.

Relacionado con la inocuidad de los procedimientos de la medicina natural y Tradicional aún cuando no exista evidencia de que curen la enfermedad por la que fueron indicados; el 68, 9 % (40) de las respuestas reflejaron que no y el 31, 0 (18) que sí.

El objetivo que se perseguía con la pregunta ocho era el de evidenciar si todos los practicantes de la Medicina natural y Tradicional tenían conocimientos de medicina (Anatomía, Fisiología, etc.)

Las respuestas dadas por los profesionales encuestados fueron: todos tienen conocimientos médicos el 15, 5 % (9), no todos tienen conocimientos médicos el (4,4 % (49), evidenciando el intrusismo profesional existente entre los practicantes de esta disciplina médica.

En la pregunta nueve, el 68,9 % de los encuestados considero que si pueden aplicarse los procederes de la Medicina Natural y Tradicional sin la indicación de un especialista en la materia y el 31, 0 % consideró que no. Notándose la falta de conocimiento sobre la aplicación de los principios del método clínico.

De lo anterior se infiere que:

Los practicantes de la Medicina Natural y Tradicional en el municipio Isla de la Juventud presentan evidentes deficiencias en la aplicación del método científico en su accionar diario, no utilizan debidamente el método clínico en su relación con los pacientes y a pesar de haber recibido en su gran mayoría al menos un curso básico de Medicina Natural y Tradicional presentan serias dificultades en la aplicación de las técnicas y procedimientos de la Medicina Natural y Tradicional dado por la poca sistematicidad en el estudio y aplicación de las mismas, basando su actuación en los conocimientos adquiridos por cualquier vía y no sustentados en las Guías de Buenas Prácticas Clínicas, ni en las de la Medicina Basada en la Evidencia.

No tienen en cuenta las regulaciones, ni disposiciones que sobre la Medicina Natural y Tradicional ha dictado el Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros, aunque están disponibles en las direcciones y vice direcciones de todas las unidades asistenciales del municipio, lo que los lleva a cometer errores, como el intrusismo profesional, el actuar sin conocer el sustento teórico científico de esta

medicina y creer que cualquiera puede indicarla y utilizarla sin tener conocimientos de las ciencias pre clínicas.

Esto contradice lo planteado por el Dr. Selman - Housein Abdo (63), cuando plantea: (...) Debemos recordar que el médico es un diagnosticador y un conductor de la terapéutica y de la rehabilitación del paciente.

En el resultado de la **observación** (Ver Anexo 4 y 5) realizada con el objetivo de establecer las relaciones esenciales que se dan en la práctica de la Medicina Natural y Tradicional, por el personal de la salud destinado a su aplicación profesional, el instrumento para la observación refleja lo realizado por sus practicantes, el autor de este trabajo ha constatado:

En el enfrentamiento de los problemas científicos, el 43,1 % de los observados lo define de manera insuficiente, y el 37,9 % delimita el problema insuficientemente.

En lo referente a la orientación hacia el logro de determinado objetivo, el 53,4 % conoce bien el tema investigado, el 36,2 % realiza la evaluación crítica de la bibliografía y de las investigaciones anteriores de forma regular, el 50,0 % maneja insuficientemente los métodos y técnicas de investigación y el 44,8 % emite argumentos insuficientes.

La formación científica de los observados se manifiesta de la siguiente manera: el 51,7 % experimenta poco con los hechos, el 46,5 % realiza pocas explicaciones de los hechos que ocurren en la unidad organizativa donde trabaja e investiga, el 50,0 % demuestra poco los hechos, el 60,3 % realiza pocas abstracciones, el 56,8 % realiza pocas argumentaciones de los hechos y el 53,4 % es poco creativo.

Los valores bioéticos se reflejan así: la valoración crítica de la validez de la evidencia es insuficiente en el 46,5 % de los observados, la cultura de responsabilidad es insuficiente en el 56,8 %, la exigencia de evidencia científica antes de aplicar técnicas de M.N.T es insuficiente en el 63,7 %, el cumplimiento

de la ética profesional es insuficiente en el 67,2 % y el actuar según el materialismo dialéctico también es insuficiente en el 56,8 % de los observados.

En cuanto a los resultados de su trabajo el 53,4 % los defiende poco y solo el 5,1 % los publica.

En lo referente a la práctica de su profesión, el 36,20 % aplica poco lo evidenciado, el 43,1 % realiza pocas generalizaciones de lo ya evidenciado y el 50,00% no realiza estudios para validar las técnicas y procedimientos que aplica.

Los profesionales observados adquiere los elementos necesarios para dominar el conocimiento y el juicio profesional de la siguiente forma: el 43,1 % realiza un buen diagnóstico de la enfermedad al nivel de la especialidad de base, el 50,0 % identifica los problemas de manera insuficiente, el 43,1 % no conoce bien (regular) los procedimientos, métodos, factores, estadística y frecuencia de diagnóstico y tratamiento, el 56,8 % ejecuta una evaluación insuficiente de la información que se le brinda y el 60,3 % toma decisiones importantes de un modo insuficiente.

La relación de la actuación de estos profesionales con los principios clínicos se da de la siguiente forma: el 63,79,0 % aplica pocas veces el método clínico, el 50,0 % sigue pocas veces los principios de la terapéutica medicamentosa, el 51,72 % lleva pocas veces al paciente a su estado funcional anterior, el 60,0 % controla pocas veces la ejecución de las técnicas y procedimientos indicados.

Con relación a la integración que debe tener la M.N.T con las Guías de Buenas Prácticas y con la Medicina Basada en la Evidencia se observó lo siguiente: el 39,00 % no analiza las investigaciones realizadas, el 43,1 % tiene poco poder de síntesis, el 50,0 % no realiza comparaciones entre diferentes investigaciones, el 53,4 % no logra determinar lo esencial, el 50,0 % no sabe clasificar las investigaciones realizadas, el 55,1 % no tiene los elementos para ilustrar a su interlocutor, el 63,7 % realiza razonamientos deficientes y el 68,0 % no interpreta adecuadamente los contenidos de la Medicina Natural y Tradicional.

En la **entrevista** (Ver Anexo 6 y 7) realizada a los 58 profesionales de la salud relacionados con la Medicina Natural y Tradicional, el 81,0 % está satisfecho con el trabajo que realiza, por ser esta una especialidad médica de amplio espectro para el diagnóstico y el tratamiento.

El 62,0 % reconoce que no se difunden las Guías de buenas Prácticas Clínicas, ni los aspectos relacionados con la Medicina Basada en la Evidencia Científica en el ámbito de la Medicina Natural y Tradicional, un 34,4 % no tiene opinión al respecto por falta de documentación orientadora sobre estos temas.

El 68,9 % refiere que el tiempo asignado a la Medicina Natural y Tradicional en los planes de estudio de pre y postgrado no es suficiente para que los profesionales adquieran los conocimientos que le permitan una actuación científica.

El 60,3 % manifiesta que la preparación de los docentes que imparten los temas de Medicina Natural y Tradicional desde su asignatura (no especialistas en MNT) es regular, el 53,4 % refiere que la metodología utilizada en las clases es regular, al igual que el sistema de evaluación hecho este manifestado por el 43,1 % de los entrevistados lo cual repercute en la asimilación y comprensión de los contenidos por parte de los estudiantes.

El 37,9 % espera al terminar sus estudios elevar su prestigio profesional y el 32,75,0 % espera mejorar su posición económica.

El 79,3 % de los profesionales entrevistados recomendaría a otros profesionales cursar estudios de Medicina Natural y Tradicional.

En la **entrevista** (Ver Anexo 8 y 9) realizada a los Jefes de Consejos Científicos (tres policlínicos, hospital y clínica) el 80,0 % considera que es importante la actividad científica en la Medicina Natural y Tradicional, pero igual porcentaje plantea que sólo se analizan próximo a las evaluaciones ministeriales que se realizan cada año.

El 60,0 % refiere que no está preparado para orientar las actividades de la Medicina Natural y Tradicional y el 40,0 % que está poco preparado.

El 80,0 % manifiesta que es insuficiente la preparación metodológica que se brinda a los docentes para desarrollar la actividad científica en el campo de la Medicina Natural y Tradicional.

El 100 % considera que se deben desarrollar talleres para potenciar la actividad científica en la Medicina Natural y Tradicional y el 60,0 % que se puede alcanzar mediante seminarios

2.3. Un modelo precedente.

En este epígrafe se presenta el Modelo del Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, médico que desde su especialidad imparte temas de Medicina Natural y Tradicional y otras especialidades, siendo el principal responsable de la población que atiende ya sea con el diagnóstico y el tratamiento o con la coordinación interdisciplinaria, el mismo está estructurado en dos partes: el aspecto político ideológico y el aspecto profesional.

El aspecto político ideológico está relacionado con la filosofía, que fundamenta la concepción científica del mundo y el Sistema de Actitudes.

El aspecto profesional contiene la relación de obligaciones funcionales que tendrá que cumplir el futuro especialista. Están definidas cuatro funciones: la de Atención Médica, la función de Administración, la función Investigativa y la función Docente educativa.

❖ Perfil Político Ideológico:

- Poseer una concepción científica del mundo.
- En su trabajo:

- ✓ Actuará desde las posiciones de los intereses de la clase obrera y en función de la satisfacción de las crecientes necesidades de salud del pueblo.
- ✓ Estará dispuesto a brindar sus servicios en cualquier lugar que el país lo requiera, a manifestar un elevado patriotismo socialista y estará preparado para las tareas de la defensa del país.
- Debe poseer:
 - ✓ Un elevado espíritu internacionalista y estar dispuesto a prestar sus servicios en cualquier parte del mundo.
 - ✓ Una clara concepción de su papel como trabajador intelectual alejado de posiciones elitistas.
 - El Médico General Integral, en el ejercicio de su profesión, debe atenerse a los principios de la ética marxista – leninista y atemperar sus acciones, como médico y como ciudadano, a las exigencias de la moral socialista y el código de ética médica y mostrará las siguientes cualidades:
 - ✓ Espíritu de abnegación y sacrificio.
 - ✓ Sensibilidad para captar el sentir de las masas y las personas con las cuales tiene contacto.
 - ✓ Elevado sentido de responsabilidad ante el pueblo.
 - ✓ Actitud crítica y autocrítica.
 - ✓ Modestia y sencillez.
 - ✓ Honestidad y austeridad.
 - ✓ Combatividad frente al uso de las conquistas de las ciencias biológicas como medios de exterminio en masa y de agresión al medio ambiente.
 - ✓ Ejemplo personal.
 - ✓ Alta responsabilidad con su autopreparación.
 - El especialista de Medicina General Integral debe estar identificado con el carácter de la Revolución Científico Técnica y la concepción socio biológica de la medicina
 - ❖ Perfil Profesional:

Función de Atención Médica:

- Tiene responsabilidades directas en la atención integral al individuo, la familia, la comunidad, grupo educacional y colectivo laboral a él asignados y está en condiciones de detectar cualquier riesgo biológico, psicológico y social.
 - Determina el estado de salud de la población asignada, familias, grupos educacionales y colectivos laborales.
 - Realiza acciones de salud mediante: detección de riesgo, acciones de promoción, de prevención, de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación.
 - Establece las características de la salud individual y colectiva mediante: historia clínica individual, historia de salud familiar, de grupos y colectivos e interconsulta con otras especialidades.
 - Realiza acciones de promoción de la salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico – sanitarias de su población.
 - Realiza acciones de prevención y daños a la salud de su población.
 - Realiza diagnóstico temprano y brinda atención médica en forma oportuna y continua a su población.
 - Orienta y realiza actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda.
 - Decide la realización de interconsulta con otras especialidades, de acuerdo al nivel de complejidad del problema de salud del individuo, familia, grupo y colectivo.
 - Cumple las actividades que se dispone por el Sistema Nacional de Salud para cualquier período especial: tiempo de guerra, desastres, otros.
- ❖ Función de Administración:
- Ejerce la dirección y la administración de acuerdo a las funciones del puesto de trabajo que desempeña en la comunidad, centros educacionales, laborales u otros centros de la comunidad.

- Elabora, ejecuta, controla y evalúa los planes para cumplir el Programa Único de Trabajo del SNS basadas en los recursos materiales y humanos de su puesto de trabajo.
- Establece desde su puesto de trabajo la interrelación correspondiente entre su equipo básico de salud, otros equipos básicos y con las instituciones de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.

❖ Función Investigativa:

- Planifica y ejecuta investigaciones científicas en el campo de acción de su puesto de trabajo como especialista de Medicina General Integral, en correspondencia con las necesidades actuales y perspectivas del Sistema Nacional de Salud a partir de los principales problemas de salud presentes en la comunidad.
- Participa en tareas de investigación vinculadas a problemas priorizados nacional o territorialmente.
- Evalúa investigaciones, artículos y publicaciones científicas de todo tipo, inherentes a su especialidad.

❖ Función Docente - Educativa.

- Planifica, organiza, dirige, ejecuta y controla actividades docentes, en el campo de la Medicina General Integral con los educandos de Ciencias Médicas de pre y posgrado, según les corresponda y de acuerdo a los planes y programas de estudios vigentes. (77)

De lo anterior se deduce, que este y otros modelos (Modelo del Licenciado en Enfermería, del Estomatólogo, del Licenciado en Tecnología de la Salud) orientan qué hacer pero no cómo lograr los objetivos propuestos, derivándose en las insuficiencias que afloran cuando el profesional se enfrenta a las actividades investigativas y de la vida diaria, lo mismo ocurre con los programas de las asignaturas. (78, 79,80)

2.4. De las inferencias científicas.

A partir del metaanálisis y la aplicación de los métodos y técnicas en el diagnóstico inicial, el autor del presente trabajo considera pertinente relacionar las siguientes regularidades:

- Poco dominio de la metodología de la investigación científica en su aplicación a la Medicina Natural y Tradicional.
- Deficiencias en la aplicación del método clínico.
- Poco dominio por los profesionales no especialistas, de las técnicas y procedimientos de la Medicina Natural y Tradicional.
- No se tienen en cuenta los postulados de las guías de Buenas Prácticas Clínicas, ni de la Medicina Basada en la Evidencia a la hora de enfrentar la práctica de la Medicina Natural y Tradicional.
- Desconocimiento de las leyes y resoluciones que regulan la práctica de la Medicina Natural y Tradicional.
- Insuficiente bibliografía científica que aborde los temas de la Medicina Natural y Tradicional
- Presencia de intrusismo profesional en la práctica de la Medicina Natural y Tradicional.
- Desconocimiento de la ética de la investigación científica.
- Los docentes de otras asignaturas que imparten temas de Medicina Natural y Tradicional no tienen dominio de los mismos,
- Los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional (M.N.T.) no tienen orientaciones de los Consejos Científicos sobre cómo abordar los temas e investigaciones en el campo de esta especialidad.
- Es casi nulo el trabajo metodológico de los colectivos de año en función del tratamiento a la Medicina Natural y Tradicional.
- No existen las Normas y Procedimientos de la especialidad Medicina Natural y Tradicional.

- No existe el diseño para darle salida al programa del Especialista en Medicina General Integral que le permita enfrentar la Medicina Natural y Tradicional.
- Las actividades que se realizan quedan a la espontaneidad e improvisación de ahí que no exista una planificación para darle salida a los objetivos de la Medicina Natural y Tradicional.
- Deficiencias en el funcionamiento del Grupo Nacional de la Especialidad Medicina Natural y Tradicional.

Por consiguiente se infiere que aún existen dificultades en la aplicación adecuada de la Medicina Natural y Tradicional como consecuencia de un insuficiente trabajo metodológico que garantice el establecimiento de estrategias que ofrezcan vías para su materialización en la práctica docente - asistencial e investigativa, debiéndose reforzar el vínculo de estas actividades con la necesaria transformación en el modo de actuación de los profesionales, conjugando intereses personales con las necesidades sociales a partir de las potencialidades que brinda el contenido en el currículo del modelo del profesional de la salud actual.

Teniendo en cuenta la importancia que en el quehacer de los profesionales de la salud tiene la Medicina Natural y Tradicional., la incidencia en la competencia y el desempeño de los mismos y en aras de resolver las problemáticas existentes con respecto a los temas de dicha especialidad, se presenta en el siguiente epígrafe un modelo de transición a la propuesta del modelo de actuación que permitirá consolidar el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional a través de los contenidos abordados en el mismo y de la concepción estratégica concebida a partir de las relaciones esenciales de sus componentes.

2.5. Del modelo clínico tradicional al modelo de ejercicio basado en la información procedente de la evidencia científica.

El modelo clásico sitúa en un lugar destacado la autoridad científica tradicional y la adhesión a los procedimientos estandarizados.

