

# Chequeos preventivos: entre la promesa de certeza y la incertidumbre del devenir

Mariano Granero<sup>®</sup> y Alberto Velazquez<sup>®</sup>

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina

## RESUMEN

La incertidumbre atraviesa la práctica médica, aunque muchas veces se la oculta bajo promesas de certeza y control. Este artículo propone reflexionar sobre cómo médicos y pacientes se relacionan con lo incierto, y cómo el vínculo y la comunicación pueden transformarse en herramientas centrales de cuidado cuando no hay respuestas claras. Escrito desde y para el primer nivel de atención, parte de una viñeta clínica para plantear interrogantes que enriquezcan la práctica cotidiana.

**Palabras clave:** incertidumbre, primer nivel de atención, creencias culturales, cuidados centrados en el paciente, comunicación en salud, relación médico-paciente.

## Preventive Check-Ups: Between the Promise of Certainty and the Uncertainty of Future Outcomes

### ABSTRACT

Uncertainty permeates medical practice, yet it is often concealed beneath promises of certainty and control. This article invites reflection on how physicians and patients relate to uncertainty, and how communication and the therapeutic relationship can become central tools of care when no clear answers are available. Written from and for primary care, it uses a clinical vignette to raise questions that may enrich everyday practice.

**Keywords:** uncertainty, primary health care, cultural beliefs, patient-centered care, health communication, physician-patient relations.

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el lugar que ocupa la incertidumbre en la práctica médica contemporánea y sobre cómo la forma en que médicos y pacientes nos relacionamos con ella influye sobre las decisiones clínicas, la comunicación y la experiencia del cuidado. A partir de una viñeta clínica y de aportes provenientes de la literatura sobre incertidumbre en medicina se plantearán interrogantes que tienen como objetivo enriquecer las reflexiones del lector.

Buscamos además problematizar sobre la búsqueda de certezas que atraviesa en la actualidad la práctica cotidiana de muchos de nosotros y sobre cómo esto influye en las expectativas de nuestros pacientes; al mismo tiempo pretende explorar alternativas que permitan habitar la incertidumbre de un modo más honesto, humano y compartido.

Es importante resaltar que este texto está escrito por dos médicos de familia *desde y para* el ámbito del primer nivel de atención, donde muchas de las consultas que

Autor para correspondencia: [mariano.granero@hospitalitaliano.org.ar](mailto:mariano.granero@hospitalitaliano.org.ar), Granero M.

Recibido: 27/09/2025 | Aceptado: 1/06/2026 | Publicado: 19/06/2026

DOI: <http://doi.org/10.51987/Rev.Hosp.Ital.B.Aires.v46i2.1298>

**Cómo citar:** Granero M, Velazquez A. Chequeos preventivos: entre la promesa de certeza y la incertidumbre del devenir. Rev Hosp Ital B. Aires. 2026;46(2):e0001298.

realizamos giran en torno al cuidado de la salud y los chequeos preventivos. Es posible, por tanto, que lo que aquí se comunica no aplique homogénea y universalmente a otros ámbitos de la Medicina donde el nivel de urgencia y la necesidad de certezas sea otra.

## EXPECTATIVAS EN TORNO A LA SALUD

Todos tenemos expectativas, y esas expectativas moldean nuestras experiencias, las decisiones que tomamos y cómo nos sentimos frente a los resultados de tales decisiones.

Los pacientes, cuando se trata de chequeos preventivos, con frecuencia piensan que *cuanto más cosas se hagan, mejor*. Esperan que un mayor número de pruebas y tratamientos se traduzca en mejores resultados en salud<sup>1</sup>. Sin embargo, la evidencia muestra que esto no necesariamente es así. En los últimos años fue surgiendo evidencia de que los chequeos periódicos de salud no parecen tener el beneficio neto que solíamos atribuirles<sup>2</sup>. Por otra parte, en ocasiones, los daños derivados de las intervenciones superan a los beneficios esperados. Los mecanismos a través de los cuales pueden generarse esos daños son múltiples e incluyen sobrediagnóstico, sobretratamiento, falsos positivos, cascadas diagnósticas, ansiedad, pérdida de dinero y tiempo, y efecto rótulo, entre otros<sup>3</sup>.

