



## ¿Qué significa investigar en salud?

*Mario Hernández MD, Profesor Asistente, Departamento de Medicina Preventiva., Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.*

### La pregunta establece la diferencia

La pregunta que titula este artículo no es muy frecuente entre los profesionales de la salud. Pero esto ocurre, no porque no interese sino porque se resuelve rápidamente por la presencia, muchas veces inconciente, de una de dos grandes posiciones al respecto: la primera supone que en cada acto médico, individual o colectivo, se realiza todo un proceso de investigación, puesto que la racionalidad diagnóstica es la aplicación del llamado «método científico». Es decir, se afirma que ante un problema específico, lo que hace el médico es elaborar una o varias hipótesis expresadas como «impresiones diagnósticas» y que, por medio de las pruebas de laboratorio, realiza una comprobación de una de esas hipótesis. Así, el médico cree que investiga en su práctica cotidiana y se siente científico, luego no necesita cuestionar más el lugar de la investigación en salud.

La segunda posición asume que este problema está resuelto en la aplicación del método epidemiológico. En otras palabras, si se utiliza el método epidemiológico en la clínica o en las colectividades, se está haciendo investigación en salud. El método epidemiológico asume que todas las enfermedades son el resultado de un desajuste en un sistema ecológico en el cual el hombre se encuentra constituido por cuatro grandes insumos: la estructura biológica, el comportamiento humano, el ambiente y los servicios de salud con que cuenta la sociedad. Este

modelo intenta establecer relaciones estadísticamente significativas entre el conjunto de factores causales ubicados en estos cuatro terrenos y la aparición de tal o cual efecto o enfermedad. El modelo es también muy útil en las pruebas de los procesos diagnósticos o terapéuticos.

Este artículo pretende aportar algunas reflexiones que contravirtieran estas dos posiciones, con la idea de ahondar en las diferencias entre la actividad profesional, la actividad de investigación y un tercer terreno que pocas veces se incluye en el debate, el cual se denomina habitualmente “innovación tecnológica”. Después de la diferenciación es posible plantear su articulación, que en todo caso existe y es necesaria. La idea central es que estos planos no implican, en absoluto, niveles de conocimiento, ni mayor o menor aproximación a la realidad, sino tres maneras fundamentalmente diferentes de asumir y transformar la realidad en el terreno de la salud, en tanto que, en cada una de ellas, la pregunta central que guía el proceso de aproximación es diferente. Veamos cada una de estas tres praxis partiendo de un par de cuestionamientos: ¿cuál es su pregunta? y ¿de qué manera la resuelve?.

### La práctica profesional en salud

Probablemente lo que más define el escenario y la organización de teorías y destrezas en el campo de las profesiones de la salud es el famoso «acto médico». El acto médico no es otra cosa que el encuentro intersubjetivo entre un

médico -léase profesional de la salud- y un enfermo -o usuario de los servicios de salud- alrededor de una demanda, habitualmente un «malestar», un «síntoma» o una «enfermedad».

La demanda es hecha por un sujeto que requiere ser diagnosticado e intervenido terapéuticamente. Por esta razón, el médico o el profesional consultado se pregunta ¿qué tiene este sujeto?, ¿cuál es su problema?, ¿en qué consiste su malestar? o algo por el estilo. Precisamente porque esta es su pregunta, todo el proceso diagnóstico está encaminado a recoger el máximo de información posible sobre el caso. Luego esta información se coteja, se compara o se confronta con los saberes medianamente establecidos en diferentes disciplinas sobre problemas similares, para construir una respuesta «cierta», o mejor, confiable, sustentable en esos saberes previos, con el fin de establecer las famosas «impresiones diagnósticas». El esfuerzo siguiente, es decir, el de precisión del diagnóstico, se sitúa en el mismo terreno, sólo que con ayuda de procedimientos tecnológicos certificados previamente (estándares bioquímicos o fisiológicos definidos en el laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, procedimientos invasivos de diagnóstico, etc.).