Las respuestas a los problemas generalmente se obtienen del contacto directo con expertos locales o bien referidos a los escritos de expertos internacionales. Sin embargo, las asunciones del nuevo modelo de medicina basada en la evidencia son distintas:

- ❖ La experiencia clínica y el desarrollo del instinto clínico son cruciales y necesarios para ser un médico competente, pero no suficientes. En ausencia de información recogida con orden, rigor y comprobación científica, se debe ser muy cauto en la interpretación de la información derivada de la sola experiencia clínica y la intuición dado que muchas veces pueden estar equivocadas.
- ❖ El estudio y el entendimiento de los mecanismos básicos de la enfermedad son necesarios pero no suficientes para guiar la práctica clínica. El razonamiento para el diagnóstico y el tratamiento derivados de mecanismos fisiopatológicos a menudo es incorrecto, dando lugar a predicciones inexactas sobre el funcionamiento de los test diagnósticos y la eficacia de los tratamientos.
- ❖ Es necesario el entendimiento de ciertos principios, métodos y reglas de comprobación científica y/o evidencia para interpretar correctamente la información y la literatura sobre causalidad, pronóstico, test diagnósticos y estrategias de tratamiento.

Se deduce por lo tanto que los médicos y paramédicos deben documentarse para la toma de decisiones, consultar regularmente la literatura biomédica original y leer y ser capaces de valorar críticamente no sólo la introducción y discusión, sino además la sección de métodos y resultados de los artículos a la hora de resolver los problemas clínicos e intentar proveer el mejor cuidado posible a sus pacientes.

El mensaje fundamental es que el médico debe ganar en destrezas y habilidades para realizar valoraciones independientes de la información científica circundante y por lo tanto poder evaluar la credibilidad de los contenidos. Un claro entendimiento del conocimiento científico subyacente a los problemas que trata proporcionará un cuidado mejor a los pacientes.

Este autor defiende la idea de que la ciencia se esfuerza en buscar la verdad, está a favor del rigor y la objetividad, produce, difunde y aplica conocimientos relacionados con las leyes objetivas de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, refleja en las representaciones y teorías objetos que guardan una relativa independencia respecto del sujeto que investiga, que es una institución social estrechamente vinculada con la economía, la política, los fenómenos culturales, las necesidades y las posibilidades de una sociedad dada.

Los investigadores no solo crean un sistema de conceptos, proposiciones, teorías, hipótesis, leyes, sino que se desenvuelven en el seno de comunidades que son las productoras y validadoras del conocimiento.

Existe una estrecha relación entre las instituciones científicas y las clases sociales. Estas, según sus intereses, en primer lugar económico y a la luz del proyecto político e ideológico que proponen y defienden, definen su posición ante la ciencia.

La sociedad socialista cubana basa su actividad y educa a su pueblo en la concepción científica materialista del universo, por lo que antes de tomar la decisión de investigar el investigador debe apropiarse de los siguientes principios universales:

- Cognoscibilidad del mundo
- La práctica como base y criterio de la verdad.
- Objetividad en la valoración de los fenómenos.
- Desarrollo constante del universo
- Unidad entre lo racional y lo sensorial
- Unidad entre lo abstracto y lo concreto

- Unidad entre lo lógico y lo histórico.

Solo después de tenerlos en cuenta pueden llegarse a utilizar correctamente los métodos teóricos, empíricos y matemáticos estadísticos requeridos para cada tipo de investigación propuesta.

Que los profesionales de la salud que se desempeñan en el campo de la Medicina Tradicional y Natural adquieran la capacidad de acceder, interpretar y utilizar la información científica disponible y la transformen en conocimiento científico aplicable a la práctica médica son los ejes del Modelo de actuación Integrado de la Medicina Natural y Tradicional y las Buenas Prácticas Clínicas que a continuación se fundamenta.

2.6. Modelo de actuación para el perfeccionamiento de la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional (Ver Anexo10 y 11). Fundamentación.

Para confeccionar el modelo que se propone se parte de lo planteado en Cervantes Diccionario Manual de la Lengua Española de Alvero Frances (81) que lo define como: "...m.1/ Objeto que se reproduce imitándolo: es un modelo de escritura.2/ Representación en pequeña escala: un modelo de máquina cosechadora.3/ Persona, animal u objeto que reproduce el pintor o escultor.4/ Persona o cosa digna de ser imitada: un modelo de constancia, un modelo de actuación.5/ Tipo industrial protegido por una patente: modelo registrado.6/ Mujer que en las casas de modas exhibe los nuevos modelos de costura.7/adj. Perfecto en su género: un alumno modelo.

El autor del presente trabajo asume como válido su significado, en cuanto a, documento que contiene parámetros dignos de ser adquiridos e imitados para lograr un modelo de profesional competente.

El modelo tiene como objetivo: consolidar la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Se adecua a las regularidades y principios de los procesos pedagógicos de las carreras profesionalizantes del sector de la salud.

Un principio que este autor tuvo en cuenta para la elaboración del modelo, es el carácter dialéctico histórico que rige a la sociedad cubana, con una sólida base marxista, a partir de una concepción materialista, donde los fenómenos y hechos son científicamente probables para que se conviertan en conocimiento. Otro principio de base son las relaciones dialécticas de las categorías que se tratan en el materialismo.

En lo psicológico el autor tiene la influencia de los aportes que hace L. S. Vigotski (82,83) a la teoría de la Psicología Marxista cuando refiere: "...La evolución de la psiquis no está sujeta sólo a leyes biológicas..." (...) "La evolución de la psiquis es producto del desarrollo histórico de la humanidad..." contribución que justifica una de las fuentes más confiables para consolidar la competencia y el desempeño profesional.

Según Vigotski, el desarrollo psíquico está mediatizado por los fenómenos de la cultura, que a la vez es producto de la vida y de la actividad social del hombre, la cual se va transmitiendo de generación en generación, respondiendo siempre a los intereses de la sociedad imperante.

Los aportes de la Psicología Marxista, ley genética general del desarrollo psíquico, la relación de las categorías Desarrollo Psíquico Educación, la definición de Zona de Desarrollo Próximo y los conceptos de Actividad Rectora y Autoaprendizaje, son elementos que el autor de esta tesis tiene en cuenta para la elaboración del modelo propuesto y para la elaboración de las diferentes etapas en que se organizan las sugerencias estratégicas para su utilización.

Lo sociológico se manifiesta al encauzar la autoformación del profesional de la salud para que, en su práctica laboral y social, se inserte como un sujeto que sea capaz de aportar utilidades a partir del rol que desempeña. El profesional de la

salud debe estar preparado para con un alto nivel de competencia y desempeño asumir los procesos que se dan en los distintos contextos de su actuación.

En lo pedagógico asume la tendencia integradora de los componentes del proceso pedagógico profesional, generando conocimiento de las necesidades, intereses y motivos de los profesionales, para que estos sean colocados como centro del proceso y puedan tener una autopreparación integral.

El modelo se basa además en:

- Programa nacional de Medicina Natural y Tradicional.
- Resolución Ministerial 4282 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros.
- Los principios de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas
- Los principios de la Medicina Basada en la Evidencia.
- Concepciones de la metodología de la investigación científica.
- Los preceptos de la Ética Médica y de los trabajadores de las ciencias
- Los metaanálisis.
- Los preceptos recogidos en la Carpeta Metodológica de la Vicedirección de Docencia e Investigaciones, Perfiles, Carreras Básicas (Medicina, Enfermería, Estomatología, Tecnología de la Salud)

El modelo está estructurado en nueve variables y subvariables, donde se exponen: Concepto de la variable principal, los objetivos que se deben alcanzar, cómo darle salida a dichos objetivos y reflexiones donde fue necesario hacerlas.

Variables:

- a. El problema científico (determinación)
- b. Autoformación metodológica, epidemiológica y bioestadística
- c. Autoformación científica
- d. Autoformación de valores relacionados con la actividad científica.
- e. Autoformación comunicativa.
- f. Autoformación para la práctica.

- g. Logro de la maestría profesional.
- h. Excelencia en los servicios.
- i. Autoformación integradora.

Al final del modelo se expone la bibliografía utilizada en su confección para que el profesional pueda consultarlas y profundizar en los contenidos que desee.

En el siguiente epígrafe se exponen las sugerencias estratégicas para el uso del modelo.

2.7. Sugerencias estratégicas para la utilización del modelo de actuación.

El ya mencionado autor de Cervantes Diccionario manual de la lengua Española (81) conceptualiza la estrategia cómo: "...f. Arte o manera de dirigir la guerra, la política u otro asunto que interesa..."

De ella dijera el apóstol (84):..." Estrategia es política (...) y (...) política es el arte de asegurar al hombre el goce de sus facultades naturales en el bienestar de la existencia (...) es sobre todo arte de precesión..."

En otro punto del mismo diccionario Alvero Frances (81) define el método como: "...m. Modo razonado y de acuerdo con un plan, de obrar o de hablar..."

Por otra parte la autora Nerely de Armas (85) define la metodología como: "...una secuencia sistémica de etapas cada una de las cuales incluye acciones o procedimientos dependientes entre si y que permite el logro de determinados objetivos..."

Haciendo suyos los anteriores planteamientos el autor de esta tesis se refiere aquí, al plan para dirigir u orientar el uso del documento contentivo de parámetros que permitan consolidar el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Las sugerencias estratégicas que se presentan, pretenden que el profesional de la salud que practica la Medicina Natural y Tradicional, transforme su modo de actuar y despliegue el autoperfeccionamiento y autocontrol en el desarrollo de la actividad profesional que realiza, ya sea curricular o extracurricular, permitiendo que como profesional responsable de la salud de su pueblo enfrente su objeto de trabajo y satisfaga el encargo social para el que ha sido destinado, con la mayor calidad.

Estas sugerencias se apoyan en métodos participativos, en la autopreparación, en el papel protagónico de un coordinador en representación de los directivos que rigen la actividad de la Medicina Natural y Tradicional, los profesionales y docentes que la practican o enseñan y la Sede Universitaria como institución facilitadora del desarrollo.

Las sugerencias estratégicas están organizadas en cinco etapas:

1. Diagnóstico
2. Planificación
3. Motivación y orientación
4. Ejecución
5. Evaluación

Etapas de las sugerencias estratégicas:

Continuando con Alvero Frances (81), en su Diccionario puede leerse, Táctica: f.1/Conjunto de reglas a que se ajustan en su ejecución las operaciones militares.2/fig. Habilidad para lograr un fin

Siendo el propósito del autor de esta tesis exponer las sugerencias tácticas al final de cada estrategia sugerida.

Etapa 1: Diagnóstico.

En ella se propone adquirir la información que permita evaluar el grado de suficiencias en la práctica de la Medicina Natural y Tradicional por el personal de la salud destinado a su aplicación profesional.

Objetivo: Determinar las principales dificultades en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural.

Sugerencias tácticas: Para la realización del diagnóstico debe partirse del estado deseado declarado en los documentos rectores de las carreras básicas (Medicina, Enfermería, Estomatología y Tecnología de la Salud), los perfiles, programas e indicaciones ministeriales y los modelos de formación basados en las Buenas Prácticas Clínicas.

Elaborar y aplicar los instrumentos contenidos en la Carpeta Metodológica de la Vicedirección Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, a los que se sugiere añadir la matriz DAFO, haciendo énfasis en las incidencias que tienen factores internos y externos en el modo de actuar de los profesionales de la salud, determinando las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que tienen los profesionales, el colectivo de docentes e investigadores y los funcionarios responsables del desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional en aras de superar las deficiencias observadas.

El diagnóstico debe ser realizado por un coordinador con conocimientos científicos del tema, en cada Sede Universitaria.

Etapa 2: Planificación.

Aquí se necesita la preparación del coordinador y de los docentes que lo apoyarán para dominar los contenidos del modelo de actuación y poder generar suficiencias en la actuación científica del personal de la salud que practica la Medicina Natural y Tradicional.

Objetivo: Capacitar al coordinador en las relaciones esenciales, establecidas en el proceso de integración de la Medicina Natural y Tradicional con las Buenas

Prácticas Clínicas y la Medicina Basada en la Evidencia materializadas en el modelo.

Sugerencias tácticas: Debatir cómo perfeccionar la práctica de la Medicina Natural y Tradicional en el personal de la salud destinado a su aplicación profesional, apoyándose en el modelo de actuación propuesto, para ello puede desarrollar las siguientes actividades de superación:

- Reunión educativa metodológica
- Clase metodológica demostrativa

Etapa 3: Motivación y orientación.

Debe realizarse para concientizar el conocimiento, aptitudes, intereses y limitaciones de los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional

Objetivo: Inculcar en los profesionales el interés de profundizar en el modelo de actuación que les permitirá consolidar la actuación científica en su desempeño profesional

Sugerencias tácticas: realizar cursos, conferencias, seminarios donde se aborde de forma polémica la actitud de los profesionales ante la Medicina Natural y Tradicional, dando elementos de: Ética, Metodología de Investigación, Filosofía y Medicina Natural y Tradicional, autoformación, valores, orientando la lectura de literatura sugerente sobre los temas tratados.

Etapa 4. Ejecución.

Se propone desarrollar un taller metodológico donde se intercambie con los profesionales de la salud sobre la concepción del modelo que se propone para consolidar la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Objetivo: Capacitar a los profesionales de la salud en el uso del modelo de actuación.

Para la realización de los talleres se tendrán en cuenta las siguientes actividades:

1. Explicación del objetivo del taller.
2. Presentación del modelo que se propone.
3. Discusión del contenido del modelo.
4. Recoger las propuestas de ajustes al modelo
5. Valoración de los participantes.

Sugerencias tácticas: Para la utilización del modelo hay que tener en cuenta los profesionales para los cuales va dirigido, la especialidad o asignatura que sirve de mediadora y las características que el propio modelo presenta en su concepción.

Con relación a los profesionales es de vital importancia que posean las herramientas (las ofrecidas en la etapa de motivación) cognitivas necesarias para poder enfrentarse a los conceptos contenidos en el modelo, de ahí que hay que tener en cuenta el diagnóstico cognitivo que se tenga de cada uno, para poder asignarle la participación que le corresponda según su nivel de asimilación.

Otro elemento a considerar es el establecimiento de un ambiente donde los implicados se sientan seguros de que su participación se va a respetar, al ser escuchados todos por igual. Las contradicciones que se establezcan, a partir de las propuestas del modelo, han de ser controlados y orientados, de tal forma que los propios profesionales demuestran la veracidad de cada argumento, logrando, de esta forma, su protagonismo.

Con relación a la especialidad Medicina Natural y Tradicional es menester destacar la necesidad de que el profesional establezca nexos de los contenidos que estudia con la realidad objetiva, en especial su relación con las Buenas Prácticas Clínicas y la evidencia científica.

Etapa 5. Evaluación.

En esta etapa debe evaluarse cómo se establece la modificación en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Objetivo: Comprobar cómo se generan suficiencias en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Sugerencias tácticas: En esta última etapa el coordinador designado aplica un conjunto de técnicas e instrumentos que le permitan dar un criterio lo más certero posible sobre el modo de actuar de los profesionales que practican la Medicina Natural y Tradicional en su Sede Universitaria durante el año posterior a la realización de los talleres.

Esta valoración se debe realizar durante todo el proceso, de forma continua. Ya que el modelo se propone como un documento para el autoaprendizaje, con un uso autodirigido, infinito y perfectible se pueden utilizar diferentes técnicas de evaluación.

La autoevaluación es un tipo de control importante en el contexto educativo y le permite al coordinador designado tener el autocriterio del profesional, reflejando su honestidad, pero hay que tener en cuenta el carácter individualizado, sistémico y variado que exige ese proceso.

Con la coevaluación se gana en información sobre el autocriterio que tienen los profesionales, unos de otros.

Si no resultara clara la valoración, se propone utilizar el instrumento diseñado en Carpeta Metodológica para evaluar la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud, aplicándolo a los seis meses o al año de haber realizado el taller y haber propuesto la consulta continuada del modelo propuesto, destinado a la biblioteca de las Sedes Universitarias como material de consulta.

2.8. Valoración cualitativa del modelo de actuación a partir del criterio de profesionales de la salud.

Para verificar el alcance, aplicación y posible efectividad del modelo de actuación, se sometió a la evaluación de 58 profesionales de la salud del territorio o vinculados al mismo.

Para la selección de los profesionales se tuvieron en cuenta una serie de parámetros como: años de experiencia en la profesión, categoría docente, categoría científica, perfil laboral y en especial la relación que poseen con la práctica de la Medicina Natural y Tradicional.