Los médicos también solemos tener expectativas poco realistas sobre los beneficios y riesgos de los estudios y tratamientos que indicamos, lo que puede favorecer un uso excesivo de intervenciones. Una revisión sistemática mostró que, con frecuencia, sobreestimamos los beneficios y subestimamos los daños, siendo poco comunes las estimaciones acertadas<sup>4</sup>. Esto se exagera aún más en los casos en los que las decisiones que se toman están más atravesadas por una lógica de mercado y/o intereses económicos que por la evidencia científica disponible<sup>5</sup>.

Médicos y pacientes formamos parte de una misma cultura de salud que promete una (posiblemente falsa) seguridad a quienes cumplan con sus indicaciones<sup>6</sup>. El mensaje implícito suele ser: “si hace los chequeos que recomendamos, va a tener salud”. Este mensaje, de tinte más extorsivo que compasivo, se aleja del consejo genuino de alguien que acompaña el recorrido de un paciente. Y le agrega una contracara peligrosa: “si no hace lo que le decimos y se enferma, entonces la culpa es suya”. Así, la enfermedad deja de ser entendida como un fenómeno complejo y se transforma en castigo por no haber seguido las reglas.

Independientemente de que los pacientes tengan sus expectativas y los médicos las suyas acerca de lo que significa “cuidar bien la salud”, ambos suelen tener como punto de encuentro una misma expectativa común: ambos quieren que al paciente “le vaya bien”. La pregunta que se abre, y que organiza el resto de este artículo, es qué hacemos cuando algo sale mal.

## UNA VIÑETA CLÍNICA: CUANDO EL AZAR INTERRUMPE LA RUTINA

Martín era un paciente de esos que podría describirse como “muy sano”. A sus 65 años, hacía actividad física

con regularidad, no fumaba, no tenía antecedentes de relevancia. Todos los años, en la misma época, acudía prolijamente a su control de salud. Sin embargo, en su última consulta llegó pálido y con astenia. El laboratorio reveló una hemoglobina de 9 g%, y, tras estudiarlo, se le diagnosticó leucemia.

Ante el diagnóstico, Martín comenzó a hacer preguntas: *¿Por qué me pasa esto a mí? Si siempre hice todo bien... ¿Qué hice mal? ¿Habrá sido por la irradiación de las antenas? ¿El agua contaminada con pesticidas? ¿O fue que mi médico no me controló adecuadamente?*

Los médicos también solemos hacernos preguntas ante este tipo de situaciones: *Si le hubiera pedido un laboratorio antes, ¿la habría detectado a tiempo? ¿Habría cambiado el pronóstico? ¿Debería empezar a pedir estudios con más frecuencia, aunque la evidencia disponible no lo recomiende?*

Ambos conjuntos de preguntas comparten una misma raíz: la incomodidad frente a lo que no podemos controlar.

## LA INCERTIDUMBRE EN MEDICINA: DISTINTOS NIVELES, DISTINTOS ABORDAJES

A nuestro entender, existen distintos tipos de incertidumbre relacionados con la práctica médica (Fig. 1). Una se relaciona con la falta de conocimientos sobre aspectos diagnósticos y/o terapéuticos, y puede abordarse mediante el acceso y la lectura de la evidencia científica y la experiencia clínica acumulada. Otra surge al intentar adaptar ese conocimiento general a un paciente particular, con su historia, sus valores y su contexto. Y hay una tercera (y es a la que hace referencia principalmente este trabajo) que es de otra naturaleza: aquella vinculada al devenir de cada paciente, a la imposibilidad de anticipar con certeza cómo evolucionará la salud/enfermedad de una persona, o qué curso tomará una vida.

Esta incertidumbre es la piedra en el zapato de una cultura que se ha acostumbrado a que le ofrezcan certezas. A pesar de que vivimos en un mundo donde la tecnología, la inteligencia artificial y los tratamientos de última generación prometen exactitud y control, casos como el de Martín nos recuerdan que el azar y lo impredecible siguen marcando el devenir de la vida. La incertidumbre sigue siendo inherente tanto a la existencia humana como a nuestra la práctica de la Medicina.

