



A la búsqueda de una transformación de la práctica médica que incorpore los recursos metodológicos de las ciencias sociales

Juan Carlos Eslava C. MD. Instructor Asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

Pese a los importantes y reconocidos logros de la medicina científica a lo largo del siglo XX, hoy vivimos bajo los efectos de una sensación incómoda de descontento y desazón. El desmedido crecimiento de las tasas de morbilidad de las enfermedades crónico-degenerativas, los graves problemas de alcoholismo, tabaquismo y obesidad -ahora entendidos como problemas patológicos-, el aumento exponencial del uso de drogas psicotrópicas, la imposibilidad de erradicar las enfermedades infectocontagiosas en los países del «Tercer Mundo» y en los suburbios del «Primer mundo», los enormes costos de la atención hospitalaria y las complejidades de una sociedad moderna que se presenta cada vez con mayor capacidad morbigénica, son algunos de los factores que han hecho que la medicina asuma sin el optimismo de antaño los retos que le plantea el futuro (1-5).

Inmersa en complejos contextos sociopolíticos, económicos y científico-tecnológicos, la medicina enfrenta sus propias limitaciones y carencias en múltiples niveles. Por un lado, intenta superar las tensiones y contradicciones generadas por la coexistencia de aquellos rasgos fundamentales de la medicina actual descritos por Laín Entralgo: la tecnificación, la colectivización, la personalización, la molecularización, el automatismo y la ecologización. (6,7). Por otro lado, busca nuevas conceptualizaciones que logren

darle una visión más profunda y más global de los procesos del enfermar humano (8, 9).

Como parte de los intentos por superar las tensiones entre los imperativos tecnológicos, la personalización de la enfermedad, la racionalización de los servicios y las necesidades de la población, cabe señalar el "boom" de la administración en salud, la integración docente-asistencial dentro de las instituciones formadoras de personal médico, el desarrollo de grupos interdisciplinarios de atención personalizada y los esfuerzos de sistematización e informatización de los servicios de salud (10-12). Como ejemplos de búsqueda de nuevos referentes conceptuales se hace necesario mencionar los intentos comprensivos de las teorías epidemiológicas multicausales, los estudios ecológicos y la labor desarrollada por los impulsores de la medicina social (13-15).

Sin embargo, pese a todo este arduo trabajo ejercido por una multitud de profesionales y al cada vez más extendido sentimiento de desconcierto y expectación, el campo médico se resiste a ser transformado y los cambios instaurados por los nuevos saberes han sido marginales, o mejor, han sido asumidos como fenómenos externos, como desenvolvimientos exocéntricos a su propio quehacer. Es así

como los desarrollos administrativos quedan excluidos del saber médico, la integración docente-asistencial se ve como un apéndice del acto médico, la teoría multicausal se asume como un marco conceptual extraño al desempeño práctico y la antropología, la sociología y la medicina social se consideran como un discurso superfluo que puede, en el mejor de los casos, favorecer la cultura general del médico pero que no tiene demasiada importancia para la labor profesional.

Las prácticas y saberes configurados desde aquellos intentos de reinterpretación de los fenómenos patológicos no han podido incidir de una manera eficaz en la práctica médica oficial, de tal forma que ésta tenga que transformarse e iniciar nuevos desarrollos a partir de dichos saberes. Ante ello, cabe preguntar: ¿Cómo hacer para que los conceptos, las teorías y las herramientas metodológicas de las ciencias sociales permeen el quehacer médico? ¿Cómo desplazar aquella «naturalización» de la enfermedad tan propia de la medicina actual por una «culturalización» o «sociologización» de la enfermedad que, sin embargo, ofrezca la eficacia de la primera para resolver problemas de forma terapéutica?