Teniendo en cuenta esos criterios se consultaron a:

- Un Doctor en Ciencias Pedagógicas relacionado con la obtención de Grados Científicos en la Isla de la Juventud y Coordinador del Grupo de Desarrollo Docente del CITMA.
- Tres especialistas en Medicina Natural y Tradicional, dos de los cuales laboran en Escuelas Latinoamericanas de Medicina realizando actividades docente asistenciales propias de otras especialidades y uno que es el presidente de la cátedra de esta especialidad en el territorio.
- Cinco especialistas en Medicina Física y Rehabilitación encargados de impartir docencia de actualización a los profesionales de la Isla de la Juventud (incluida la M.N.T) en la Escuela de Altos Estudios República de Panamá.
- Cinco especialistas en Medicina General Integral relacionados con la práctica de la Medicina Natural y Tradicional, de los cuales dos son maestrantes en Medicina Natural y Tradicional y tres son Jefes de Consejos Científicos.
- Dieciocho Licenciados en Enfermería, de los cuales, uno tiene el título académico de máster en Medicina Bioenergética y Natural, diecisiete son

maestros, cinco laboran en los departamentos de Medicina Natural y Tradicional de los Servicios Integrales de Rehabilitación del territorio y uno es Jefe de Consejo Científico.

- Veintiuno son Licenciados en Rehabilitación (o estudiantes próximos a graduarse) que imparten docencia en el territorio y la Escuela de Altos Estudios República de Panamá, de ellos una es Vice Decana de la citada escuela, una es Jefe de Perfil y diecisiete laboran directamente en los servicios de rehabilitación del territorio.
- Dos Máster en Medicina Bioenergética y Natural, uno de ellos es Vicepresidente del Comité Académico de la maestría en el territorio, el otro es el responsable de la Medicina Natural y Tradicional en su Sede Universitaria.
- Tres especialistas en otros campos de la medicina: uno en Ortopedia, uno en Pediatría y uno en Urología, uno de ellos es candidato a Doctor en Ciencias, otro es presidente de un tribunal de cambio de categoría y otro es presidente de Consejo Científico.

A estos profesionales, relacionados todos con la Medicina Natural y Tradicional, se les presentó la propuesta del modelo de actuación para la realización de su valoración cualitativa, a través de un instrumento investigativo (Ver Anexo 12 y 13) contentivo de las indicaciones previstas para ello.

La tabulación de dicho instrumento apuntó hacia la posible efectividad del modelo propuesto para ser introducido en la práctica.

A continuación se relacionan los criterios emitidos por los profesionales:

1. Sobre el criterio referido a la relevancia del modelo de actuación, el 63,7 % respondió que es relevante.
2. El 82,7 % de los profesionales encuestados manifestaron que el modelo contiene suficiente información de los temas que aborda.

3. Con relación a la factibilidad del modelo, considerando los recursos disponibles para su ejecución, el 56,8 % de los encuestados respondió que es muy factible.
4. El 93,1 % de los profesionales encuestados consideró que el modelo de actuación es plenamente aceptable desde el punto de vista ideológico y científico.
5. En lo referente a la posibilidad de implementar las recomendaciones del modelo de actuación, el 60,3 % de los encuestados plantea que puede demorar unos meses (requiere preparación previa).
6. El 91,3 % de los encuestados considera que el modelo de actuación propuesto no tiene ningún problema ético.

Tomando como referencia la valoración cualitativa realizada por los profesionales de la salud, puede inferirse que el modelo propuesto por el investigador es funcional en la práctica, y permite consolidar el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional, en especial su actuación científica y de esta manera resolver los problemas a que se enfrentan en su proyección docente - investigativa, dando solución a las problemáticas objeto de investigación actualmente se manifiestan en la actuación de dichos profesionales.

CONCLUSIONES

1. La preparación de los profesionales para la actuación científica se sustenta en una concepción filosófica, psicológica, pedagógica, científica y tecnológica que favorece la formación sistemática y continua de los mismos con vistas a fomentar una cultura investigativa que permita resolver los problemas a partir de las actuales transformaciones de la educación superior.
2. El diagnóstico de exploración inicial reveló la insuficiente preparación de los profesionales en la Isla de la Juventud para desarrollar las actividades docentes e investigativas en el campo de la Medicina Natural y Tradicional, lo que limita su actuación pedagógica y científica con respecto al componente investigativo.
3. El modelo de actuación científica que se propone permite perfeccionar el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional, le ofrece a los mismos los elementos fundamentales para potenciar su autoformación en correspondencia con el modelo actual de la educación superior.
4. La valoración cualitativa resultado de los criterios de especialistas seleccionados arrojó la posibilidad de la implementación práctica de los resultados de la investigación.

RECOMENDACIONES

1. Instrumentar en la Isla de la Juventud el modelo de actuación científica propuesto, generando suficiencias en la competencia y el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional como complemento de su preparación, teniendo en cuenta su correspondencia con las transformaciones actuales de la educación superior.
2. Continuar el estudio y profundización del perfeccionamiento del desempeño profesional en la aplicación de la Medicina Natural y Tradicional, mediante estudios de doctorado, abordando la preparación de los profesionales de la salud en los demás componentes que inciden en su formación en las Sedes Universitarias de la Isla de la Juventud y su relación con el modelo de la Educación Superior.

Referencias Bibliográficas

1. "Benjamín Franklin." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.
2. Vera Bueno F. El perfeccionamiento de la actividad pedagógica de los profesores guías en la secundaria básica. (Tesis Doctoral). Santiago de Cuba, Cuba; 2002.
3. Curbelo Videra W A. Medicina basada en la evidencia. Revisión crítica. Rev. Cub. Med. 2006; 31(3):89.
4. Rosental M, Iudin P. Diccionario Filosófico. Argentina: Ediciones Universo; 1973.
5. Turner R. Las grandes culturas de la humanidad. Edición Revolucionaria. La Habana; 1963.
6. Hernández González E J. Tratamiento de la cefalea vascular crónica mediante la combinación de la electroacupuntura y la auriculoterapia. (Tesis de Especialista).IJV, Cuba: Policlínico "Orestes Falls Oñate"; 1994.
7. Hernández González E J. El masaje chino en el tratamiento de la tendinitis crónica del supraespinoso. (Tesis de Especialista). La Habana, Cuba: HMC "Dr. Carlos J Finlay"; 1999.
8. Guerra F. Historia de la Medicina. Tomo I. Madrid: Ed. Norma S.A.; 1989.
9. López Sánchez J. Curso de Historia de la Medicina (Desde los Tiempos Modernos hasta el Renacimiento). La Habana: Imp. Modelo; 1961.
10. Castiglioni A. Historia de la Medicina. 1º Ed. Española. Barcelona: Salvat Editores, S. A.; 1941.
11. Chuffat Latour A. Apuntes históricos de los chinos en Cuba. La Habana; 1927.
12. Martínez R. Oriente folklórico. Santiago de Cuba; 1934.
13. Jiménez Pastrana J. Los chinos en la Historia de Cuba. 1847-1930. La Habana: Imp. Nacional; 1983.

14. Roig de Leuchsenring E. (El Curioso Parlanchín). El médico chino, la Virgen del Jiquiabo, el Hombre Dios, Ñica la Milagreira y otros "salvadores" de la humanidad. Revista Carteles. La Habana, abril 2 de 1939.
15. Portell Vilá H. Cham Bom Biá, el médico chino. El País Gráfico. La Habana, noviembre 15 de 1938.
16. Peñalver Moral R. Juan Chambombián; el médico chino. Averiguaciones en torno a un popular personaje. Revista Bohemia 1981; 5(16):7-10.
17. Cantera López B y otros. Nociones de acupuntura. La Habana: I.C.B.P "Victoria de Girón"; 1989.
18. Cantera López B. East and West meet in the Caribbean. Is Cuba developing the world's best health as model? AM. J. of acup 1992; 20 (4):23-27.
19. Consideraciones acerca del diseño de investigaciones clínicas. Rev. Cubana Oncol. 1987., 3(3):300- 27(2).
20. Guadarrama González P. El sistema de leyes y categorías de la dialéctica materialista. En: Lecciones de Filosofía Marxista Leninista. La Habana; 1991. p. 44-54.
21. Categorías fundamentales de la dialéctica materialista. En: Manual de Filosofía Marxista Leninista. Materialismo Dialéctico. La Habana: Editora Política; 1986. p.108-31.
22. Konstantinov F. Lo singular, lo particular y lo universal. En: Fundamentos de Filosofía Marxista Leninista. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1986. p.150-3.
23. Zardoya Lovieda R. ¿Son conceptos las categorías? En: Guadarrama González P, Suárez Gómez C. Filosofía y Sociedad. La Habana: Félix Varela; 2001. p. 239-48.
24. Sosa Salinas U. *Energía Piramidal Terapéutica ¿Mito o realidad?* (accesible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/energia_piramidal/indice_p.htm en marzo de 2006).

25. Sosa U, Castro A, Salles G. *Terapéutica piramidal en Ortopedia, ¿mito o realidad?* Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología 1999; 13(1-2):83-89.
26. Orbera L, Sosa U. *La energía piramidal y su presencia en la medicina cubana.* Revista cubana de Medicina General Integral 2003; 19(2):111-113.
27. González A. *Falsas energías, pseudociencia y medios de comunicación masiva.* Revista Cubana de Física 2002; 19(1): 68-73.
28. Hart C. *Analfabetismo científico en la nueva era imperial* (2003) (accesible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/analfabetismo_cientifico_en_la_nueva_era_imperial_.pdf en marzo de 2006)
29. de Melo O. *Energías vitales y piramidales. El espejismo de las pseudociencias.* Semanario Orbe 2003; 5(26).
30. Silva Aycaguer LC. Las pautas para el debate científico: reflexiones a raíz de una controversia sobre la energía piramidal. Revista Cubana de Salud Pública 2006; 32(3).
31. Bossy J. Bases Neurobiológicas de las reflexoterapias. Buenos Aires: Edit. Masson; 1985.
32. Mendoza Rojo C. Reflexoterapias. Definición, técnicas y principios. Bases neuroanatómicas, neurofisiológicas y neurobioquímicas. Segundo encuentro nacional de acupuntura. Tercera Conferencia. La Habana: Hospital Psiquiátrico; Mayo 1993.
33. Prives M, Lisenkov N, Bushkovich V. Anatomía Humana. Quinta edición. Moscú: Editorial MIR; 1985.
34. Sussman D. Acupuntura. Teoría y práctica. Séptima Edición. Buenos Aires: Editorial Kier SA; 1984.
35. Sastre Sisto L. El tratamiento del dolor por cáncer y el médico de la familia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.
36. German Acupuncture Society. Düsseldorf Acupuncture Symposium Report: The scientific bases of acupuntura. AMJ of Acup 1988 dec; 16(4):32-362.

37. Takare K. Revolutionary new pain theory of acupuncture mechanism. AMJ of Acup. 1983; 11 (4): 53-7.
38. Marinello Guerrero JJ. Tratamientos de medicina alternativa con intención curativa en el manejo del paciente con cáncer. Consideraciones éticas. Rev. Cubana Med 2000;10(4):24-36
39. Martínez Peñalver I. Cáncer y medicina alternativa. Problema filosófico. Oncología 1999; 22 (suplemento.1):113-6.
40. Chacón M, Romero T, Grau J. Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba. Rev. Cubana Oncol. 1996., 12(1):7- 15.
41. Markman M. Ethical dilemma of phase I clinical trials. Ca- A cancer Journal for Clinicians 1986; 36(6):367- 69.
42. Ilizástigui Dupuy F. La ciencia clínica como objeto de estudio. Ateneo. 1996; 4(1-2):7-25.
43. Moreno Rodríguez M A. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica 2001: p. 13.
44. Jiménez Miranda J; Oramas Díaz J. La información científica de calidad, aliada esencial de la medicina basada en la evidencia. Rev. Cubana Med Gen Integr 2003; 19 (1): 70-6.
45. American Board of Internal Medicine Committee on evaluation of clinical competence: Project Professionalism. Philadelphia: ABIM; 1994.
46. Hinich H. triunfos y fracasos de la medicina en EUA. Gac Med Mex 1990; 12(6): 72-9.
47. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Científico Técnica; 2001.
48. Rodríguez Rivera L. La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático ¿dónde fallamos? Ateneo 1996; 4(1-2):104-12.
49. Robbins SP. Toma individual de decisiones. En: Fundamentos de comportamiento organizacional. 5ta. ed. México: Ed. Prentice Hall; 1998.p.83-97.

50. Rich EC, Terry WC y Harris IB. The diagnostic value of the medical internal medicine physicians. *Arch Intern Med* 1997; 147: 1957-6.
51. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. *Rev. Cubana Med* 1998; 37 (2): 123-28.
52. Vines G. Revisiting the evidence. *Odyssey* 1999; 5:54.
53. Davidoff F, Case K, Fried PW. Evidence based medicine: Why all the fuss? *Ann Intern Med* 1995; 122:727.
54. Sackett D, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Medicina basada en la evidencia clínica: alcance y limitaciones. *Br Med J (edición latinoamericana)* 1996; 4:57-8.
55. Evidence based medicine working group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268:2420-5.
56. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107:377-82.
57. López Arrieta JM, Qizilbash N. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. La colaboración Cochrane. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107:581-5.
58. Steiner JF. Talking about treatment: the language of populations and the language of individuals. *Ann Intern Med* 1999; 130:618-22.
59. Nordin Johansson A, Asplundh K. Randomized controlled trials and consensus as basis for interventions in internal medicine. *J Intern Med*. 2000; 247:94-104.
60. García Martín M, Lardelli Claret P, Bueno Cavanillas A, Gálves Vargas R. El clínico al día. ¿Un peligro para el paciente? *Med Clin (Barc)*. 1995; 105:622-7.
61. Castro del Pozo S. Los avances tecnológicos y la medicina interna. *Rev. Clin Esp*. 1988; 182:234-5.
62. Fernández Sacasas JA. Los paradigmas médicos y la práctica de la medicina clínica. *Ateneo* 1996; 4(1-2):72-8.

63. Proveyer Derich S, Rodríguez Morales I, Ortiz Reyes RM. Ensayos clínicos y buenas prácticas clínicas: una encuesta a especialistas del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. *Rev. Cubana Med.* 2003; 42(4).
64. Velis Martínez ED. Metodología docente para preparar al estudiante de medicina en su atención integral a la familia. *Rev. Educ. Med. Super.* 2002; 16(4):13-8.
65. Vega García E. La terapéutica como experimento. *Ateneo* 2000; 1(1):38-42.
66. Remón Aibar C. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. *Rev. Española de Med Prev* 2005; 34(5).
67. Soler LA. La culpa en el ámbito de la responsabilidad civil médica. Estado jurisprudencial y modalidades de manifestación. *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20:223-7.
68. Barrasa Villar JI, y otros. Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20:199-203.
69. Pardo R, Jara A, Menchen B, Padilla D, Martín J, Hernández J, y otros. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20:211-5.
70. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20:216-22.
71. Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20:204-10.
72. Pierluissi E, Fischer M, Andre E, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA* 2003; 290:2838-42.
73. Bartolomé A, Gómez-Arnau JI, García del Valle S, Santa-Úrsula JA, Hidalgo I, González A. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20:228-34.

74. Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión Humana 1997; 1:17-23.
75. Lage Dávila C. Acuerdo 4282 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. Ciudad de La Habana 7 de Enero de 2002.
76. Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura. Organización Mundial de la Salud; 2002.
77. Modelo del Especialista en Medicina General Integral. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
78. Modelo del Licenciado en Enfermería. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
79. Modelo del Estomatólogo General Integral. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
80. Modelo del Licenciado en Tecnología de la salud. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
81. Alvero Francés F. Cervantes Diccionario Manual de la Lengua Española, 3ra Edic. La Habana. Editorial pueblo y educación. Sf.
82. Vigotski LS: Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. la Habana: Edit. Científico Técnica; 1987.
83. Fariñas león G: S. Vigotski en la educación superior contemporánea: perspectivas de aplicación. Universidad de la Habana e mail: glofaleon@yahoo.com, glofa@fg.uh.cu. Sf.
84. Martí Pérez J. Obras completas. Tomo 13. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba; 1961.
85. De Armas N: A modo de introducción: los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Centro de estudios de ciencias pedagógicas. Instituto Superior Pedagógico "Félix Varela" Villa Clara, fichero digitalizado pág. 8.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Acuerdos de Helsinki." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation; 2006.
2. "Benjamín Franklin." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation; 2006.
3. "Creatividad." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation; 2006.
4. Alonso M. La investigación cualitativa. Características, métodos y técnicas fundamentales. Selección de textos. Maestría en Ciencias de la comunicación: UH; 2003.
5. Álvarez de Zayas CM. Hacia una escuela de excelencia educativa. La Habana: Editorial Academia; 1996.
6. Alvero Francés F. Cervantes Diccionario Manual de la Lengua Española, 3ra Edic. La Habana. Editorial pueblo y educación. Sf.
7. Amaro Cano MC. Aspectos históricos y éticos de la publicación científica. Rev. Cubana Enfermería 2001; 17 (3).
8. American Board of Internal Medicine Committee on evaluation of clinical competence: Project Professionalism. Philadelphia: ABIM; 1994.
9. Andreiev I. La ciencia y el progreso social. Cap. VII. Moscú: Progreso; 1976.
10. Angulo Marcial N. Información: una nueva propuesta conceptual. Cienc Inform 1996; 27(4):190-5.
11. Artilles Visbal L. Metodología de la investigación. Apuntes para el libro de informática médica. material docente. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana., 2002.
12. Bacallao Gallestey J. Conferencia Maestría Educación Médica. ISCM H: Facultad Calixto García; 2006.