Frente al malestar que nos provocan situaciones como la de esta viñeta clínica, solemos buscar culpables. Buscamos *causalidad* donde apenas hay *correlación*, intentando simplificar la complejidad de un sistema humano (biológico, psíquico y social) atravesado por un sinnúmero de variables.

Nos preguntamos por qué algunas personas, en condiciones similares, desarrollan enfermedades mientras que muchas otras no. Y en ese intento de encontrar un sentido, se desvanece la promesa de que “todo se puede (y, por lo tanto, se debe) prevenir”. El golpe de realidad nos arrebató la confortable sensación de control, y nos deja solos y expuestos frente a la incomodidad de la duda.

La paradoja de estos tiempos caracterizados por un aumento del conocimiento es ineludible: mien-

## LA INCERTIDUMBRE EN MEDICINA

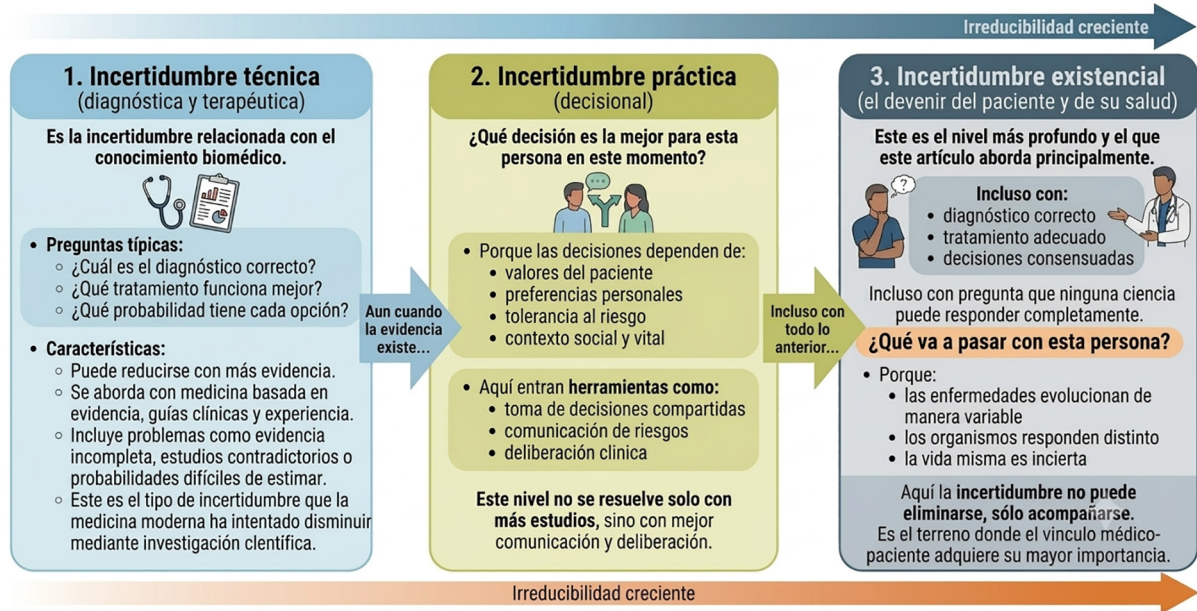


Figura 1. Tipos de incertidumbre que puede experimentar un médico durante su práctica.

tras más profundizamos en el saber, más visibles se vuelven los límites de lo que ignoramos. De esta manera, la investigación y el conocimiento no solo no eliminan la incertidumbre en medicina, sino que, muchas veces, la hacen más evidente<sup>5</sup>.

### ¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE EXPERIENCIAS COMO ESTA?

Proponemos a continuación distintas alternativas para enriquecer nuestra relación con la incertidumbre en nuestra práctica cotidiana:

#### 1) Evitar errores cognitivos frente a casos excepcionales

Una de las primeras reacciones frente a situaciones inesperadas como la descrita suele ser la tendencia a generalizar a partir de un caso particular. Un médico que enfrenta el diagnóstico de una enfermedad grave puede sentirse tentado a modificar su práctica, por ejemplo solicitando más estudios o con mayor frecuencia a todos sus pacientes. Sin embargo, este tipo de respuestas puede reflejar más una reacción emocional frente al evento que una decisión basada en evidencia.