No son preguntas a resolver de forma inmediata y absoluta. No son preguntas

que se resuelven sobre el papel y aislándose en un cuarto de estudio. Diría que son preguntas a resolver en un ejercicio clínico constante pero influenciado por una prolija cantidad de teoría propia de las ciencias sociales. Sin embargo, y dado que la imaginación es una herramienta de conocimiento tan necesaria como cualquier otra, intentaré esbozar una inicial respuesta a estos interrogantes desde la impune seguridad que ofrece el escritorio y el procesador de palabras. En todo caso, tampoco es ésta una postura absolutamente especulativa puesto que el cursar una carrera de medicina en algo lo habitúa a uno al contacto con la realidad clínica y ciertas obsesiones personales lo acercan al ámbito de las ciencias sociales. En fin, este será un esforzado intento inicial de carácter predominantemente intelectual, de marcada intencionalidad teórica.

Nuevas fronteras conceptuales

El problema parece ser inicialmente conceptual y seguidamente instrumental. Conceptualmente ha habido varios intentos por romper o transformar el «biologicismo reduccionista» que ha empañado la práctica médica y, diríamos con prudencia, que hoy nadie defiende a ultranza el carácter absoluto de dicho enfoque. Sin embargo, y puesto que el enfoque biológico también se ha renovado, en la actualidad estamos inscritos en un más refinado biologicismo el cual, a partir de la genética y de la ecología, ha «naturalizado» el ambiente social y las características personales. En esta tendencia se inscriben los trabajos de Leavell y Clark con su «historia natural de la enfermedad» y los desarrollos posteriores de Blum, así como la labor de genetistas, inmunólogos, bioquímicos y demás investigadores biomédicos que esperan poder entender la realidad del hombre a través del más fino conocimiento de su estructura genómica y sus componentes moleculares (16).

A la par con este desarrollo, desde hace

varias décadas atrás se ha venido trabajando en la construcción de nuevas formas de entender la enfermedad que han confrontado y relativizado los conceptos emanados del «paradigma médico moderno». De los múltiples enfoques y estudios, muchos de los cuales incluyen la labor de científicos sociales, se han decantado algunos elementos que posibilitan el pensar de una nueva manera la enfermedad humana. La enfermedad empieza a reconocerse, entonces, como: a) un proceso social, b) un proceso histórico, c) un modo de vivir, d) una aflicción personal, e) una realidad cultural y f) un complejo biopsicosocial (17-21).

Este ligero balance nos permite afirmar que en el campo conceptual, si bien hay debates profundos, existe una tendencia clara a involucrar teorías, conceptos y enfoques de las ciencias sociales al pensar la enfermedad y, más ampliamente, al pensar en el ámbito de lo médico. Aunque se presenten discrepancias y desacuerdos, nadie se sonroja al imaginar concepciones de enfermedad y de la formación médica que involucren dimensiones socioculturales y psicológicas y, más aún, nadie estaría en desacuerdo en concebir un espacio particular para que las ciencias sociales se piensen contextos generales del quehacer médico y de las condiciones sanitarias de las poblaciones (22-25).

Sin embargo, cuando se analiza el nivel operacional de la práctica médica la situación es muy diferente. Por más abierta al discurso socioantropológico que se muestre, la práctica médica está demasiado anclada en instrumentos y herramientas que por tradición pertenecen al ámbito de lo biológico. Por ello, se hace necesario hacer la siguiente pregunta: ¿Cómo penetrar, transformando, la misma esencia del acto médico?

Mi respuesta inicial, si bien parece obvia, poco ha sido tenida en consideración en las discusiones que se han generado en torno a la incorporación de las ciencias sociales en la práctica mé-

dica. La manera más expedita, por ahora, para involucrar herramientas metodológicas de las ciencias sociales - y más adelante conceptualizaciones enteras - al terreno médico es a través de la reconstrucción de la historia clínica y de la reconsideración de la entrevista médica.

La reconstrucción de la historia clínica.