13. Bacallao Gallestey J. El fantasma de los paradigmas. Rev. Habanera del ISCM H 2003; 4.
14. Bailar III JC, Mosteller F. La información estadística que deben proporcionar las tesis publicadas en revistas médicas. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(4):317-32.
15. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev. Calidad Asistencial 2005; 20:216-22.
16. Barrasa Villar JI, y otros. Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. Rev. Calidad Asistencial 2005; 20:199-203.
17. Bartolomé A, Gómez-Arnau JI, García del Valle S, Santa-Úrsula JA, Hidalgo I, González A. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev. Calidad Asistencial 2005; 20:228-34.
18. Bayarre H, et al. Curso de Metodología de la investigación en la Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana : ISCM H. ENSP; 2004
19. Born. Ciencia y conciencia en la era atómica. Madrid: Alianza Editorial; 1971.
20. Borroto Cruz R, et al. Medicina familiar y Educación Medica. Bolivia: Edi. Guido Zambrana Ávila; 1998.
21. Bossy J. Bases Neurobiológicas de las reflexoterapias. Buenos Aires: Edit. Masson; 1985.
22. Bueno E, Morcillo O, Rodríguez P, et. Al. Gestión del conocimiento en Universidades y Organismos Públicos. Madrid: Dirección General de Investigación. Consejería de Educación; 2003.
23. Bunge M. Ética y Ciencia. Buenos Aires: Ediciones Siglo XX;(s/f).
24. Cantera López B y otros. Nociones de acupuntura. La Habana: I.C.B.P "Victoria de Girón"; 1989.
25. Cantera López B. East and West meet in the Caribbean. Is Cuba developing the world's best health as model? AM. J. of acup 1992; 20 (4):23-27.

26. Carlos A. Sabino. El proceso de investigación. Buenos Aires: Editorial Lumen Humanitas;1996
27. Castellanos Simons B. La planificación de la investigación educativa. Centro de estudios Educativos. Facultad de ciencias de la educación .Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona. Material de apoyo al curso de investigación educativa. 1998
28. Castiglioni A. Historia de la Medicina. 1º Ed. Española. Barcelona: Salvat Editores, S. A.; 1941.
29. Castro del Pozo S. Los avances tecnológicos y la medicina interna. Rev. Clin Esp. 1988; 182:234-5.
30. Categorías fundamentales de la dialéctica materialista. En: Manual de Filosofía Marxista Leninista. Materialismo Dialéctico. La Habana: Editora Política; 1986. p.108-31.
31. Cavaliere L. El científico y su responsabilidad social. Buenos Aires: Ediciones Tres Tiempos; 1984.
32. Colectivo de autores. Código de ética profesional de los científicos cubanos. Anteproyecto. Universidad de la Habana: Facultad de Filosofía e Historia; 1993.
33. Colectivo de autores. Metodología de la investigación educativa: desafíos y polémicas actuales. Editorial Félix Varela. 2003
34. Colectivo de autores. Metodología del conocimiento científico Academia de ciencias de Cuba, academia de ciencias de la URSS. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1978.p. 157-182
35. Consideraciones acerca del diseño de investigaciones clínicas. Rev. Cubana Oncol 1987., 3(3):300- 27.
36. Curbelo Videra W A. Medicina basada en la evidencia. Revisión crítica. Rev. Cub. Med. 2006; 31(3):89.
37. Chacón M, Romero T, Grau J. Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba. Rev. Cubana Oncol. 1996., 12(1):7- 15.

38. Chuffat Latour A. Apuntes históricos de los chinos en Cuba. La Habana; 1927.
39. Davidoff F, Case K, Fried PW. Evidence based medicine: Why all the fuss? *Ann Intern Med* 1995; 122:727.
40. Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1990:8,34. (Publicación Científica; No. 526).
41. De Armas N: A modo de introducción: los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Centro de estudios de ciencias pedagógicas. Instituto Superior Pedagógico "Félix Varela" Villa Clara, fichero digitalizado pág. 8.
42. De Melo O. *Energías vitales y piramidales. El espejismo de las pseudociencias*. Semanario Orbe 2003; 5(26).
43. Dikson J. La ciencia y los investigadores científicos en la sociedad moderna. Fundación miguel Lillo: UNESCO; 1986.
44. Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura. Organización Mundial de la Salud; 2002.
45. Einstein A. ¿Por qué la guerra? La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1991.
46. Elías Sierra R, et al. Reflexiones acerca del cientificismo y la medicina en Cuba. *Rev. Inform. Cientif* 1997;4 : 7-9
47. Eng A; et al. Metodología de la Investigación. Editorial del centro de información de la construcción. MICONS; 1993.p. 10-11.
48. Ética, profesión y humanismo. Rosario (Argentina): Editorial Futuros; 1995.
49. Evidence based medicine working group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268:2420-5.
50. Fariñas león G: S. Vigotski en la educación superior contemporánea: perspectivas de aplicación. Universidad de la Habana e mail: glofaleon@yahoo.com, glofa@fg.uh.cu. Sf.

51. Feinstein AR. Scientific methodology in clinical medicine. ANN Intern Med 1964; 61(s/n): 1162-63.
52. Fernández Díaz I. Ética de la investigación clínica en seres humanos. Desarrollo histórico en Cuba .Rev. Cubana Salud Trabajo 2005; 6(1).
53. Fernández Sacasas J. Los componentes de la práctica clínica. Ateneo 2000;(1):5-9.
54. Fernández Sacasas JA. Los paradigmas médicos y la práctica de la medicina clínica. Ateneo 1996; 4(1-2):72-8.
55. García Capote J, Sureda T. La Ciencia: un enfoque dialéctico materialista de su devenir. Rev. Cubana Invest Biomed 2001; 20(4): 302-10
56. García Martín M, Lardelli Claret P, Bueno Cavanillas A, Gálves Vargas R. El clínico al día. ¿Un peligro para el paciente? Med Clin (Barc). 1995; 105:622-7.
57. Gell Labañino A, Cisneros Garbey S. El texto científico y modelos de argumentación.
58. German Acupuncture Society. Düsseldorf Acupuncture Symposium Report: The scientific bases of acupuncture. AMJ of Acup 1988 dec; 16(4):32-362.
59. González A. *Falsas energías, pseudociencia y medios de comunicación masiva*. Revista Cubana de Física 2002; 19(1): 68-73.
60. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas en Ciencias de la salud. Rev. Cub. de Salud Pública 2002; 23 (2).
61. Goñi Camejo I. Algunas reflexiones sobre el concepto de información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. ACIMED 2000;8(3):201-7
62. Guadarrama González P. El sistema de leyes y categorías de la dialéctica materialista. En: Lecciones de Filosofía Marxista Leninista. La Habana; 1991. p. 44-54.
63. Guerra F. Historia de la Medicina. Tomo I. Madrid: Ed. Norma S.A.; 1989.

64. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107:377-82.
65. Hart C. *Analfabetismo científico en la nueva era imperial* (2003) (accesible en http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/analfabetismo_cientifico_en_la_nueva_era_imperial_.pdf en marzo de 2006)
66. Hernández Bombino L. El saber ético de ayer a hoy. 1ra Ed. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
67. Hernández González E J. El masaje chino en el tratamiento de la tendinitis crónica del supraespinoso. (Tesis de Especialista). La Habana, Cuba: HMC "Dr. Carlos J Finlay"; 1999.
68. Hernández González E J. Tratamiento de la cefalea vascular crónica mediante la combinación de la electroacupuntura y la auriculoterapia. (Tesis de Especialista). IJV, Cuba: Policlínico "Orestes Falls Oñate"; 1994.
69. Hernández López MT, Guerrero Ramos L. Conceptos y evaluación histórica de la gerencia de información y la gerencia de recursos de información. *Cienc Inform* 1996;27(4):197-205
70. Hinich H. triunfos y fracasos de la medicina en EUA. *Gac Med Mex* 1990; 12(6): 72-9.
71. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico muerte y resurrección. *Rev. Cub. Educ. Med* 2000; 14 (2):109-27.
72. Ilizástigui Dupuy F. La ciencia clínica como objeto de estudio. *Ateneo*. 1996; 4(1-2):7-25.
73. Ilizástigui Dupuy F. La necesidad de un paradigma en Salud Pública. *Rev. Inst. Juan Cesar García* 1998; 8(1-2): 60-62.
74. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirement for manuscript submitted to biomedical journals. *Med J Aust* 1988; 148(5).

75. Jarsis W. Helping your patients deal with questionable cancer treatments. *Ca-A Cancer Journal Clinicals* 1986; 36(5):293-301.
76. Jiménez Miranda J; Oramas Díaz J. La información científica de calidad, aliada esencial de la medicina basada en la evidencia. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 2003; 19 (1): 70-6.
77. Jiménez Paneque R. Metodología de la Investigación. Elementos Básicos para la investigación clínica. Editorial Ciencias Médicas; 1998.
78. Jiménez Pastrana J. Los chinos en la Historia de Cuba. 1847-1930. La Habana: Imp. Nacional; 1983.
79. Konstantinov F. Lo singular, lo particular y lo universal. En: *Fundamentos de Filosofía Marxista Leninista*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1986. p.150-3.
80. Lage Dávila C. Acuerdo 4282 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. Ciudad de La Habana 7 de Enero de 2002.
81. Landaluce Gutiérrez O. Pedagogía: Temas para tecnología de la salud. 1ra Ed. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
82. León Rodríguez R D, Gómez Carril M. Criterios para la evaluación de las actividades de ciencia e innovación tecnológica en la industria farmacéutica cubana. *Rev. Cubana Farmacia* Mayo agosto 2000; 34(2): 138-146. ISSN 0034-7515
83. López Arrieta JM, Qizilbash N. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. *La colaboración Cochrane*. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107:581-5.
84. López Bombino LR. Antología Mínima de las ideas morales. En proceso de elaboración.
85. López Sánchez J. Curso de Historia de la Medicina (Desde los Tiempos Modernos hasta el Renacimiento). La Habana: Imp. Modelo; 1961.
86. Lloréns Figueroa J A. El juicio ético en la práctica médica. *Rev. Cubana Med* 1997; 36(1): 7-10.

87. Marinello Guerrero JJ. Tratamientos de medicina alternativa con intención curativa en el manejo del paciente con cáncer. Consideraciones éticas. Rev. Cubana Med 2000;10(4):24-36
88. Markman M. Ethical dilemma of phase I clinical trials. Ca- A Cancer Journal for Clinicians 1986; 36(6):367- 69.
89. Martí Pérez J. Obras completas. Tomo 13. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba; 1961.
90. Martínez Peñalver I. Cáncer y medicina alternativa. Problema filosófico. Oncología 1999; 22 (suplemento.1):113-6.
91. Martínez Pérez R, et al. Manual de Metodología de la Investigación Científica. Disponible en: www.pdfactory.com
92. Martínez R. Oriente folklórico. Santiago de Cuba; 1934.
93. McHale J. El entorno cambiante de la información. Madrid: Tecnos;1981.p.18
94. Mendoza Rojo C. Reflexoterapias. Definición, técnicas y principios. Bases neuroanatómicas, neurofisiológicas y neurobioquímicas. Segundo encuentro nacional de acupuntura. Tercera Conferencia. La Habana: Hospital Psiquiátrico; Mayo 1993.
95. Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. Rev. Calidad Asistencial 2005; 20:204-10.
96. Modelo del Especialista en Medicina General Integral. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
97. Modelo del Estomatólogo General Integral. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
98. Modelo del Licenciado en Enfermería. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
99. Modelo del Licenciado en Tecnología de la salud. En: Carpeta Metodológica. Isla de la Juventud: Facultad de Ciencias Médicas; Sf.
100. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínica. Rev. Cubana Med 1998; 37 (2): 123-28.

101. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Científico Técnica; 2001. P. 13
102. Navarro Ameller J M. DOSSIER: Taller de Grado I. Metodología de la Investigación Científica. Universidad Católica Boliviana San Pablo
103. Nordin Johansson A, Asplundh K. Randomized controlled trials and consensus as basis for interventions in internal medicine. J Intern Med. 2000; 247:94-104.
104. Núñez Jover J. La ciencia y sus leyes de desarrollo. En: Problemas sociales de la ciencia y la tecnología. La Habana: Editorial Félix Varela; 1994.p.21-22.
105. OPS. Información a los autores e instrucciones para la presentación de manuscritos. Bol of Sanit Panam, 1988.
106. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Programa de Subvenciones para la Investigación. Unidad de Promoción y Desarrollo para la Investigación. Área de Gestión de la Información y el Conocimiento. Disponible on line: <http://www.paho.org/Spanish/DD/IKM/RC/>
107. Orbera L, Sosa U. *La energía piramidal y su presencia en la medicina cubana*. Revista cubana de Medicina General Integral 2003; 19(2):111-113.
108. Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión Humana 1997; 1:17-23.
109. Otero Iglesias J: Elementos metodológicos y estructurales de un informe: los recursos estadísticos. Material docente. Diplomado Magisterio: ISCM H; 2005.
110. Pardo R, Jara A, Menchen B, Padilla D, Martín J, Hernández J, y otros. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. Rev. Calidad Asistencial 2005; 20:211-5.

111. Peñalver Moral R. Juan Chambombián; el médico chino. Averiguaciones en torno a un popular personaje. Revista Bohemia 1981; 5(16):7-10.
112. Pérez Oliva E. Guía Metodológica para la elaboración de un Informe Final de Investigación. Disponible en: <http://www.monografias.com>
113. Pierluissi E, Fischer M, Andre E, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. JAMA 2003; 290:2838-42.
114. Pinus Rubén M. Paradigmas de Investigación en Salud. Córdoba, Julio de 2002. rubenpinus@hotmail.com
115. Popkewitz T. Paradigmas e Ideología en la Investigación Educativa. Madrid: Mondadori; 1988.
116. Portell Vilá H. Cham Bom Biá, el médico chino. El País Gráfico. La Habana, noviembre 15 de 1938.
117. Prives M, Lisenkov N, Bushkovich V. Anatomía Humana. Quinta edición. Moscú: Editorial MIR; 1985.
118. Proveyer Derich S, Rodríguez Morales I, Ortiz Reyes RM. Ensayos clínicos y buenas prácticas clínicas: una encuesta a especialistas del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev. Cubana Med. 2003; 42(4).
119. Raíces históricas del pensamiento bioético en Cuba. Conferencia leída en Taller "La Universidad Médica y los problemas bioéticos actuales", CENAPEM, La Habana, octubre 5 de 1993 y en sesión de presentación de la nueva Comisión Nacional de Ética Médica en XII Fórum Nacional Ramal de la Salud, Pabellón Anfiteatro, EXPOCUBA. La Habana, abril 10 de 1998. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/his1590.htm
120. Remón Aibar C. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. Rev. Española de Med Prev 2005; 34(5).
121. Rich EC, terry WC y Harris IB. The diagnostic value of the medical internal medicine physicians. Arch Inter Med 1997; 1477: 1957-6.

122. Robbins SP. Toma individual de decisiones. En: Fundamentos de comportamiento organizacional. 5ta. ed. México: Ed. Prentice Hall; 1998.p.83-97.
123. Robert B. Biología y ética. Paris: UNESCO; 1978.
124. Rodríguez CR. Conferencia ofrecida a estudiantes de la Facultad de Derecho. La Habana: Universidad; 1984.
125. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
126. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Ed. Díaz Santos; 1999.
127. Rodríguez Rivera L. La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático ¿dónde fallamos? Ateneo 1996; 4(1-2):104-12.
128. Roig de Leuchsenring E. (El Curioso Parlanchín). El médico chino, la Virgen del Jiquiabo, el Hombre Dios, Ñica la Milagrera y otros "salvadores" de la humanidad. Revista Carteles. La Habana, abril 2 de 1939.
129. Rosental M, Iudin P. Diccionario Filosófico. Argentina: Ediciones Universo; 1973.
130. Sackett D, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Medicina basada en la evidencia clínica: alcance y limitaciones. Br Med J (edición latinoamericana) 1996; 4:57-8.
131. Sánchez Ron JM. La Ética del científico ¿conveniencia o convicción? Revista Sistema 1988;(85):35-38.
132. Sánchez Vázquez A. Ética. México: Editorial Grijalbo; 1979.
133. Sastre Sisto L. El tratamiento del dolor por cáncer y el médico de la familia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.
134. Selman - Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Editorial Científico Técnica; 2002.
135. Silva Aycaguer LC. El pensamiento científico y la homeopatía: una crónica bicentenaria. Revista habanera de Ciencias Medicas 2002.; 1(2).