Así, se construye un diagnóstico que será la base de la segunda parte del acto médico. Es decir, la decisión terapéutica. En este momento igualmente se ponen al servicio del caso individual todo el saber disponible en disciplinas

específicas a las que se les pide que enuncien sus propuestas con la máxima certeza. Es claro, hay un imperativo intervencionista que establece el eje de la relación en el plano moral. Es decir, se espera que el acto culmine con el mayor beneficio para aquel que hace la demanda.

Por esta razón, el profesional de la salud no pone en cuestión los saberes de que dispone para diagnosticar y tratar, a menos que el caso genere una tensión tal que el saber disponible no logra resolver la pregunta. Sólo en este momento, aparecen otras preguntas que lo conducen a la innovación tecnológica o a la investigación, actividades a las que me referiré más adelante. Por ahora, baste decir que, dada la estructura de la pregunta inicial y del acto terapéutico, en el ejercicio profesional las inquietudes giran en torno al problema de este Juan o este Pedro y ése es su límite y determinante.

Todos los recursos están -o deberían estarlo- organizados para ofrecer las condiciones necesarias para que este acto terapéutico se lleve a cabo con toda la certeza que ofrece el conocimiento disponible. Los tiempos para su resolución son los de la angustia de cada sujeto involucrado, en tanto que la enfermedad es una especie de ataque ontológico para quien se enferma y esto no da espera.

Pero no solamente este acto médico es identificable en el campo del trabajo clínico-individual. En el plano colectivo, realizar un diagnóstico del perfil de morbi-mortalidad de una comunidad específica, opera en el mismo sentido: todo el saber disponible se organiza para responder a la pregunta de ¿cuál es la situación de salud de esta comunidad?. Una vez resuelta se establecen estrategias que conducen a prevenir, curar, rehabilitar, etc. El salubrista que elabora un plan de salud para un municipio o el epidemiólogo que realiza

una vigilancia epidemiológica continua en una región, no hacen otra cosa que un buen ejercicio profesional a nivel colectivo.

Aquí también se podrían ubicar muchas de las acciones colectivas denominadas investigación aplicada, así como la investigación-acción-participativa. Con la participación de los sujetos involucrados se intenta hacer una muy buena identificación de los problemas colectivos -es decir, un diagnóstico-para tomar decisiones que conduzcan a su transformación o solución. Es decir, hacia una decisión terapéutica. Esta es una manera menos beneficiarista del ejercicio profesional que podríamos denominar «autonomista» desde el punto de vista ético y que sería muy útil, incluso transformadora de la práctica profesional en salud, pero en últimas, es una manera de ejercer el imperativo intervencionista de la profesión.

### **La innovación tecnológica**

Antes que nada, partiré de una definición de tecnología que sirva para la diferenciación de planos que estoy intentando. En general, la tecnología se refiere al conjunto de modelos de solución de problemas de la realidad que resultan de la articulación de conocimientos científicos, es decir, producidos por las ciencias. Estos modelos pueden ser procedimientos, y hablaríamos de tecnología blanda, o máquinas -simples o complejas- en cuyo caso hablaríamos de tecnología dura. En salud es muy claro que existe una fuerte dependencia de las tecnologías duras y blandas para el ejercicio del acto médico.

Usamos la tecnología, evidentemente, pero sólo comenzamos a hacer innovación tecnológica cuando, desde nuestro ejercicio profesional cotidiano, surgen preguntas como ¿por qué no sirve este modelo para resolver este problema?, ¿qué hice mal?, ¿podría ser de otra manera?. En otras palabras,

cuando se pone en tela de juicio la manera habitual de hacer las cosas, lo que en salud sería cuestionar los modelos diagnósticos, los procedimientos terapéuticos, las estrategias preventivas, etc.

En ese momento, ya no interesa mucho este Juan o este Pedro, sino este modelo. Una especie de figura abstracta, supuestamente homogénea, que se repite aunque los casos tengan especificidades. Los saberes ahora se organizan de otra manera, se acude a estrategias metodológicas, frecuentemente comparativas entre dos o más modelos, con el fin de optar por aquel que demuestre mayor efectividad. Aquí la epidemiología clínica ha desarrollado propuestas interesantes que no son más que la aplicación de métodos estadísticos a la resolución de problemas tecnológicos en salud. Se confía en la cuantificación y en la correlación estadística de variables.