Se pueden introducir en el diseño curricular de una Facultad de Medicina cátedras enteras de historia de la medicina, de métodos historiográficos o de filosofía de la historia y, sin embargo, no lograr absolutamente nada en cuanto al cambio de la práctica médica que la haga más sensible a la historicidad del hombre. Se pueden invitar a los mejores antropólogos, lingüistas y semiólogos a las revistas docentes o a las reuniones de mortalidad y, aunque posiblemente esta estrategia sea más eficaz que la anterior, tampoco representa mayor incentivo para el cambio del quehacer médico. Pero si se logra que al elaborar los cuadros clínicos, al concretar los relatos patográficos, al entrevistar al paciente y al sintetizar el material encontrado el médico recurra de manera explícita a métodos contruidos desde las ciencias sociales, se puede decir que el primer paso se ha dado para involucrar el arsenal metodológico y conceptual de las ciencias sociales al desempeño de la práctica médica.

En otras palabras, si se puede, por un lado, hacer de las ciencias sociales un instrumento útil para el buen desarrollo del acto médico y para su cabal ejecución y, por otro lado, demostrarle a los médicos que es imprescindible manejar recursos de las ciencias sociales para el cumplimiento de las funciones profesionales requeridas en la actualidad, se podrá estar seguro que la incorporación de dichas disciplinas será una exigencia y una necesidad a la cual tendrán que abocarse las Facultades de Medicina.

Aunque no se piense mucho en ello, la historia clínica es, ante todo, historia. Esto es, construcción histórica y documento historiográfico (26). Por tanto, su elaboración y su análisis se circunscriben al terreno propio de los enfoques de la disciplina histórica (27). Así, por ejemplo, lo que conocemos como «historia natural de la enfermedad» es el resultado de una selección particular de los hechos del pasado de la enfermedad de una persona articulados desde una perspectiva secuencial y cronológica y erigidos desde el predominio del acontecimiento. Los que dura tres días, la fiebre que comienza hace dos, la disnea irregular, el vómito sanguinolento o la diarrea como agua de arroz, acontecimientos memorables y hechos gloriosos del proceso patológico, se tornan así ejes fundamentales para la reconstrucción del proceso, los cuales se articulan unos a otros, según el tiempo de su aparición, en un cuadro causal moderadamente coherente y simplificada funcional (28).

La aparentemente incuestionable historia clínica, documento central para la realización práctica de la medicina, se nos aparece como una historia acontecimental, positivista y erudita que cree en la univocidad del hecho histórico (del fenómeno mórbido), en la neutralidad del historiador (médico en nuestro caso) y en la absolutización de la verdad de su enfoque (el método clínico). Siguiendo la analogía propuesta, podríamos comparar la forma de hacer la historia clínica actual, cuando menos en nuestro medio, con aquella forma de hacer historia propia del siglo XIX y comienzos del XX la cual privilegiaba el acontecimiento puro sin mayor profundidad contextual, y tenía especial predilección por el hecho político o militar y el personaje individual (29,30).

Pero, ¿Qué pasaría, como ha ocurrido no hace mucho en el terreno de la historiografía nacional, si abogáramos por la emergencia de una «Nueva Historia» que dé cuenta de procesos complejos, de duraciones disímiles y de co-

nexiones estrechas entre fenómenos diversos? ¿Qué pasaría si encerrando al acontecimiento en la corta duración lo trascendiéramos hasta remontarnos a medianas y largas duraciones tal como nos lo propone Braudel ? (31,32) ¿Qué conexiones podríamos encontrar si articuláramos los fenómenos mórbidos con los acontecimientos personales en un relato nosobiográfico y éstos con ciertos movimientos sociohistóricos?

Por lo pronto, digamos que romper con la tradicional historia natural de la enfermedad para acceder a una historia social de la enfermedad implica articular los datos semiológicos recogidos en el examen clínico con acontecimientos y sentires del diario vivir del sujeto enfermo enmarcando unos y otros en contextos globales. Pero al hacerlo, se hace necesario sensibilizarse ante las particularidades y temporalidades propias de cada nivel, y atender tanto a las duraciones lentas de los procesos estructurales, como a las medianas duraciones de los procesos adaptativos y las pautas comportamentales y a las cortas duraciones de las irrupciones físico-químicas o de los acontecimientos inesperados o accidentales.