136. Silva Aycaguer LC. Las pautas para el debate científico: reflexiones a raíz de una controversia sobre la energía piramidal. *Revista Cubana de Salud Pública* 2006; 32(3).
137. Silva Aycaguer LC. Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos., 1993.
138. Silva L. Los peligros del lenguaje estadístico. En Locutora J, Editor. De la idea a la palabra. Cómo preparar, elaborar y difundir una comunicación científica. España: Publicación Permanyer; 2003.p. 149-158.
139. Soler LA. La culpa en el ámbito de la responsabilidad civil médica. Estado jurisprudencial y modalidades de manifestación. *Rev. Calidad Asistencial* 2005; 20:223-7.
140. Soriguer Escofit FJ. ¿Es la clínica una ciencia? Madrid: Ed. Díaz de Santo; 1993.
141. Sosa Salinas U. *Energía Piramidal Terapéutica ¿Mito o realidad?* (accesible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/energia_piramidal/indice_p.htm en marzo de 2006).
142. Sosa U, Castro A, Salles G. *Terapéutica piramidal en Ortopedia, ¿mito o realidad?* *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología* 1999; 13(1-2):83-89.
143. Steiner JF. Talking about treatment: the language of populations and the language of individuals. *Ann Intern Med* 1999; 130:618-22.
144. Sussman D. Acupuntura. Teoría y práctica. Séptima Edición. Buenos Aires: Editorial Kier SA; 1984.
145. Takare K. Revolutionary new pain theory of acupuncture mechanism. *AMJ of Acup.* 1983; 11 (4): 53-7.
146. Tamayo y Tamayo M. Serie Aprender a Investigar. La Investigación. 3ª Edición (corregida y aumentada): ISBN: 958-9279-13-9 Módulo 2; 1999

147. Tavera C. Selección de lecturas sobre problemas filosóficos de las ciencias naturales. La Habana: Editorial del Ministerio de Educación Superior; 1985.
148. Turner R. Las grandes culturas de la humanidad. Edición Revolucionaria. La Habana; 1963.
149. Valdés L. Conocimiento es futuro. Hacia la sexta generación de los procesos de calidad. Séptima edición. México; 1996.
150. Valdés Obregón R. ¿Información vs conocimiento? VI Taller de Bibliotecas Universitarias de Iberoamérica. Centro de Información para la Educación Disponible en: <http://www.quipus.com.mx> 25/06/2006
151. Vega García E. La terapéutica como experimento. Ateneo 2000; 1(1):38-42.
152. Velis Martínez ED. Metodología docente para preparar al estudiante de medicina en su atención integral a la familia. Rev. Educ. Med. Super. 2002; 16(4):13-8.
153. Vera Bueno F. El perfeccionamiento de la actividad pedagógica de los profesores guías en la secundaria básica. (Tesis Doctoral). Santiago de Cuba, Cuba; 2002.
154. Vicedo Tomey A. Aspectos éticos de la divulgación de resultados científicos. Rev. Cubana Educ. Med Super 2002; 16(4).
155. Victoria García Viniegra CR, Artiles Visbal LA. Glosario del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica .Disponible en: <http://www.sld.cu> 25/03/07
156. Vigotski LS: Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. la Habana: Edit. Científico Técnica; 1987.
157. Vines G. Revisiting the evidence. Odyssey 1999; 5:54.
158. Vizcaya Alonso D. Lenguaje e información. Cienc Inform 1997; 28(2):109-17
159. Zardoya Lovieda R. ¿Son conceptos las categorías? En: Guadarrama González P, Suárez Gómez C. Filosofía y Sociedad. La Habana: Félix Varela; 2001. p. 239-48.

ANEXOS

ANEXO I

Acuerdo número 4282 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros de la República de Cuba (Anexo 1), que en lo referente a los temas planteados en el presente trabajo acuerda lo siguiente:

Tercer acuerdo:

Inciso 4: Encargar al Centro Estatal de Control de los Medicamentos (CECMED) del Ministerio de Salud Pública como autoridad nacional reguladora, el establecimiento de las regulaciones referentes a las Buenas Prácticas de Fabricación (BPF) así como a los requerimientos para la producción local, el registro sanitario de medicamentos naturales, la autorización y control de los ensayos clínicos y todas aquellas medidas reguladoras relacionadas con los medicamentos de origen natural, debiendo hacerse énfasis en los estudios de estabilidad de los mismos.

Cuarto acuerdo: el MINSAP y el MES en lo que a cada uno respecta deberán:

Inciso 1: mantener priorizada la formación y capacitación de los recursos humanos, estandarizando un programa nacional por niveles para la superación en medicina natural y Tradicional y realizar un levantamiento para la acreditación de todo el personal preparado, de acuerdo a cada nivel como factor fundamental. Para el éxito del programa continuar la formación de especialistas en medicina natural y Tradicional, con el principal propósito de contar en breve plazo con al menos uno en cada Centro de Desarrollo y lograr el más alto nivel de superación especializada (incluyendo la formación de doctorados) incluir la Medicina Natural y Tradicional en el Plan de Desarrollo individual de los profesores, atendiendo al perfil profesional y a los objetivos planteados en cada asignatura. Exigir el diplomado como requisito mínimo a cumplir por los docentes y especialistas vinculados a la docencia de pre y post grado, tanto en el nivel medio como en el superior

Inciso 2: perfeccionar los planes y programas de estudio en las especialidades de la educación médica incluyendo:

- La definición de los conocimientos, hábitos y habilidades a incorporar en el programa de cada una de las asignaturas de los planes de estudio en el pregrado y en los programas de las residencias.
- El perfeccionamiento de los planes y programas de los Diplomados, Maestrías y Doctorados en Medicina Natural y Tradicional
- La solución a las necesidades mínimas de bibliografía especializada tanto en formato digital como escrito.
- El desarrollo de un proceso que conduzca a la acreditación docente de las Facultades y centros para el Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional (MNT).
- La transformación de las actuales cátedras de Medicina natural y Tradicional "Juan Tomas Roig Mesa" en cátedras curriculares y comenzar a medir la capacitación en MNT sobre la base de la evaluación de la competencia y el desempeño profesional.

Inciso 3: Todos los profesionales de la salud (médicos y enfermeros de la familia, estomatólogos, psicólogos, farmacéuticos, otros) deben prepararse para poder intensificar el trabajo de promoción y educación para la salud sobre las bondades y ventajas de los recursos terapéuticos de la MNT en el enfrentamiento a los principales problemas de salud. Este trabajo debe ser apoyado por la preparación de materiales informativos generales sobre la MNT.

Inciso 4: Trabajar con los Consejos Científicos de las Facultades de Ciencias Médicas sobre la necesidad de jerarquizar, impulsar y controlar, mediante proyectos debidamente protocolizados y autorizados, la investigación que se realiza en el campo de la MNT. Las investigaciones clínicas deben dirigirse a medir el impacto que sobre el sistema de salud produce el empleo de los recursos

terapéuticos de esta medicina, tanto en el orden económico y social como en la mejoría de los indicadores de salud en los territorios

Inciso 5: Enfatizar la participación y el control que sobre estas investigaciones deben ejercer los consejos científicos a cada instancia, estimular la divulgación científica de estos resultados y adoptar las medidas que facilitan el acceso a las fuentes de información más actualizadas sobre el tema.

Anexo 2

Encuesta a profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional

Para realizar un estudio sobre la relación existente entre la Medicina Natural y Tradicional con la Ciencia, la Filosofía, la Historia, la Ética, resulta imprescindible su colaboración sincera, aportando criterios que serán de inestimable valor a la hora de integrar esta Especialidad Medica a la actividad investigativa. En ningún momento se utilizará su nombre ni ningún dato personal que lo identifique.

¡Muchas Gracias!

I. Datos generales.

Sexo: M____ F____ Edad: ____ (en años cumplidos)

Donde vive (zona geográfica). Santa Fe: ____ N. Gerona: ____ Otra: _____

Nivel de escolaridad. Primaria____ Secundaria____ Bachillerato____
Universitario____

Cargo que ocupa: _____

Categoría Docente: _____

Categoría Investigativa: _____

Tipo de centro en el que trabaja: Asistencial: ____ Docente: ____ Docente-Asistencial: ____ Producción: _____ Servicios: _____

1. ¿Cuáles son las causas que Ud. considera están afectando la calidad de las investigaciones en Medicina Tradicional en su unidad organizativa? (marque con una x)

-----Utilización inadecuada del método clínico

-----Insuficiencias en el método científico

-----Disponibilidad de recursos

-----Poco dominio de la especialidad por sus practicantes.

-----Pocos graduados de la especialidad

2. ¿Su actuación en el momento de aplicar la Medicina Natural y Tradicional esta basada en? (marque con una x)

----La mejor evidencia científica sobre el tema

----Sus conocimientos de medicina natural y tradicional

----Lo que dictan las Guías de Buenas Prácticas Clínicas

----Los reportes de investigaciones

3- ¿Considera usted que son suficientes los conocimientos metodológicos de los practicantes de la Medicina Natural y Tradicional?

SI_____ NO_____

4 – ¿Conoce Ud. las leyes y Resoluciones que regulan la práctica de la Medicina Natural y Tradicional?

SI_____ NO_____

5 – ¿Considera usted que existe suficiente bibliografía científica que aborde los temas de la Medicina Natural y Tradicional?

SI_____ NO_____.

6 – ¿Conoce usted cual es el sustento teórico de la Medicina Natural y Tradicional?

SI_____ NO_____

7 – ¿Que aspectos usted tomaría en cuenta para introducir procederes de la Medicina Natural y Tradicional en las unidades asistenciales cubanas?

----- Capacitación adecuada de los profesionales que deben aplicarla.

----- la participación pública y la reacción de las personas afectadas.

----- Implantación de una cultura de responsabilidad y rendimiento de cuentas respecto a la calidad y la seguridad ante el paciente (efectividad clínica), la ciudadanía (eficiencia social) y el sistema sanitario (ética profesional y eficiencia de técnica y de gestión).

----- Creación y perfeccionamiento de sistemas de notificación y registro de sucesos adversos, incidentes, casi errores y buenas prácticas.

----- Puesta en práctica de medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.

----- Exigencia de evidencia científica a cualquier nueva práctica, procedimiento, tecnología o programa que se introduzca en las prestaciones del sistema sanitario.

----- Esfuerzos en formación e investigación sobre calidad y seguridad.

8 – ¿Considera usted que los tratamientos con procederes de la Medicina Natural y Tradicional son inocuos aún cuando no exista evidencia de que curen la enfermedad para la que fue indicado?

SI_____ NO_____

9– ¿Conoce usted, si las leyes que sustentan la Medicina Natural y Tradicional tienen correspondencia con las del Materialismo Dialéctico?

SI_____ NO_____.

10 – ¿Considera usted que los investigadores, en el campo de la Medicina Natural y Tradicional deben ser portadores de un método?

SI_____ NO_____

11 – ¿Para Ud. la Medicina Natural y Tradicional puede considerarse mística?

SI_____ NO_____.

12 – ¿Considera Ud. que en Cuba todos los practicantes de la Medicina Natural y Tradicional tienen conocimientos médicos?

SI_____ NO_____

13-¿Concidera usted que puede aplicar procederes de la Medicina Natural y Tradicional sin tener una indicación especializada, aunque conozca el diagnóstico?

14- ¿Le parece acertada la aplicación de esta encuesta?

SI_____ NO_____ ¿Por qué?

Le agradecemos su colaboración.

Los investigadores

Anexo 3

Tabulación encuesta a profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

Tabla 1. Causas que afectan la calidad de las investigaciones en la Isla de la juventud

Causas	Número	%
Utilización inadecuada del Método clínico	33	56,8
Insuficiencias en la aplicación del método científico	42	72,4
Disponibilidad de recursos	24	41,3
Poco dominio de la especialidad por sus practicantes	30	51,7
Pocos graduados de la especialidad	17	29,3
Total	58	100

Tabla 2. Bases para aplicar la Medicina Natural y Tradicional

Bases	Número	%
La mejor evidencia científica	5	8,6
Conocimientos propios	45	77,5
Las guías de buenas practicas clínicas	0	0,0
Los reportes de investigaciones	8	13,7
Total	58	100

Tabla 3. Suficiencias en los conocimientos metodológicos.

Parámetro	Si	%	No	%
Suficiencia metodológica	8	13,7	50	86,2

Tabla 4. Conocimiento de las leyes y resoluciones que regulan la práctica de la Medicina Natural y Tradicional.

Parámetro	Si	%	No	%
Las conoce	3	5,1	55	94,8

Tabla 5. Suficiencia en la bibliografía científica que aborda los temas de la Medicina Natural y Tradicional.

Parámetro	Si	%	No	%
Suficiencia	0	0,0	58	100

Tabla 6. Conocimiento del sustento teórico de la Medicina Natural y Tradicional.

Parámetro	Si	%	No	%
Lo conoce	25	43,1	33	56,8

Tabla 7. Inocuidad de los procederes de la Medicina Natural y Tradicional aún cuando no exista evidencia de que curen la enfermedad para la que fueron indicados.

Parámetro	Si	%	No	%
Son inocuos	18	31,0	40	68,9

Tabla 8. Consideraciones sobre los conocimientos médicos de todos los practicantes de la Medicina Natural y Tradicional.

Parámetro	Si	%	No	%
Todos tienen conocimientos médicos	9	15,5	49	84,4

Tabla 9. Consideraciones relativas a la aplicación de procederes de la Medicina Natural y Tradicional sin indicación especializada.

Parámetro	Si	%	No	%
La aplicaría sin indicación de un especialista en MNT	40	68,9	18	31,0

Anexo 4

Guía de observación de la actuación de los profesionales de la salud que aplican la Medicina Natural y Tradicional.

El objetivo fundamental de esta observación es: establecer las relaciones esenciales que se dan en la práctica de la Medicina Natural y Tradicional, por el personal de la salud destinado a su aplicación profesional.

La guía orientará la observación hacia los aspectos siguientes:

1. ¿Cómo enfrenta los problemas científicos?
2. ¿Cómo se orienta hacia el logro de determinado objetivo?
3. ¿Cómo demuestra su formación científica?
4. ¿Cómo refleja los valores bioéticos?
5. ¿Cómo comunica los resultados de su trabajo?
6. ¿Cómo practica su profesión?
7. ¿Cómo adquiere los elementos necesarios para dominar el conocimiento y el juicio profesional?
8. ¿Cómo relaciona su actuación con los principios clínicos?

¿Cómo integra las Guías de Buenas Prácticas, la Medicina Basada en la Evidencia y los Metaanálisis con la Medicina Natural y Tradicional?

Anexo 6

Guía de entrevista a profesionales de la salud, relacionados con la Medicina Natural y Tradicional.

.

Nombre: _____

Profesión: _____

Lugar donde trabaja: _____

Años de experiencia profesional: _____

Categoría docente: _____

1. Pregunta introductoria.

¿Has encontrado satisfacción en tu trabajo?

2. Acerca de las Guías de Buenas Prácticas y la Medicina Basada en la Evidencia.

¿Qué criterios tiene acerca de la difusión de las Guías de Buenas Prácticas y la Medicina Basada en la Evidencia en su relación con la Medicina Natural y Tradicional? (se difunden adecuadamente, no se difunden, se difunden poco)

3. Organización y contenido de la actividad docente.

¿Consideras suficiente el tiempo asignado a la Medicina Natural y Tradicional en los planes de estudio?

4. Aspectos docentes.

¿Qué criterios tienes en relación a la plantilla de docentes que imparte temas de Medicina Natural y Tradicional?

(Preparación, metodología utilizada, evaluación y relaciones)

¿Te sientes satisfecho con los resultados de tus estudios?

5. Expectativas

¿Qué esperas como resultado de los estudios de la medicina bioenergética y natural?

(En cuanto a conocimientos, aplicación práctica, mejorar posición laboral y económica, prestigio profesional)

6. Conclusión

¿Recomendarías a otros profesionales el estudio de la medicina bioenergética y natural?