En términos estadísticos, la existencia de casos infrecuentes persiste a pesar de su baja probabilidad: *improbable* no es lo mismo que *imposible*. La aparición de un único caso excepcional no debería modificar necesariamente la conducta médica general. Adoptar un cambio de enfoque basado en eventos raros podría conducir a una medicina más intervencionista, aumentando el riesgo de sobrediagnóstico, falsos positivos y sobretratamientos.

Algunas herramientas como la medicina basada en evidencia y la comprensión de la salud y la enfermedad

en términos de probabilidades permiten contextualizar estos eventos y evitar decisiones guiadas exclusivamente por la experiencia reciente y las emociones que estas hayan generado en nosotros<sup>7</sup>.

#### 2) Habitar la incertidumbre sin pasividad ni exceso

La incertidumbre representa una parte central e inevitable de la práctica médica. William Osler, uno de los padres de la medicina moderna, decía que “la medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad”, reconociendo los límites intrínsecos de nuestro conocimiento<sup>8</sup>. Negar esa realidad solo nos genera frustración, desgaste y, muchas veces, una medicina más defensiva que centrada en las personas.

Cuando aprendemos a convivir con la incertidumbre, también aprendemos a ofrecer algo valioso a quienes cuidamos: calma. Nuestro papel no debería ser replicar la angustia del paciente ante lo desconocido, por lo que, en cambio, puede ser, justamente, el de ofrecer una presencia serena que ayude a resignificar lo que ocurre<sup>9</sup>.

Algunos autores han planteado que desarrollar la capacidad de tolerar la incertidumbre constituye una de las competencias centrales de la medicina contemporánea<sup>10</sup>. Existen estudios que muestran que la manera en que los profesionales nos relacionamos con la incertidumbre influye en nuestra capacidad diagnóstica<sup>11</sup>. Por ello, aprender a manejar la incertidumbre implica un mejor desempeño no solo desde un aspecto vincular, sino también desde lo técnico.

En este punto nos vemos obligados a retomar la pregunta: ¿qué significa entonces “manejar bien la incertidumbre”? En el apartado anterior vimos que, ante

la ausencia de certezas, podemos tender a hacer cosas de más. Como contracara, también puede aparecer la idea de que aceptar la incertidumbre implique adoptar una actitud pasiva o renunciar a intervenir para esperar y ver cuál es el devenir de la situación en cuestión<sup>12</sup>. El adecuado manejo de la incertidumbre no implica inacción ni excesos médicos, sino la capacidad de reconocer sus distintos niveles y actuar de manera proporcional a la información disponible.

En lo que bien podría denominarse incertidumbre “académica” (aquella vinculada al conocimiento sobre diagnóstico y tratamiento) existen estrategias estructuradas que ayudan a abordarla. Por ejemplo, el marco RAPS (*Recognize, Acknowledge, Partner, Seek Support*) propone reconocer la incertidumbre, explicitarla, trabajar junto al paciente y buscar apoyo cuando sea necesario<sup>13</sup>. Este tipo de aproximaciones no paraliza la acción clínica; por el contrario, permite sostener la toma de decisiones mientras se fortalece la alianza terapéutica.

Existe, sin embargo, otra forma de incertidumbre que ningún avance científico logra eliminar por completo: la imposibilidad de anticipar con certeza el devenir de cada paciente. La medicina puede estimar probabilidades, pero no puede garantizar resultados individuales. En este contexto, resulta útil revisar tanto nuestras expectativas como las de nuestros pacientes sobre qué es lo que se espera de los chequeos preventivos, para poder luego orientar nuestros esfuerzos conjuntos a la construcción de la salud en lugar de intentar controlar todas las variables para evitar que nuestros pacientes enfermen. Esto resulta fundamental si se quiere dejar atrás (en los hechos) la idea de salud como la mera ausencia de enfermedad, y comenzar a trabajarla como un estado de bienestar físico, mental y social tal como propone la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>14</sup>.