Tal historia tendría que ser elaborada y entretejida a partir de datos heterogéneos y niveles de realidad multifacéticos. En algún momento sería tan importante saber el color de la orina como el estado anímico o la postura política. Esto llevaría, necesariamente, a que la enfermedad registrada y diagnosticada no fuera la misma que conocemos en la actualidad y, por tanto, las herramientas semiológicas y terapéuticas cambiarían. Habría que renovar la misma nomenclatura.

Una historia así elaborada tendría que rescatar de forma creativa el trabajo de Viktor von Weizsäcker y su patología resultante antropológica o biográfica, como la nomina Laín Entralgo, así como los postulados de la medicina psicosocial y la práctica psicoanalítica (17,18,33). Todo esto para dar fundamento a una resuelta indagación del enfer-

mar no circunscrito a los fenómenos inmediatos ni a los imperativos físico-químicos. En esta misma construcción cabría incorporar los resultados de las investigaciones desde la medicina social (15).

La indagación clínica y el enfoque etnográfico

Así como el reconstruir la historia clínica desde una nueva concepción del trabajo histórico permitiría una estrecha y eficaz vinculación de los saberes propios de la historia a la acción médica, una nueva conceptualización del trabajo de recolección y análisis de la información obtenida de las personas enfermas podría propiciar la incorporación de nuevas herramientas de las ciencias sociales al terreno médico.

En este sentido, las ciencias sociales pueden llegar a ser fundamentales en cuanto a la ejecución de la entrevista médica, entendida ésta como un proceso de comunicación humana, en el cual se ponen en juego lenguajes verbales y no verbales, intensiones e imaginarios (34-36). Para articular los múltiples niveles de realidad que se tendrían que tener en cuenta en aquella «nueva historia clínica» que aquí se ha imaginado, se hace necesario recurrir a herramientas metodológicas que permitan, "la indagación de los mecanismos microsociales que conectan la acción individual y colectiva con los sistemas de relaciones sociales"(37).

Y más que eso, se haría necesario un entrenamiento adecuado que posibilite la sensibilización de quien actúa en el rol de investigador (en este caso el médico), con las pautas culturales y las expectativas de los sujetos estudiados, con el fin de que se establezca una auténtica relación humana amistosa, honesta y respetuosa con la particularidad de la persona en estudio (el paciente en este caso).

De aquí se desprenden dos necesidades básicas: Por un lado, la indagación sistemática en el terreno de la oralidad que permita entender que la historia oral constituye un escenario y un instrumento fundamental para aproximarse al mundo personal, a lo vivido en lo cotidiano. Este acercamiento ha de poner en evidencia el carácter problemático y dramático de la relación entre narrador y escucha. Problemático en la medida en que la relación es imprevisible, esto es, sin resultados asegurados. Dramático en el hecho de que no sólo hablan las palabras, también hablan los gestos, las expresiones faciales y el brillo de los ojos pero no sólo del narrador, quien escucha también participa del diálogo gestual, del intercambio de temblores y ritmos móviles en el rostro o en las manos (36).

Por otro lado, la formación en los métodos etnográficos y etnometodológicos que permitan iniciar el estudio empírico de las actividades prácticas, de las circunstancias cotidianas, de las estructuras formales de los asuntos ordinarios (38,39). En últimas, se necesita del apoyo de las ciencias sociales en cuanto a los métodos para acceder a la recolección

y el análisis de los datos cualitativos indispensables para el buen desempeño de la acción diagnóstica.

Con esto en mente, las diversas modalidades de entrevistas cualitativas desarrolladas por los investigadores sociales pueden llegar a ser un referente muy importante para plantear una adecuada relación médico-paciente y un efectivo ejercicio de la anamnesis (40).