¡Muchas gracias!

Anexo 7

Instrumento para la entrevista a profesionales de la salud relacionados con la Medicina Natural y Tradicional.

1. Satisfacción con el trabajo que realiza

Parámetros	Sí		No	
	número	%	número	%
Satisfacción en el trabajo	47	81,0	11	18,9

2. Criterios acerca de la difusión de las Guías de Buenas Prácticas y la Medicina basada en la Evidencia en relación con la Medicina Natural y Tradicional.

Las Guías de Buenas Prácticas y la medicina basada en la Evidencia	Adecuadamente		No se difunden		No tengo opinión	
	número	%	número	%	número	%
Se difunden en el ámbito de la Medicina Natural y Tradicional	2	3,4	36	62,0	20	34,4

3. Organización y contenido de la actividad docente.

Para los temas de Medicina Natural y Tradicional	Es suficiente		No es suficiente		No tengo opinión	
	número	%	número	%	número	%
El tiempo asignado en los planes de estudio	13	22,4	40	68,9	5	8,6

4. Criterios relacionados con la plantilla de docentes que imparte temas de Medicina natural y Tradicional

Criterios referentes a:	Adecuada		Regular		Insuficiente		No tengo opinión	
	número	%	número	%	número	%	número	%
Preparación de los temas	10	17,2	35	60,3	7	12,0	6	10,3
Metodología utilizada	20	34,4	31	53,4	4	6,8	3	5,1
Evaluación	27	46,5	25	40,1	3	5,1	3	0,5
Relaciones	45	77,5	3	5,1	2	3,4	8	13,7

5. Expectativas

Que espera obtener al terminar sus estudios	Número	%
Aumentar mi conocimiento	10	17,2
Mejorar la aplicación práctica	7	12,0
Mejor posición laboral y económica	19	32,7
Prestigio profesional	22	37,9

6. Recomendaciones

Parámetros	Sí		No	
	número	%	número	%
Recomendarías el estudio de los temas de Medicina natural y Tradicional a otros profesionales	46	79,3	12	20,6

Anexo 8

Guía de entrevista a Jefes de Consejos Científicos.

1. ¿Considera importante la actividad científica en Medicina Bioenergética y Natural?
2. ¿Se analiza en los Consejos Científicos, Consejos Técnicos y de Dirección las actividades que desarrollan los profesionales que aplican la Medicina Bioenergética y Natural relativas a la investigación?
3. ¿Se siente preparado para orientar a los profesionales en esta actividad?
4. ¿Qué orientaciones ha brindado en la preparación metodológica a los docentes para el desarrollo de la actividad científico técnica en Medicina Bioenergética y Natural?
5. ¿A su consideración que actividades se deberían desarrollar para potenciar la actividad científico técnica en Medicina Bioenergética y Natural?

Anexo 9

Instrumento para la entrevista a jefes de Consejos Científicos.

1. Importancia de la actividad científica en Medicina Natural y Tradicional.

Parámetros	Sí		No	
	número	%	número	%
Es importante la actividad científica en MNT	4	80,0	1	20,0

2. Análisis de las actividades investigativas de los profesionales que aplican la Medicina Natural y Tradicional.

Parámetros	Con sistematidad		Sólo en ocasiones		Próximo a una evaluación	
	número	%	número	%	número	%
Análisis de las actividades investigativas	0	0,0	1	20,0	4	80,0

3. Preparación para orientar las actividades sobre los temas de Medicina Natural y Tradicional.

Parámetros	Mucho		Poco		Nada	
	número	%	número	%	número	%
Esta preparado para orientar las actividades de MNT	0	0,0	2	40,0	3	60,0

4. Preparación metodológica brindada a los docentes para desarrollar la actividad científica en Medicina Natural y Tradicional

Parámetros	Suficiente		Insuficiente		No tratamiento	
	número	%	número	%	número	%
Brinda preparación metodológica a los docentes para que desarrollen la actividad científico investigativa.	0	0,0	4	80,0	1	20,0

5. Actividades a desarrollar para potenciar la actividad científico técnica en Medicina Natural y Tradicional

Parámetros	Talleres		Conferencias		Seminarios	
	número	%	número	%	número	%
Actividades a desarrollar	5	100	2	40	3	60

Anexo 10

Propuesta.

Modelo de actuación para el perfeccionamiento de la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional.

La combinación de lo obligatorio y de lo espontáneo, daría lugar a un modelo completo de actuación para el perfeccionamiento de la actuación científica en el desempeño de los profesionales de la salud que practican la Medicina Natural y Tradicional que quedaría estructurado a través de nueve variables y sub variables, cuyas combinaciones son múltiples, quedando inmersas en un Proceso de Aprendizaje Auto dirigido, Infinito y Perfectible.

Se propone la siguiente estructura:

- I. **El problema científico:** Su finalidad es contribuir a que el profesional de la salud distinga la necesidad de problematizar la realidad para su mejor comprensión y estudio.

Se trata de:

- Definir una situación problemática que constituya un problema científico.

Para ello:

- a) Formular el problema basado en un conocimiento científico previo al mismo
 - b) Desarrollar el conocimiento científico mediante la solución del problema estudiado.
 - c) Resolver el problema aplicando los conceptos, categorías y leyes de la rama del saber que se investiga; alguno de los cuales los aporta el investigador durante su trabajo (1,2,3)
- Delimitar el problema:

Para ello:

- a) Expresar el problema a través de preguntas e hipótesis.
- b) Expresar el marco teórico en que se inserta el problema.
- c) Fundamentar la necesidad de encarar el problema.
- d) Relacionar el tamaño del problema con el desconocimiento y la población afectada por el mismo (magnitud).
- e) Ponderar el problema de acuerdo con su gravedad y consecuencias(trascendencia)
- f) Valorar el grado en que el problema puede ser resuelto(vulnerabilidad)
- g) planificar la existencia de recursos y la organización suficiente para solucionar el problema (factibilidad).(4,5,6,7)

II. **Autoformación metodológica, epidemiológica y bioestadística:**

Su finalidad es lograr que el profesional de la salud se oriente hacia el logro de determinado objetivo; ampliando los límites del conocimiento científico en el área de la Medicina Natural y Tradicional.

Se trata de:

- Adquirir conocimientos básicos sobre el tema de investigación.
- Desarrollar la capacidad de evaluación crítica sobre la bibliografía e investigaciones precedentes.
- Manejar adecuadamente los métodos y técnicas de investigación o la introducción de nuevas técnicas y procedimientos.
- Adquirir criterios novedosos suficientemente argumentados.
- Organizar la presentación oral y escrita de los resultados de la investigación .(8,9)

Para ello:

- Justificar y determinar el problema de investigación: actualidad, importancia, pertinencia y presupuestos teóricos.

- Precisar el planteamiento y formulación del problema de investigación.
- Definir el objeto, el objetivo y el campo de acción de la investigación.
Relacionar estos componentes. Alcance de cada cual.
- Formular el objetivo adecuado a la solución del problema planteado.
- Determinar el carácter de solución científica anticipada de la hipótesis, idea a defender o preguntas científicas que se propongan y de la utilización de los términos apropiados
- Proponer las tareas de investigación pertinentes para la solución del problema y la orientación en la solución de los métodos necesarios para el desarrollo de la propuesta en correspondencia con el tipo de investigación.
- Seleccionar adecuadamente los métodos de investigación (empíricos y teóricos) en correspondencia con el objetivo y las tareas planteadas.
- Elaborar y aplicar instrumentos (en caso de ser necesarios).
- Seleccionar y determinar las muestras en correspondencia con el carácter cualitativo o cuantitativo de la investigación.
- Revelar los aportes prácticos.
- Generalizar las conclusiones.
- Recomendar acciones viables y pertinentes (de ser necesarios).
- Precisar los anexos (en caso de existir).
- Procesar la información empírica y teórica (fundamentación teórica adecuada y suficiente, análisis crítico, tomar posiciones, uso adecuado de los procedimientos empíricos seleccionados).
- Estructurar el trabajo en correspondencia con su diseño y tipo de resultado.
- Preparar su introducción oral o escrita a la comunidad científica (10,11,12,13)

En resumen deben seguirse varias etapas para cumplir con el proceso de investigación científica:

- Planificar.
- Ejecutar.

- Procesar y analizar los resultados.
- Confeccionar el informe final
- Publicar los resultados e introducir los logros en la práctica social.(14,15)

Además debe:

- Aceptar como verdad aquella que halla sido demostrada.
- Dividir el problema hasta lograr su comprensión, en tantas partes como sea posible.
- Fundamentar:
 - Establecer bases teóricas que den criterios sólidos para la argumentación y demostración de determinados presupuestos.

Para ello:

- a) Determinar el objeto
 - b) Determinar los argumentos
 - c) Explicar los argumentos
 - d) Demostrar los argumentos
 - e) Establecer conclusiones.(16,17,18,19,20)
- Comparar.
 - Establecer semejanzas y diferencias entre los objetos o fenómenos con un objetivo bien definido.

Para ello:

- a) Determinar los objetivos de comparación
- b) Determinar las líneas o parámetros de comparación
- c) Determinar las diferencias y semejanzas entre los objetos para cada línea de comparación
- d) Elaborar conclusiones acerca de cada objeto de comparación y línea de comparación (síntesis parcial)
- e) Elaborar conclusiones generales.(21,22,23,24)

- Caracterizar.
- Determinar los rasgos que tipifican a un objeto como ese y no otro.

Para ello:

- a) Analizar el objeto.
 - b) Determinar lo esencial del objeto
 - c) Comparar con otros objetos de su clase y de otras clases.
 - d) Seleccionar elementos que lo tipifican y distinguen de los demás objetos.(25,26,27)
- Definir.
 - Determinar los rasgos esenciales y secundarios de un objeto o fenómeno.

Para ello:

- a) Determinar las características esenciales que distinguen y determinan el objeto de definición.
 - b) Enunciar de forma sintética y precisa los rasgos esenciales del objeto.(28,29)
- Identificar.
 - Distinguir en un conjunto, el objeto específico de estudio a partir de determinados rasgos.

Para ello:

- a) Analizar el objeto de estudio.
 - b) Caracterizar el objeto de estudio.
 - c) Establecer la relación objeto de estudio con un hecho, concepto o ley de las conocidas.(30,31)
- Observar.
 - Revelar a partir de una guía los elementos que caracterizan a un objeto.

Para ello:

- a) Determinar el objeto de observación
- b) Determinar los objetivos de la observación.
- c) Fijar los rasgos y características del objeto observado en relación con los objetivos.(32,33)
 - Describir.
 - Anotar los rasgos de un objeto tal como se presentan en la realidad.

Para ello:

- a) Determinar el objeto a describir.
- b) Observar el objeto.
- c) Elaborar el plan de descripción (ordenamiento lógico de los elementos a describir).
- d) Reproducir las características del objeto siguiendo un plan.(11)

III. **Autoformación científica:** Su finalidad es contribuir a que el personal de la salud aplique la lógica propia de la ciencia, lo que le permitirá influir tanto en el sistema de conocimientos como en las habilidades adquiridas relacionadas con los fenómenos, conceptos, leyes y la experimentación.

Se trata de tener en cuenta los objetivos siguientes:

- Referente a los fenómenos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento.
 - Caracterizar los rasgos esenciales que se observan.
 - Precisar las condiciones en que ocurren.
 - Establecer su esencia y el mecanismo de su desarrollo.
 - Utilizar lo aprendido en ejemplos prácticos (situaciones problemáticas).(10,34,35)
- Referente a los conceptos de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento.
 - Denominar.

- Definir e interpretar.
- Comparar y clasificar.
- Medir.(10,34,35)
 - Referente a las leyes de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento.
- Precisar y explicar fenómenos o experimentos que caracterizan la ley.
- Establecer e interpretar las relaciones cualitativas entre las características que intervienen.
- Establecer e interpretar las relaciones cuantitativas (en el caso de ser magnitudes) que intervienen en la ley.
- Analizar los límites de aplicación de la ley.
- Aplicar la ley en la explicación de fenómenos conocidos o nuevos.(36)
 - Experimento.
- Planificar.
- Montar el esquema experimental.
- Utilizar los instrumentos de medición.
- Desarrollar la observación, representar los resultados.
- Valorar errores.
- Desarrollar cálculos.
- Interpretar los resultados.(37,38,39,40)
 - Explicar.
- Establecer relaciones causales para ofrecer las razones que justifican la existencia de determinados juicios, fenómenos u objetos.

Para ello:

- a) Interpretar el objeto o información.
- b) Argumentar los juicios de partida.
- c) Establecer las relaciones de los argumentos.
- d) Ordenar lógicamente las interrelaciones encontradas.
- e) Exponer ordenadamente los juicios y razonamientos.(41,42,43)
 - Demostrar.

- Establecer razonamientos que relacionen hechos y/o argumentos para entender determinadas conclusiones o criterios (si la relación es negativa es refutación).

Para ello:

- a) Caracterizar el objeto de demostración.
 - b) Seleccionar los argumentos y hechos que corroboran el objeto de demostración.
 - c) Elaborar los razonamientos que relacionan los argumentos que muestran la veracidad del objeto de demostración(o la falsedad en el caso de la refutación).(37,38,39,40)
- Abstractar.
 - Determinar conceptualmente, de forma aislada un elemento del todo.

Para ello:

- a) Analizar el objeto de abstracción.
 - b) Determinar lo esencial.
 - c) Despreciar los rasgos y nexos secundarios, no determinantes del objeto.(32,33,34,35)
- Argumentar.
 - Encontrar juicios de valor que ofrezcan razones contundentes para convencer de una teoría.

Para ello:

- a) Interpretar el juicio de partida.
 - b) Encontrar de otras fuentes los juicios que corroboran el juicio inicial.
 - c) Seleccionar las reglas lógicas que sirven de base al razonamiento.(34,35)
- Creatividad.

- Capacidad de inventar algo nuevo, de relacionar algo conocido de forma innovadora o de apartarse de los esquemas de pensamiento y conducta habituales.

Para ello:

- a) Adaptar el modo de ser a su entorno, mediante un conjunto de acciones (Conducta)
- b) Promover las razones por las que llevaría a cabo determinada actividad
- c) Promover la originalidad (considerar las cosas o relaciones bajo un nuevo ángulo)
- d) Promover la flexibilidad (utilizar de forma inusual pero razonable los objetos)
- e) Promover la sensibilidad (detectar problemas o relaciones hasta entonces ignoradas)
- f) Promover la fluidez (apartarse de los esquemas mentales rígidos)
- g) Promover el inconformismo (desarrollar ideas razonables en contra de lo dogmático).

Hasta el momento se sabe muy poco sobre el origen de la creatividad y su relación con otras capacidades mentales, pero existen numerosos estudios sobre la 'personalidad creativa' y sobre el desarrollo de test de creatividad. Es muy probable que la creatividad, en tanto que capacidad de innovación, tenga también una influencia biológica importante en la preservación del hombre. (44)

- IV. **Autoformación de valores relacionados con la actividad científica:** Su finalidad es contribuir a que el profesional de la salud establezca su rumbo, metas y fines, que este motivado y convencido. Constituir una guía general de conducta respecto a la actividad científica en el ámbito de la Medicina Natural y Tradicional, que le

permita estimar la actividad científica, ubicándola y jerarquizándola por orden de importancia en cada momento histórico.

Se trata de tener en cuenta los objetivos siguientes:

- Valorar críticamente la validez, fiabilidad y utilidad de las evidencias encontradas.(45,46,47)
- Aplicar los resultados de esa valoración a la práctica clínica.
- Aplicar una cultura de responsabilidad y rendimiento de cuentas respecto a la calidad y la seguridad ante el paciente (efectividad clínica), la ciudadanía (eficiencia social) y el Sistema Sanitario(ética profesional y eficiencia de técnica y de gestión) donde usted labora.(48,49,50)
- Exigir la evidencia científica a cualquier práctica, procedimiento, tecnología o programa que se introduzca en las prestaciones del sistema sanitario donde usted labora.(51)
- Practicar medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes y la suya propia.
- Actuar contra el intrusismo profesional en cualquiera de sus manifestaciones.(52)
- Observar el cumplimiento de la ética profesional.
- Basar su actuación en el materialismo dialectico.(53)
- Caracterizar el objeto de valoración.
- Establecer los criterios de valoración.
- Comparar el objeto con los criterios de valoración establecidos.
- Elaborar los juicios de valor acerca del objeto.
- Caracterizar el objeto a criticar.
- Argumentar los juicios de valor seleccionados.
- Revelar las tesis de partida del objeto de crítica con los argumentos encontrados.
- Respetar los principios fundamentales de la bioética.(54,55,56,57)

Para ello:

- a) Respeto a la vida humana: los pacientes deben ser tratados como seres autónomos; para cualquier experimentación en un paciente es necesario el consentimiento informado del mismo.(1)
- b) Autodeterminación de la persona: los individuos son seres autónomos y como tales capaces de dar forma y sentido a sus vidas, a la vez que pueden seguir determinando el curso de la acción de acuerdo a los objetivos que se hayan trazado. Autonomía es la capacidad de gobernarse a sí mismo; es un hecho moral y legal, un deber y un principio.(1)

Para que pueda ser ejercido es capital le sea comunicada toda la información pertinente por parte del profesional que lo atiende, así como lograr su comprensión.