### 3) El vínculo como herramienta de cuidado

En un escenario atravesado por probabilidades, decisiones y límites del conocimiento, el vínculo médico-paciente adquiere un papel central como regulador de la ansiedad que genera lo incierto. Algunos estudios han mostrado que la calidad de la relación terapéutica influye no solo en la satisfacción de los pacientes, sino también en su adherencia a los tratamientos y en los resultados de salud<sup>15</sup>. En contextos donde no existen respuestas definitivas, la presencia de un profesional dispuesto a acompañar, escuchar y sostener el proceso puede convertirse en una fuente importante de contención emocional<sup>9</sup>.

Otra manera concreta de fortalecer el vínculo médico-paciente consiste en promover el empoderamiento de los pacientes en el proceso de cuidado. Ciertas estrategias como la *toma de decisiones compartidas* permiten que las personas participen activamente en la elección de alternativas diagnósticas o terapéuticas, integrando la mejor evidencia disponible con sus propios valores, preferencias y circunstancias de vida<sup>16</sup>. En este enfoque, el médico deja de ser un mero prescriptor y pasa a convertirse en un facilitador de decisiones informadas, transformando la incertidumbre en un espacio de colaboración y cuidado compartido.

Para que este tipo de relación pueda desarrollarse plenamente, resulta fundamental que la comunidad médica fortalezca sus habilidades de comunicación. La formación tradicional ha puesto un gran énfasis en el diagnóstico y el tratamiento, pero con frecuencia ha relegado la enseñanza sistemática de competencias comunicacionales. La capacidad de explicar probabilidades, explorar valores y acompañar procesos de decisión en contextos de incertidumbre constituye hoy una habilidad clínica central<sup>17</sup>.

Es recomendable que los médicos logremos pasar de una comunicación basada en la *certeza* a una comunicación que se apoye en *lo real: la vida entendida como un abanico de posibilidades*. Existen recursos de acceso gratuito, como el libro *Know Your Chances*, que enseñan a comunicar el *riesgo* como una noción de *posibilidad* en lugar de *peligro*<sup>18</sup>. En este enfoque, lo que cambia no es solo la forma de dar información, sino la posición que se le ofrece al paciente, ya que deja de ser culpable u obediente, y pasa a ser protagonista de una toma compartida de decisiones desde un lugar más libre e informado.

También puede resultarnos de utilidad revisar nuestras propias expectativas con respecto a nuestro papel con nuestros pacientes: si lo que esperamos es que nuestros pacientes estén bien, quizá podamos también reflexionar sobre qué significa ese “estar bien”: *¿que nunca se enfermen?, ¿que nunca sufran ni, mucho menos, mueran?, ¿o que puedan estar acompañados de forma ética y comprometida, incluso cuando no hay respuestas claras sobre su devenir?*<sup>19</sup>

Finalmente, resaltamos la importancia de revisar qué lugar ocupamos cada uno de nosotros en la cultura médica actual, ya que cuando prometemos salud a cambio de obediencia (“si hace lo que decimos, va a estar bien”) reforzamos una lógica de control y prometemos resultados que no podemos asegurar.

## UNA ACLARACIÓN SOBRE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Vale la pena volver sobre algo mencionado en la Introducción. El primer nivel de atención es el espacio privilegiado para trabajar esta incertidumbre no solo porque allí se concentra el cuidado preventivo, sino porque es el único ámbito donde existen el tiempo y la continuidad necesarios para construir los vínculos que este artículo propone como herramienta central. La longitudinalidad de la relación médico-paciente en medicina familiar permite conocer a la persona antes de que aparezca la enfermedad, y acompañarla cuando el diagnóstico llega sin que nadie lo espere. Es en ese tejido de consultas repetidas donde la calma, la honestidad y la toma de decisiones compartidas pueden hacer una gran contribución a la calidad de los cuidados provistos.

## CONSIDERACIONES FINALES

Creemos profundamente que, en los tiempos actuales, lo verdaderamente revolucionario en medicina ya no es ofrecer nuevas tecnologías ni prometer resultados, sino *animarse a decir lo que el paciente necesita escuchar, aunque*

*no sea lo que desee oír.* Aceptar que no todo es prevenible, que no todo se puede controlar, es un acto de honestidad que va en contra de la cultura actual, pero puede ser el brote de una cultura mejor. Significa dejar de sostener promesas imposibles para empezar a construir vínculos basados en la verdad, el respeto y el cuidado compartido.