A manera de conclusión

Recogiendo lo dicho hasta el momento, se puede afirmar que hacer medicina es, en alguna medida, hacer historia, sociología y etnografía. No quiere decir esto que el saber médico engloba éstos otros saberes, ni que el médico es un superprofesional que tiene que saber de todo, más bien se debe entender esta afirmación en el sentido de que en la práctica médica se realiza un complejo proceso de elaboración teórico-práctica que pone en juego múltiples niveles de realidad del hombre, el cual es, simultáneamente, biología, cultura y sociedad.

Se hace posible pensar que incorporan-

do al trabajo de la anamnesis y la construcción de la historia clínica las herramientas de la etnometodología, de la semiótica y la historia oral; articulando los datos clínico-biográficos con los acontecimientos sociales y elaborando la historia clínica desde la óptica de los nuevos desarrollos historiográficos se pueda, por lo menos en un comienzo, acercar los saberes de las ciencias sociales a la realidad del acto médico con la pretensión de que éstos saberes sean utilizables como herramientas metodológicas y conceptuales para entender y tratar la enfermedad humana.

En todo caso, este es un primer esbozo que intenta vislumbrar alternativas acerca de cómo poder incorporar las ciencias sociales al quehacer médico. Es una aproximación superficial que, sin embargo, se sustenta en una reflexión razonada. Reflexión que permite afirmar que, dado el carácter pragmático del quehacer médico, sólo cuando la medicina encuentre formas de instrumentalización de los saberes que le ofrecen las ciencias sociales ésta permitirá incorporar dichos saberes a su práctica cotidiana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **OPS.** La situación de salud de las Américas. Publicación científica No. 549, Washington, 1994.
2. **Marmot M.** "From Alcohol and Breast Cancer to Beef and BSE - Improving our communication of risk" (editorial). *Am J Public Health* 1996 ; 86(7) : 921-923
3. **Winick M.** "Understanding and Treating Obesity" (editorial). *Am J Public Health* 1996 ; 86 (7) : 925-926
4. **Gyarfás I.** "Las enfermedades cardiovasculares: el principal enemigo de la salud pública". *Salud Mundial*, enero-febrero 1992 : 4-5
5. **Bustelo ES.** "La producción del Estado de malestar. Ajuste y política social en América Latina". *Salud Pública Mex* 1991; 33 (3): 215-226
6. **Lain Entralgo P.** *La Medicina Actual*. Edic. Orbis, Barcelona, 1988.
7. **Lain Entralgo P.** "Estructura de la medicina actual". En : *Ciencia, técnica y medicina*. Edit. Alianza, Madrid, 1986 : 353-365
8. **Rodríguez MI (coord).** *Lo Biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*. OPS/OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101, Washington, 1994.
9. **Lolas F.** "La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina : necesidad de una metateoría". *Bol Of Sanit Panam* 1990; 109(1) : 38-44
10. **Roemer M.** "Planeación en salud : el por qué de su necesidad y lo que puede lograr" En : *I Taller Internacional en economía de la salud (memorias)*. PUJ, Programa de Postgrado en Administración de salud. Bogotá, 1984 : 133-141
11. **Vidal C, Quiñones J.** "Integración docente-asistencial". *Educ Med Salud* 1986; 20 (1): 1-18
12. **Alzate A.** "Panorama conceptual y antecedentes de los sistemas de información en salud". *Colombia Med* 1993; 24 (2) : 80-85
13. **Martínez JF, Marset P.** "Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad : las explicaciones causales". En : *Martínez, Antó, Castellanos, Gili, Marset, Navarro*. *Salud Pública*. Mac Graw Hill-Interamericana, Madrid, 1998 : 55-79
14. **Morgenstern H.** "Ecologic studies in epidemiology : concepts, principles and methods". *Annu Rev Public Health* 1995; 16 : 61-81