- c) Beneficencia y no maleficencia: constituye seguir la máxima de no hacer daño a menos que el daño esté intrínsecamente relacionado con el beneficio por alcanzar.(1)
- d) Justicia: aquí debe tener presente la libertad, los derechos, la igualdad y distribución equitativa de la atención médica y los servicios de salud.(1)

Además debe tener en cuenta:

- Los principios básicos de la declaración de Helsinki(58):
 - Las investigaciones biomédicas en seres humanos deben obedecer a principios científicos de uso general y basarse en experimentos de laboratorio esmeradamente realizados, experimentos en animales y el conocimiento cabal de la literatura científica.
 - Las investigaciones biomédicas en el ser humano deben realizarlas solamente un personal científico calificado, bajo la observación de médicos clínicamente competentes
 - Las investigaciones realizadas en seres humanos no pueden considerarse legítimas si la importancia del objetivo no está en proporción directa con el riesgo que corre el sujeto.

- Antes de cada investigación debe realizarse una esmerada evaluación del riesgo posible y de los beneficios esperados para el sujeto del experimento.
- Debe respetarse siempre el derecho del sujeto a proteger su integridad.
- Al publicar los resultados de su investigación, el profesional de la salud, debe garantizar la exactitud de los mismos.
- El Código Internacional de Ética Médica aprobado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial celebrado en Londres en 1949 estableció entre los principales deberes de los médicos que:
 - Un médico (todos los profesionales de la salud) debe mantener los estándares mas elevados en su conducta profesional.
 - Un médico (todos los profesionales de la salud) debe, cualquiera sea el tipo de practica medica consagrarse a proveer una asistencia competente, con plena independendencia técnica y con compasión y respeto por la dignidad humana.

Desde otra perspectiva, a estas alturas del discurso, cabe preguntarse ¿Qué espera la sociedad de sus profesionales?

- Mayor entrega y desinterés material.
- Mayor capacidad de autocontrol moral.
- Una actitud adecuada, tanto en el plano laboral como en la vida privada.(59,60)

Así mismo:

- Un científico veraz en sus estudios.
- Firmeza en sus principios y lealtad ante sus obligaciones.
- Honestidad.
- Saber críticamente el trabajo de los colegas.
- Aceptar la crítica.
- Ser capaz de flexibilizar las propias ideas ante nuevos datos o refutaciones.
- Respetar y reconocer los puntos de vista de otros especialistas.
- Independencia de juicio.(61)

Por otra parte:

- Actitud constante de búsqueda de pruebas en la labor investigativa.

Para ello:

- a) Coraje intelectual.
- b) Constante defensa de la verdad.
- c) Crítica del error.
- d) Denuncia de la farsa.
- e) Asumir la crítica y la autocrítica.(62)

Además:

- Amor por la libertad intelectual.
- Sentido de justicia que incluya la disposición a tomar en cuenta los derechos y opiniones de otros científicos, evaluando su justeza y fundamentos respectivos.

Otras virtudes:

- Eficacia.
- Modestia.
- Sencillez.
- Tenacidad.
- Capacidad de abnegación-
- Discreción.
- Desinterés.(63)

Ante todo el autor del presente trabajo considera de especial importancia lo siguiente:

- La autoexigencia que sumada a la capacidad investigativa y al dominio de los aspectos técnicos de su labor se convierte en uno de los pilares de esta tesis.
- La autosuperación que se erige como la única forma de no desfasarse en el precipitado desarrollo científico técnico actual.
- El autoperfeccionamiento dado por el grado de conocimiento específico de su ciencia y la cultura general que posea, se traduce en garantizar la eficacia en la labor que realiza.

- Mantener fuertes conexiones con los centros más avanzados de la ciencia en el mundo, en la medida en que las restricciones en el flujo del saber se lo permitan, le garantiza actualidad en sus conocimientos (48).
- Producir, difundir y aplicar conocimientos le permiten, convertir la creación en desarrollo social.(63)

Aquí es importante señalar lo expresado por Rodríguez (64) en 1984, dirigiéndose a profesores universitarios: "el especialista inculto, el especialista ignorante de las otras esferas de las ciencias y la cultura, deberá en un plazo perentorio quedar eliminado de nuestras sillas profesoras. Y esto es también válido para los científicos de quienes la sociedad, en irrefrenable avanzar, demanda solidez técnica, moral y amplia cultura general.

A juicio de este autor lo que convierte al profesional en general y en especial al da la salud en un verdadero creador de valores es cuando prevé, alerta y evita toda posible implicación negativa de los resultados de su trabajo.

- V. **Autoformación comunicativa:** Su finalidad es contribuir a que el profesional de la salud logre divulgar los resultados obtenidos durante su indagación e introducidos en la práctica, dando por terminada su investigación.

Puede ser:

- Oral.
- Escrita:

Más frecuentes:

- a) Informe final de la investigación.
- b) Artículo científico (resultados originales de la investigación).
- c) Cartel o póster.

d) La comunicación a conferencia.(29,65,66)

Se propone:

- Defender.
- Fundamentar con criterios sólidos determinada posición y oponer con argumentos contundentes las críticas que se realicen ante la posición adoptada de manera tal que demuestren dominio del contenido y la asunción coherente de una determinada postura científica.

Para ello:

- a) Determinar el objeto.
- b) Argumentar críticamente la posición.
- c) Explicar las razones de la postura adoptada.
- d) Valorar las tendencias y la precisión de la postura adoptada.
- e) Demostrar con juicios de valor la posición.
- f) Fundamentar los puntos de vista defendidos con ética profesional.(47,48)
 - Ordenar los argumentos empezando por los más simples y fáciles, hasta llegar a los más complejos y difíciles.
 - Realizar enumeraciones integrales y revisiones tan completas que le permitan estar seguro de no haber omitido nada.
 - Precisar la intensión investigativa a partir de una necesidad social.
 - Seleccionar el referente sobre el cual se investigara y definir el tema.
 - Precisar la estructura esquemática. Elaborar el plan global del texto para lo cual se descompone el tema en subtemas, proposiciones temáticas y conceptos (contenidos). (10)
 - Expresar lingüísticamente el significado (11). A partir del contenido semántico se construye la expresión formal.
 - Publicar y presentar los reportes de su investigación para su revisión o verificación por otros grupos de investigación.
 - Publicar sus métodos de tratamiento solo cuando la investigación este terminada.

- Publicar las conductas sugeridas y los tratamientos aplicados solo si se hace responsable por lo publicado. (65,67,68)

VI. **Autoformación para la práctica:** Su finalidad es contribuir a que el profesional de la salud pueda introducir los logros de su investigación en la práctica social, es la etapa que pone fin (junto con la comunicación o publicación de los resultados) a una investigación, a la vez es el punto de partida para la solución de nuevos problemas derivados de la misma.

Se propone.

- Aplicar.
 - Llevar a la práctica o a otra teoría en condiciones concretas que pueden ser o no diferentes.

Para ello:

- a) Determinar el objeto de aplicación.
 - b) Confirmar el dominio de los conocimientos que se pretenden aplicar (el objeto).
 - c) Caracterizar la situación u objeto concreto en que se pretende aplicar los conocimientos.
 - d) Interrelacionar los conocimientos con las características del objeto de aplicación.
 - e) Elaborar conclusiones de los nuevos conocimientos que explican el objeto y que enriquecen los conocimientos anteriores. (69,70,71)
- Generalizar.
 - Determinar elementos comunes y establecer criterios coincidentes que conduzcan a una consideración de consolidación.

Para ello:

- a) Determinar lo esencial en cada elemento del grupo a generalizar.

- b) Comparar los elementos.
- c) Seleccionar los rasgos, propiedades o nexos esenciales y comunes a todos los elementos.
- d) Clasificar y ordenar estos rasgos.
- e) Definir los rasgos generales del grupo. (72)
 - Validar el grado en que los resultados de un estudio son correctos para el grupo específico de sujetos de un estudio (validez interna). Permite concluir que el efecto se debe realmente a la variable independiente, y no a factores de confusión siempre que estos se hayan controlado en el diseño. (72,73)
 - Validar el grado en que los resultados de un estudio, pueden aplicarse para sujetos no incluidos en el estudio (validez externa). Permite generalizar los resultados del estudio a una población mayor o a otras situaciones o contextos más amplios. Para que exista validez externa debe existir validez interna, pero la existencia de validez interna, no garantiza la externa. (72,73,74)

VII. **Maestría profesional:** Su finalidad es contribuir a que el profesional de la salud adquiera los elementos necesarios para dominar el conocimiento y el juicio adquirido a través de la experiencia en la práctica profesional. Esto debe estar integrado con la mejor evidencia científica disponible procedente de la investigación válida y fiable.

Se propone:

- Diagnosticar efectiva y eficientemente.
- Identificar completamente el problema.
- Utilizar sensiblemente los problemas a la hora de tomar decisiones asistenciales.
- Conocer cuáles procedimientos de diagnóstico son mejores, que tan sensible es una prueba diagnóstica y con cuanta frecuencia arroja resultados erróneos.

- Conocer cuáles métodos de tratamiento son óptimos, de qué modo deberán plantearse y llevarse a cabo.
- Conocer cual es la frecuencia de una enfermedad, su variación por edades, regiones y épocas del año.
- Conocer qué factores de riesgo potencian en sus pacientes la aparición de nuevas enfermedades o el empeoramiento de las ya existentes.
- Conocer las estadísticas vitales, las causas de muerte más frecuentes y como se distribuyen en su población.
- Evaluar la información científica que está a su alcance y saber seleccionar lo más interesante.
- Tomar muchas decisiones importantes y por ello debe estar lo mejor preparado posible. (1,6,10,75)

Para ello.

- Investigar.

VIII. **Excelencia en los servicios de Medicina Natural y Tradicional:** Su finalidad es contribuir a que el profesional de la salud relacione su actuación con los principios clínicos, sus elementos y particularidades, para lograr la satisfacción para quien trabaja y para si mismo, logrando además ahorrar recursos.

Se propone:

- Hacer desde su puesto de trabajo lo que usted quisiera que otro hiciera si tuviera que realizar ese trabajo para usted (1).
- Obtener lo óptimo en su trabajo con el mínimo de gasto posible. (1)

Para ello:

- Aplicar el método clínico.
- a) Principios inviolables:

1. Existen enfermos y no enfermedades: una misma afección puede presentarse con síntomas distintos en dos personas diferentes y también una misma afección requiere conductas diferentes en personas diferentes.
2. Adecuada comunicación médico paciente (1): es a través de ésta que se produce la comunicación en las dos direcciones; del paciente al médico y del médico al paciente y así se obtienen los datos necesarios para lograr el diagnóstico correcto.
3. Tratar a sus pacientes como quisiera que lo tratarán si tuviera la afección que ellos presentan. Ponerse en el lugar del paciente) regla de oro de la atención médica, del método clínico). (1)
4. No subvalorar la afección que presenta el paciente. Cuando el paciente recurre al médico es porque está preocupado con lo que tiene.
5. Diagnosticar pensando en las afecciones más frecuentes, ir de las afecciones más frecuentes a las infrecuentes, de acuerdo con el planteamiento que trae el paciente. Pensar en todas las afecciones que puedan ser posibles.
6. Actuar rápidamente, el tiempo en todas las actividades de la vida diaria es lo único que no se recupera. Solucionar el problema del paciente en el menor tiempo posible. (1)

– Elementos del método clínico. (1)

- a) Interrogatorio (arma fundamental del método clínico).
- b) Examen físico (complementa al interrogatorio).
- c) Diagnósticos posibles. Pensar siempre en todas las posibilidades.
- d) Pruebas y exámenes para corroborar el diagnóstico. Para avalar el diagnóstico que se ha planteado.

Principios:

1. No indicar exámenes o pruebas cuyos resultados no vayan a variar la conducta que va a seguir con su paciente.

2. Ir de los exámenes más simples a los más complejos que puedan avalar el diagnóstico.
3. No realizar sistemática de exámenes.
4. Aportar datos clínicos suficientes al ordenar pruebas y exámenes.
5. Interconsultar con los especialistas que realizan pruebas y exámenes.
6. Ver personalmente los resultados
7. La clínica prima si hay discrepancias.
 - Conducta que se debe seguir con el paciente. (1)
 - a) Terapéutica medicamentosa:

Principios:

1. Hay enfermos y no enfermedades.
2. Sinergias y antagonismos.
3. Efectos secundarios.
4. Usar sólo los necesarios.
5. Usar preferentemente los probados.
6. Forma y horario de aplicación.
 - b) Llevar al paciente al estado funcional anterior.

Cuestiones a considerar:

1. Movimientos fisiológicos de todo tipo.
2. Alimentación.
3. Actividades de la vida diaria.
 - c) Control de las indicaciones; su ejecución.

IX. **Autoformación integradora (Metaanálisis, Guías de Buenas Prácticas Clínicas, Medicina Basada en la Evidencia):** Su finalidad es contribuir a que el profesional de la salud sintetice los resultados de los diversos estudios controlados y aleatorizados diseñados para responder a una misma pregunta de investigación, en una población similar, tomando en cuenta el análisis de las relaciones económicas, éticas, sociales, legales, filosóficas,

históricas y de política científica en los estudios realizados. Se logra a través de los Metaanálisis que son a su vez la base de la Medicina Basada en la Evidencia Científica y de las Guías de buenas Practicas Clínicas.

Se propone:

- Analizar:
 - Descomposición de un todo en sus partes.

Para ello:

- a) Determinar los limites del objeto a analizar (todo).
 - b) Determinar los criterios de descomposición del todo.
 - c) Determinar sus partes.
 - d) Estudiar cada parte por separado. (55,56,57)
- Sintetizar.
 - Integrar el nexo esencial del todo desmembrado.

Para ello:

- a) Establecer los rasgos comunes entre las partes del todo.
 - b) Descubrir el nexo entre las partes (causales, de condicionalidad de coexistencia).
 - c) Elaborar conclusiones acerca de la integridad del todo. (10)
- Comparar.
 - Establecer semejanzas y diferencias entre los objetos o fenómenos con un objetivo bien definido.

Para ello:

- a) Determinar los objetivos de comparación.
- b) Determinar las líneas o parámetros de comparación.

- c) Determinar las diferencias y semejanzas entre los objetos para cada línea de comparación.
- d) Elaborar conclusiones acerca de cada objeto de comparación y línea de comparación (síntesis parcial).
- e) Elaborar conclusiones generales. (10,12,13,76)
 - Determinar lo esencial.
 - Precisar las regularidades más profundas que caracterizan al objeto de estudio.

Para ello:

- a) Analizar el objeto de estudio.
- b) Comparar entre sí las partes del todo.
- c) Descubrir lo fundamental, lo determinante, lo estable y relativamente constante.
- d) Revelar el nexo entre los rasgos esenciales. (12,13,76)
 - Clasificar.
 - Jerarquizar por grupos afines o clases al objeto de estudio a partir de un criterio predeterminado.

Para ello:

- a) Identificar el objeto de estudio.
- b) Seleccionar los criterios o fundamentos de clasificación.
- c) Agrupar los elementos en diferentes clases o tipos. (1,12,13,76)
 - Ordenar.
 - Establecer una disposición secuencial a partir de un criterio predeterminado.

Para ello:

- a) Identificar el objeto de estudio.
- b) Seleccionar el o los criterios de ordenamiento (lógico, cronológico, otros).

- c) Clasificar los elementos según el criterio de ordenamiento.
- d) Ordenar los elementos. (12,13,76)
 - Ilustrar.
 - Establecer una relación entre elementos típicos generales con casos particulares.

Para ello:

- a) Determinar el concepto, regularidad o ley que se quiere ilustrar.
- b) Seleccionar los elementos factuales (a partir de criterios lógicos y de la observación, descripción, relato u otras fuentes).
- c) Establecer las relaciones de correspondencia de lo factual con lo lógico.
- d) Exponer ordenadamente las relaciones encontradas. (70,74,75)
 - Relacionar.
 - Establecer nexos necesarios en correspondencia con determinados objetivos.