Aceptar la incertidumbre no es sinónimo de rendición. Es, en todo caso, una forma de madurez profesional. Aceptar lo incierto reemplaza la ilusión de una certeza inalcanzable, apoyándose sobre algo más real y más valioso: el vínculo. Un “lo acompaño, sea lo que sea que toque vivir” que, en definitiva, constituye el corazón del cuidado que ofrecemos.

Abrazar la incertidumbre no nos hace menos médicos. Al contrario: nos hace más conscientes, más honestos y, quizás, más sabios. Porque al final, lo que verdaderamente ayuda no es la certeza, sino un vínculo que se sostiene incluso cuando ya no hay respuestas.

**Contribuciones de los autores:** Conceptualización (AV). Curación de datos, Administración del proyecto, Redacción - borrador original (MG). Análisis formal, Investigación, Metodología, Redacción - revisión y edición (AV, MG).

**Declaración de uso de IA:** Los autores declaran haber utilizado herramientas de inteligencia artificial (IA) durante la elaboración de este artículo. Gemini® fue empleado para la generación de la figura incluida en el texto. ChatGPT® y Claude® fueron utilizados para el pulido y la revisión estilística de algunos pasajes.

**Conflictos de intereses:** los autores declaran no poseer conflictos de intereses relacionados con el contenido del presente trabajo.

**Financiamiento:** los autores declaran que este estudio no recibió financiamiento de ninguna fuente externa.

## REFERENCIAS

- Hoffmann TC, Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med.* 2015;175(2):274-286. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.6016>.
- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;1(1):CD009009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3>.
- Granero M, Velazquez A. Medicalización de la vida y daño poblacional: revisión bibliográfica no sistematizada. *Rev Hosp Ital B.Aires.* 2020;40(4):208-218. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v40i4.35>.
- Hoffmann TC, Del Mar C. Clinicians' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med.* 2017;177(3):407-419. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8254>.
- Pokorny AMJ, Fabbri A, Bero LA, et al. Interactions with the pharmaceutical industry and the practice, knowledge and beliefs of medical oncologists and clinical haematologists: a systematic review. *Br J Cancer.* 2022;126(1):144-161. <https://doi.org/10.1038/s41416-021-01552-1>.
- Lohse S. Mapping uncertainty in precision medicine: a systematic scoping review. *J Eval Clin Pract.* 2023;29(3):554-564. <https://doi.org/10.1111/jep.13789>.
- Daker-White G, Hays R, McSharry J, et al. Blame the patient, blame the doctor or blame the system? A meta-synthesis of qualitative studies of patient safety in primary care. *PLoS One.* 2015;10(8):e0128329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128329>.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312(7023):71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>.
- Young P, Finn BC, Bruetman JE, et al. William Osler (1849-1919): el hombre y sus descripciones. *Rev Med Chil.* 2012;140(9):1218-1227. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000900018>.
- Castañeros M. El retorno a lo esencial: la medicina familiar como antídoto en la era de la algoritmización. *Arch Med Fam Gen.* 2026;23(1):6-7.
- Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty - the next medical revolution? *N Engl J Med.* 2016;375(18):1713-1715. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1606402>.
- Schneider A, Löwe B, Barie S, et al. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire' (DUQ). *J Eval Clin Pract.* 2010;16(3):431-437. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01464.x>.
- Reach G. Clinical inertia, uncertainty and individualized guidelines. *Diabetes Metab.* 2014;40(4):241-245. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2013.12.009>.
- Patel B, Gheihman G, Katz JT, et al. Navigating uncertainty in clinical practice: a structured approach. *J Gen Intern Med.* 2024;39(5):829-836. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08596-4>.
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1946 [citado 2026 mayo 17]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>.
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, et al. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin.* 2005;55(3):164-177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>.
- Woloshin S, Schwartz LM, Welch HG. Know your chances: understanding health statistics [Internet]. California, CA: University of California Press; 2008 [citado 2026 may 17]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115435/>.
- Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med.* 1982;306(11):639-645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>.