15. **Duarte E.** "Trayectoria de la medicina social en América Latina. Elementos para su configuración". En : *Franco, Nunes, Breilh, Laurell*. *Debates en Medicina Social*. OPS/ALAMES, Quito, 1991: 17-137
16. **García Barreno P.** *Medicina virtual. En los bordes de lo real*. Edit. Debate, Madrid, 1997.
17. **Lain Entralgo P.** *El Estado de enfermedad: esbozo de un capítulo de una posible antropología médica*. Edit. Moneda y crédito, Madrid, 1968.
18. **Halliday J** "El concepto de afección psicosomática". En : *Medicina Psicosocial. Un estudio de la sociedad enferma*. EUDEBA, Buenos aires, 1961 : 45-61
19. **Quevedo E.** "El concepto salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas". En : *Cardona (coord.) Sociedad y Salud*. Zeus Editores, Bogotá, 1991: 7-85
20. **Gyarmati G.** "Salud y enfermedad : hacia un paradigma biopsicosocial". En : *Lolas, Florenzano, Gyarmati, Trejo*. *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas*. Edit. Universitaria, Chile, 1992: 173-183
21. **Pierret J.** "Constructing discourses about health and their social determinants". En : *Radley (edit). Worlds of illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*. Routledge, London 1993: 9-26
22. **Florenzano R, Horwitz N.** "La dimensión psicosocial en la educación médica: lecciones de una intervención en el nivel primario de atención". En : *Lolas, Florenzano, Gyarmati, Trejo*. *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas*. Edit. Universitaria, Chile, 1992: 80-88
23. **Arredondo A, Castañeda X, García C, Escobedo J, Ramírez C.** "El enfoque de las ciencias sociales para el análisis de la morbimortalidad : reflexiones para su enseñanza". *Rev Mex Educ Médica* 1992; 3 (2): 16-29
24. **Mechanic, D.** "Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine". *Soc Sci Med* 1995 ; 40 (11): 1491-1496
25. **Di Nicola P.** "Las dimensiones socioculturales en las prácticas relativas a la salud". En : *Donati P. Manual de sociología de la salud*. Edic. Diaz de Santos, Madrid, 1994: 33-47
26. **Lain Entralgo P.** *La Historia clínica. Historia del relato patográfico*. Salvat, Barcelona, 1961
27. **Fontana J.** *Historia. Análisis del pasado y proyecto social*. Edit. Crítica, Barcelona, 1982.
28. **Surós J.** *Semiología médica y técnica exploratoria*. Salvat, , Barcelona, 1975.
29. **Carr EH.** *¿Qué es la Historia?*. Edit. Seix Barral, Barcelona. 1976.
30. **Melo JO.** "Los estudios históricos en Colombia : situación actual y tendencias predominantes". *Rev Dir Divulgación Cultural U.N.* 1969 ; 2 : 15-41
31. **Braudel F.** *La Historia y las Ciencias Sociales*. Alianza Edit. Madrid, 1974.
32. **Colmenares G.** "La historiografía científica del siglo XX". *Rev. ECO* 1977; 192: 561-602
33. **Chiozza L.** *¿Por qué enfermamos ?*. Edit. Alianza, Madrid, 1994.
34. **Bowden C.** "Aspectos interpersonales del examen médico". En : *Bowden & Burstein. Bases Psicosociales de la Atención Médica*. Edit. Limusa, México, 1990 : 121-134
35. **Bowden C.** "La entrevista y la elaboración de la historia clínica". En : *Bowden & Burstein. Bases Psicosociales de la Atención Médica*. Edit. Limusa, México, 1990: 135-153
36. **Borell F.** "Iniciando la entrevista : la comunicación no verbal". En : *Manual de entrevista clínica*. Edic. Doyma, Barcelona, 1989: 29-61
37. **Jelin E, Llovet JJ, Ramos S.** "Un estilo de trabajo: la investigación microsociedad" (material en fotocopia, s/f, s/e, s/l).
38. **Wolf. M.** *Sociologías de la vida cotidiana*. Edit. Cátedra, Buenos Aires, 1971.
39. **Coulon A.** *La Etnometodología*. Edic. Cátedra, Madrid. 1988.
40. **Bonilla E, Rodríguez P.** *Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales*. Edit. Norma, Santafé de Bogotá, 1997.