Para ello:

- a) Analizar de manera independiente los objetivos a relacionar.
- b) Determinar los criterios de relación entre los objetivos.
- c) Determinar los nexos de un objeto hacia otro a partir de los criterios seleccionados (elaborar síntesis parcial).
- d) Determinar los nexos inversos (elaborar síntesis parcial)
- e) Elaborar las conclusiones generales. (70,74,75)
 - Razonar.
 - Establecer relaciones entre los juicios.

Para ello:

- a) Determinar las premisas (juicios o criterios de partida)
- b) Encontrar la relación de inferencia entre las premisas a través del término medio.

- Interpretar.
- Dar criterios propios en un determinado análisis a partir de una concepción científicas del mundo.

Para ello:

- a) Analizar el objeto de información.
- b) Relacionar las partes del objeto.
- c) Encontrar la lógica de las relaciones encontradas. (67,69)
- d) Elaborar las conclusiones acerca de los elementos, relaciones y razonamientos que aparecen en el objeto o información a interpretar
 - Basar las decisiones clínicas en la mejor evidencia científica disponible.
 - Determinar el tipo de evidencia que debe buscarse según el tipo de problema clínico.
 - Elaborar una base metodológica epidemiológica y bioestadística para identificar la mejor evidencia.
 - Elaborar las conclusiones obtenidas de la evidencia sólo si tienen aplicación par la atención sanitaria de individuos o poblaciones.
 - Evaluar la capacitación o idoneidad profesional sobre la base de la competencia y el desempeño.
 - Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta.
 - Localizar con la máxima eficiencia las mejores evidencias científicas con las que responder la pregunta formulada (sean sobre exploración clínica, diagnóstico de laboratorio, o de otras fuentes bibliográficas).(8,9,10,77,78,79,80)

Anexo 11

BIBLIOGRAFÍA DEL MODELO DE ACTUACIÓN.

86. Selman - Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Editorial Científico Técnica; 2002.
87. Álvarez de Zayas CM. Hacia una escuela de excelencia educativa. La Habana: Editorial Academia; 1996.
88. Bayarre H, et al. Curso de Metodología de la investigación en la Atención Primaria de Salud. Ciudad de La Habana : ISCM H. ENSP; 2004
89. CARLOS A. SABINO. El proceso de investigación. Buenos Aires: Editorial Lumen Humanitas;1996
90. Fernández Sacasas J. Los componentes de la práctica clínica. Ateneo 2000;(1):5-9.
91. Feinstein AR. Scientific methodology in clinical medicine. ANN Intern Med 1964; 61(s/n): 1162-63.
92. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
93. García Capote J, Sureda T. La Ciencia: un enfoque dialéctico materialista de su devenir. Rev. Cubana Invest Biomed 2001; 20(4): 302-10
94. Elías Sierra R, et al. Reflexiones acerca del cientificismo y la medicina en Cuba. Rev. Inform. Cientif 1997;4 : 7-9
95. Gell Labañino A, Cisneros Garbey S. El texto científico y modelos de argumentación.
96. Landaluce Gutiérrez O. Pedagogía: Temas para tecnología de la salud. 1ra Ed. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
97. Jiménez Paneque R. Metodología de la Investigación. Elementos Básicos para la investigación clínica. Editorial Ciencias Médicas; 1998.

98. Eng A; et al. Metodología de la Investigación. Editorial del centro de información de la construcción. MICONS; 1993.p. 10-11.
99. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Ed. Díaz Santos; 1999.
100. Colectivo de autores. Metodología del conocimiento científico Academia de ciencias de Cuba, academia de ciencias de la URSS. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1978.p. 157-182
101. Tavera C. Selección de lecturas sobre problemas filosóficos de las ciencias naturales. La Habana: Editorial del Ministerio de Educación Superior; 1985.
102. McHale J. El entorno cambiante de la información. Madrid: Tecnos;1981.p.18
103. Victoria García Viniegra CR, Artiles Visbal LA. Glosario del Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica .Disponible en: <http://www.sld.cu> 25/03/07
104. Silva Aycaguer LC. El pensamiento científico y la homeopatía: una crónica bicentenaria. Revista habanera de Ciencias Medicas 2002.; 1(2).
105. Andreiev I. La ciencia y el progreso social. Cap. VII. Moscú: Progreso; 1976.
106. Navarro Ameller J M. DOSSIER: Taller de Grado I. Metodología de la Investigación Científica. Universidad Católica Boliviana San Pablo
107. Silva Aycaguer LC. Muestreo para la investigación en Ciencias de la Salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos., 1993.
108. Pinus Rubén M. Paradigmas de Investigación en Salud. Córdoba, Julio de 2002. rubenpinus@hotmail.com
109. Colectivo de autores. Metodología de la investigación educativa: desafíos y polémicas actuales. Editorial Félix Varela. 2003
110. Popkewitz T. Paradigmas e Ideología en la Investigación Educativa. Madrid: Mondadori; 1988.

111. Artiles Visbal L. Metodología de la investigación. Apuntes para el libro de informática médica. material docente. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana., 2002.
112. Alonso M. La investigación cualitativa. Características, métodos y técnicas fundamentales. Selección de textos. Maestría en Ciencias de la comunicación: UH; 2003.
113. León Rodríguez R D, Gómez Carril M. Criterios para la evaluación de las actividades de ciencia e innovación tecnológica en la industria farmacéutica cubana. Rev. Cubana Farmacia Mayo agosto 2000; 34(2): 138-146. ISSN 0034-7515
114. Otero Iglesias J: Elementos metodológicos y estructurales de un informe: los recursos estadísticos. Material docente. Diplomado Magisterio: ISCM H; 2005.
115. Soriquer Escofit FJ. ¿Es la clínica una ciencia? Madrid: Ed. Díaz de Santo; 1993.
116. Castellanos Simons B. La planificación de la investigación educativa. Centro de estudios Educativos. Facultad de ciencias de la educación .Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona. Material de apoyo al curso de investigación educativa. 1998
117. Tamayo y Tamayo M. Serie Aprender a Investigar. La Investigación. 3ª Edición (corregida y aumentada): ISBN: 958-9279-13-9 Módulo 2; 1999
118. Martínez Pérez R, et al. Manual de Metodología de la Investigación Científica. Disponible en: www.pdfactory.com
119. Núñez Jover J. La ciencia y sus leyes de desarrollo. En: Problemas sociales de la ciencia y la tecnología. La Habana: Editorial Félix Varela; 1994.p.21-22.
120. Goñi Camejo I. Algunas reflexiones sobre el concepto de información y sus implicaciones para el desarrollo de las ciencias de la información. ACIMED 2000;8(3):201-7

121. Jarsis W. Helping your patients deal with questionable cancer treatments. *Ca-A Cancer Journal Clinicals* 1986; 36(5):293-301.
122. Bacallao Gallestey J. El fantasma de los paradigmas. *Rev. Habanera del ISCM H* 2003; 4.
123. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas en Ciencias de la salud. *Rev. Cub. de Salud Pública* 2002; 23 (2).
124. Ilizástigui Dupuy F. La necesidad de un paradigma en Salud Pública. *Rev. Inst. Juan Cesar García* 1998; 8(1-2): 60-62.
125. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico muerte y resurrección. *Rev. Cub. Educ. Med* 2000; 14 (2):109-27.
126. Borroto Cruz R, et al. *Medicina familiar y Educación Medica*. Bolivia: Edi. Guido Zambrana Ávila; 1998.
127. Valdés L. *Conocimiento es futuro. Hacia la sexta generación de los procesos de calidad*. Séptima edición. México; 1996.
128. Bueno E, Morcillo O, Rodríguez P, et. Al. *Gestión del conocimiento en Universidades y Organismos Públicos*. Madrid: Dirección General de Investigación. Consejería de Educación; 2003.
129. "Creatividad." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation; 2006.
130. Born. *Ciencia y conciencia en la era atómica*. Madrid: Alianza Editorial; 1971.
131. Robert B. *Biología y ética*. Paris: UNESCO; 1978.
132. Bunge M. *Ética y Ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Siglo XX;(s/f).
133. Hernández Bombino L. *El saber ético de ayer a hoy*. 1ra Ed. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
134. Sánchez Vázquez A. *Ética*. México: Editorial Grijalbo; 1979.
135. López Bombino LR. *Antología Mínima de las ideas morales*. En proceso de elaboración.
136. *Ética, profesión y humanismo*. Rosario (Argentina): Editorial Futuros; 1995.

137. Lage Dávila C. Acuerdo 4282 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. Ciudad de La Habana 7 de Enero de 2002.
138. Raíces históricas del pensamiento bioético en Cuba. Conferencia leída en Taller "La Universidad Médica y los problemas bioéticos actuales", CENAPEM, La Habana, octubre 5 de 1993 y en sesión de presentación de la nueva Comisión Nacional de Ética Médica en XII Fórum Nacional Ramal de la Salud, Pabellón Anfiteatro, EXPOCUBA. La Habana, abril 10 de 1998. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/his1590.htm
139. Lloréns Figueroa J A. El juicio ético en la práctica médica. Rev. Cubana Med 1997; 36(1): 7-10.
140. Amaro Cano MC. Aspectos históricos y éticos de la publicación científica. Rev. Cubana Enfermería 2001; 17 (3).
141. Fernández Díaz I. Ética de la investigación clínica en seres humanos. Desarrollo histórico en Cuba .Rev. Cubana Salud Trabajo 2005; 6(1).
142. Vicedo Tomey A. Aspectos éticos de la divulgación de resultados científicos. Rev. Cubana Educ. Med Super 2002; 16(4).
143. "Acuerdos de Helsinki." Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation; 2006.
144. Colectivo de autores. Código de ética profesional de los científicos cubanos. Anteproyecto. Universidad de la Habana: Facultad de Filosofía e Historia; 1993.
145. Sánchez Ron JM. La Ética del científico ¿conveniencia o convicción? Revista Sistema 1988;(85):35-38.
146. Dikson J. La ciencia y los investigadores científicos en la sociedad moderna. Fundación miguel Lillo: UNESCO; 1986.
147. Einstein A. ¿Por qué la guerra? La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1991.
148. Cavaliere L. El científico y su responsabilidad social. Buenos Aires: Ediciones Tres Tiempos; 1984.

149. Rodríguez CR. Conferencia ofrecida a estudiantes de la Facultad de Derecho. La Habana: Universidad; 1984.
150. Angulo Marcial N. Información: una nueva propuesta conceptual. Cienc Inform 1996; 27(4):190-5.
151. Vizcaya Alonso D. Lenguaje e información. Cienc Inform 1997; 28(2):109-17
152. Valdés Obregón R. ¿Información vs conocimiento? VI Taller de Bibliotecas Universitarias de Iberoamérica. Centro de Información para la Educación Disponible en: <http://www.quipus.com.mx> 25/06/2006
153. Hernández López MT, Guerrero Ramos L. Conceptos y evaluación histórica de la gerencia de información y la gerencia de recursos de información. Cienc Inform 1996;27(4):197-205
154. Silva L. Los peligros del lenguaje estadístico. En Locutora J, Editor. De la idea a la palabra. Cómo preparar, elaborar y difundir una comunicación científica. España: Publicación Permanyer; 2003.p. 149-158.
155. Bacallao J. Conferencia Maestría Educación Médica. ISCM H: Facultad Calixto García; 2006.
156. Pérez Oliva E. Guía Metodológica para la elaboración de un Informe Final de Investigación. Disponible en: <http://www.monografias.com>
157. Bailar III JC, Mosteller F. La información estadística que deben proporcionar las tesis publicadas en revistas médicas. Bol Of Sanit Panam 1990; 108(4):317-32.
158. OPS. Información a los autores e instrucciones para la presentación de manuscritos. Bol of Sanit Panam, 1988.
159. Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1990:8,34. (Publicación Científica; No. 526).
160. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirement for manuscript submitted to biomedical journals. Med J Aust 1988; 148(5).

161. OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Programa de Subvenciones para la Investigación. Unidad de Promoción y Desarrollo para la Investigación. Área de Gestión de la Información y el Conocimiento. Disponible on line: <http://www.paho.org/Spanish/DD/IKM/RC/>
162. Curbelo Videra W A. Medicina basada en la evidencia. Revisión crítica. rev cub med 2006; 31(3) año.10 especial.
163. Consideraciones acerca del diseño de investigaciones clínicas. Rev. Cubana Oncol 1987., 3(3):300- 27.
164. Davidoff F, Case K, Fried PW. Evidence based medicine: Why all the fuss? Ann Intern Med 1995; 122:727.
165. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc). 1996; 107:377-82.

Anexo 12

Guía de evaluación del modelo

Con el objetivo de enriquecer lo aportado por la naturaleza, la sociedad y el pensamiento, necesitamos su opinión sincera como especialista relacionado con la familia rehabilitadora, en cuanto al modelo de actuación planteado: Le proponemos opinar respecto a (marque con una x, en el ítems que concuerde con su opinión)

Relevancia del modelo:

1. No relevante -----
2. Relevante -----
3. Muy relevante. -----

Nivel informativo:

1. Existe suficiente información disponible. -----
2. Alguna información disponible pero los aspectos principales no están cubiertos. -----
3. No existe adecuada información disponible sobre la cual basar la solución del problema resuelto por el modelo. -----

Factibilidad:

1. El modelo no es factible, considerando los recursos disponibles. -----
2. El modelo es factible considerando los recursos disponibles. -----
3. El modelo es muy factible considerando los recursos disponibles. -----

Aceptación política (nivel ideológico político):

1. El modelo no sería aceptado por las altas esferas políticas. -----
2. El modelo sería más o menos aceptable. -----
3. El modelo sería plenamente aceptable. -----

Aplicabilidad:

1. No hay posibilidad de implementar las recomendaciones. -----
2. Alguna posibilidad de implementar las recomendaciones. -----
3. Buena posibilidad de implementar las recomendaciones. -----

Urgencia:

1. El modelo no se requiere con urgencia. -----
2. El modelo puede ser usado de inmediato pero una demora de algunos meses sería aceptable. -----
3. El modelo se requiere con urgencia para la toma de decisiones. -----

Aceptabilidad ética:

1. El modelo tiene serios problemas éticos. -----
2. El modelo presenta problemas éticos menores. -----
3. El modelo no presenta ningún problema ético. -----

Usted debe poner su nombre, apellidos, categoría o grado científico, especialidad, categoría docente e institución en la que labora, especifique si es dirigente o no. Le hacemos saber que sus datos personales no serán publicados en ningún caso y bajo ninguna circunstancia si usted no lo desea

(No ---- Sí -----)

Le reiteramos las gracias por su valiosa colaboración

Los investigadores

Anexo 13

Tabulación, valoración cualitativa.

Tabla 1. Profesionales según calificador de cargos y sexo

Calificador	Masculinos	%	Femeninos	%	Total	%
De cargos						
Doctor en Ciencias	1	1.7	0	0	1	1.7
Especialista MNT	1	1.7	2	3.4	3	5.1
Especialista Rehabilitación	3	5.1	2	3.4	5	8.6
Especialista MGI	1	1.7	4	6.8	5	8.6
Licenciados Enfermería	8	13.7	10	17.2	18	31.0
Profesores Rehabilitación	13	22.4	8	13.7	21	36.2
Master MNT	1	1.7	1	1.7	2	3.4
Otros Especialistas	2	3.4	1	1.7	3	5.1
Total	30	51.7	28	48.2	58	100

Tabla 2. Opinión de los profesionales en relación con la relevancia del modelo de actuación

Ítems	número	%
No relevante	2	3.4
Relevante	37	63.7
Muy relevante	19	32.7

Tabla 3. Opinión de los profesionales respecto al nivel informativo del modelo de actuación

Ítems	número	%
Suficiente información	48	82.75
Alguna información	8	13.79
No existe adecuada información	2	3.44

Tabla 4. Opinión de los profesionales sobre la factibilidad del modelo de actuación, considerando los recursos disponibles

Ítems	número	%
No es factible	2	3.4
Es factible	23	39.6
Es muy factible	33	56.8

Tabla 5. Opinión de los profesionales respecto al nivel de aceptación ideológico y científico

Ítems	número	%
No aceptado	0	0,0
Más o menos aceptable	4	6.8
Plenamente aceptable	54	93.1

Tabla 6. Opinión de los profesionales respecto a la posibilidad de implementar las recomendaciones del modelo de actuación

Ítems	número	%
No se requiere con urgencia	10	17.2
Puede demorar unos meses	35	60.3
Se requiere con urgencia	13	22.4

Tabla 7. Opinión de los profesionales respecto a la aceptabilidad ética del modelo de actuación

Ítems	número	%
Serios problemas éticos	0	0,0
Problemas éticos menores	5	8.6
Ningún problema ético	53	91,3