Los recursos, los tiempos y los participantes en el proceso cambian ostensiblemente, aunque a veces coincidan con el ejercicio cotidiano de la profesión. En todo caso, aquí el imperativo intervencionista se suspende un poco y la duda se sostiene mucho más allá de la demanda de cada paciente. El imperativo ético ahora pasa por el ejercicio de la autonomía moral de los sujetos involucrados en esta especie de acertijo y el instrumento más frecuente es el consentimiento informado.

### **La investigación**

La investigación comienza justo en el momento en que se pone en duda la manera de comprender o explicar un fenómeno o un modelo de interpretación de la realidad. Es decir, la pregunta que propicia los procesos de investigación es del estilo de ¿por qué esto es así y no de otra manera?. Ya no se trata de una demanda específica que presenta un sujeto, ni de un modelo habitual que no funciona, sino de lo que permite pensar

que tal o cual fenómeno podría explicarse de otra manera.

Aquí nos movemos frecuentemente en el campo de disciplinas que han formulado un problema teórico como objeto de estudio y, alrededor de éste, han elaborado preguntas y explicaciones -es decir teorías o modelos explicativos- con métodos específicos, o mejor, ajustados a dicho objeto. La organización de los saberes, sin embargo, dependen del problema específico que se pretende explicar, de manera que casi siempre se da cierta interdisciplinariedad en el trabajo de investigación. Resolver preguntas como ¿por qué un parásito puede penetrar la membrana de un eritrocito sin romperla?, o ¿por qué los jóvenes drogadictos de cierta comunidad se organizan en pandillas? o ¿por qué se pasa de un Sistema Nacional de Salud a uno de Seguridad Social en Salud?, son preguntas que no pueden resolverse desde una sola disciplina. En la primera seguramente se tendrá que acudir a teorías y métodos de la Bioquímica, de la Inmunología, la Parasitología, la Hematología, etc., mientras que las dos últimas requerirán saberes de la Antropología, la Historia, la Sociología, la Psicología social, etc. Por lo menos en la actualidad, es muy raro que una sola disciplina afronte sus preguntas con total autonomía teórica.

Los recursos requieren ahora otro tipo de organización. Los tiempos cambian y los resultados son otros. Ya no se espera que el investigador le resuelva el problema a este Pedro o a este Juan. Ni siquiera, strictu sensu, se espera un cambio inmediato en el modelo tecnológico desde el cual se resuelve determinado problema. Si la explicación es lo suficientemente convincente como para probar nuevas estrategias de intervención, es algo que resulta de un segundo momento. Es el impacto tecnológico de la investigación que ha sido tan solicitado en el terreno de la

política científica, pero que no puede exigírsele a todo proyecto de investigación.

Cuando se investiga, entonces, todo el esfuerzo está puesto en convencer a los otros, es decir a los interlocutores en ese terreno particular -los «pares» o la comunidad científica específica- que la explicación nueva del fenómeno es convincente o, por lo menos, logra decir cosas que no se habían dicho con una lógica que puede sostenerse coherentemente. Igual, quien realiza una innovación tecnológica deberá convencer a sus usuarios potenciales que es mejor que el modelo anterior. No obstante, siempre cabe la suposición de que podría ser de otra manera, así que la duda persiste y la certeza absoluta es más bien una pérdida.

El compromiso ético también es diferente y exige al investigador un esfuerzo especial por identificar el riesgo moral al que estaría sometido él, la sociedad o los sujetos involucrados en el proceso de investigación, y por encontrar estrategias para disminuir o afrontar tales riesgos.

Es claro que el proceso racional puede ser más o menos parecido en cualquier proceso de investigación. Se dice, por ejemplo, que el investigador se formula una pregunta, luego sugiere respuestas a las que llama hipótesis y por un sometimiento a pruebas o comprobaciones, concluye que sus hipótesis eran más o menos acertadas. A esto se le llama habitualmente «método científico» y se supone que quien pase por este recorrido, con cierto grado de obsesividad, está haciendo una muy buena investigación.

Pero esta posición confunde porque la resolución de cualquier pregunta puede ser entendida como investigación. Si se especifica el tipo de pregunta y el lugar que ocupa frente a la relación permanente sujeto-realidad, como lo he

intentado en esta reflexión, la investigación resulta algo muy diferente a la innovación tecnológica y al ejercicio profesional. Los tres son simplemente tipos de actividad humana y sería muy difícil valorar su complejidad. ¿Acaso es más complejo pensar en la teoría de membranas que hacer una cirugía cardiovascular o un buen protocolo para una prueba de eficacia terapéutica de un medicamento?. Podemos verlos como planos de especialización del trabajo en salud, pero también cabe el caso, como de hecho existen, de un buen cirujano que conoce bien la epidemiología clínica, o de alergólogos que investigan en el campo de la inmunología, o inmunólogos que se concentran en el desarrollo tecnológico a nivel molecular. El asunto no es de nivel, es de diferenciación de escenarios y formas de organización del conocimiento.

#### **¿Para qué diferenciar?**

Es posible que este esfuerzo de diferenciación sea visto como un intento de distanciamiento de los profesionales y los investigadores en salud o como un obstáculo para hacer investigación desde la práctica profesional, lo cual tampoco ocurre con tanta frecuencia. Pero el único argumento que puedo presentar en contra de esta interpretación no es otro que «al pan, pan y al vino, vino»; así podemos saber cuándo comemos pan o cuándo tomamos vino, sin que nos importe si somos mejores por tomar vino que por comer pan. En el mismo sentido, la definición de políticas o la asignación de recursos de un país o de una institución para la atención individual y colectiva en salud se diferenciarían de los que se dediquen a la innovación tecnológica o a la investigación. Además, la gestión de tales recursos estaría dedicada a favorecer cada actividad con base en su especificidad y no como ocurre frecuentemente, que la docencia es investigación porque se hacen clubes de revistas o se asesora una monografía, que la cuantificación de la atención en

salud es investigación porque se usa la estadística, etc., y al final, no se sabe dónde invertir los recursos para la investigación en salud o se los invierte en cualquier actividad. En otras palabras, la diferenciación de la actividad profesional, de la innovación tecnológica y de la investigación en el terreno de la salud puede servir de guía para la definición de políticas institucionales en uno y otro sentido, con especificidad, calidad y eficiencia. Una de estas políticas es, precisamente, la creación de los Programas Universitarios de Investigación (PUIs) que desarrolla actualmente la Universidad Nacional de Colombia.

La diferenciación entre profesión e investigación también tiene implicaciones en la formación. La Universidad Nacional se ha planteado una reforma académica que pretende darle un lugar central a la investigación en los procesos de formación. Esto ha sido fácilmente

comprensible en disciplinas como Física, Química, Biología, Matemáticas, Antropología, Sociología, Economía, etc. Pero, en el terreno de carreras más enfocadas a la formación de profesionales, como Derecho, Ingeniería, Medicina, Odontología, Enfermería, etc., la ausencia de esta diferenciación produce una marginalidad inconciente de la investigación en la formación profesional, de manera que una reforma como la que se propone comienza a ser inviable.

Bien vale la pena diferenciar las actividades aunque todas se inscriban en el trabajo académico. Los currículos deben ser capaces de presentar las especificidades y las articulaciones de estas actividades y de ofrecer vías para profundizar en una u otra si así lo desea el estudiante. Así, el estudiante de medicina podría formarse con el mismo rigor en las destrezas para hacer colecistectomías, o en el diseño de

modelos comparativos de los tipos de colecistectomías, o en la fisiología de las vías biliares. Incluso, podría hacer bien las tres cosas de manera más o menos simultánea. Incluso, es posible que sólo la actitud de pregunta y el sostenimiento de las dudas en momentos oportunos y escenarios pertinentes sea toda una estrategia pedagógica para iniciar a los futuros profesionales en el terreno de la investigación. Pero una u otra opción requiere un debate muy serio que aún no se produce con la suficiente profundidad en nuestras facultades de la salud, por lo menos en el contexto de la Universidad Nacional de Colombia.

Siempre vale la pena reflexionar, pero en el campo de la academia, ésta no es una pena sino una necesidad. Una exigencia que conduce al viejo aforismo de «no hay nada más práctico que una buena teoría».