

Reflexiones sobre algunos aspectos naturalizados de nuestra práctica clínica

Reflections about some naturalized aspects of our clinical practice

Nanci Giraucho[†] y Sergio Terrasa[‡]

Documento de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General

Resumen

Algunos saberes organizados influyen sobre nuestra práctica clínica y están ampliamente naturalizados en los profesionales de la salud, en las instituciones que nos forman y en la comunidad en la que trabajamos. Estos saberes influyen sobre los cuidados que damos a los individuos enfermos y sobre las intervenciones preventivas que recomendamos a las personas sanas. Los autores de este artículo discuten sobre: 1) la hegemonía de los modelos médicos, 2) el reduccionismo biológico, 3) la ilusión de la díada médica, 4) los límites difusos entre los factores de riesgo y las enfermedades, 5) el uso sustantivante de uno de los atributos que tiene una persona (ej. hipertensión arterial), 6) los procesos que hacen que una persona se convierta en paciente.

Abstract

Some organized knowledge influence our clinical practice and are widely naturalized in health professionals, medical institutions and the community. This knowledge influence the care we deliver to our patients and preventive interventions we recommend for healthy individuals.

The authors of this article discuss: 1) hegemonic medical models, 2) biological reductionism, 3) the illusion of medical dyad, 4) the blurring boundaries between risk factors and disease, 5) the substantive-like use of one of the attributes (hypertension) that an individual has, 6) the processes that make a person become patient.

Palabras clave: práctica clínica, factores de riesgo, enfermedad, reduccionismo biológico. **Key words:** clinical practice, risk factors, disease, biological reductionism.

Giraucho N y Terrasa S. Reflexiones sobre algunos aspectos naturalizados de nuestra práctica clínica. *Evid Act Pract Ambul.* Ene-Mar 2014;17(1):20-23.

Introducción

El ejercicio de la medicina como disciplina se estructura como un conjunto de saberes organizados que dan sustento a una práctica, a una serie de representaciones y a la construcción de un objeto de estudio o campo científico específico.

Sin embargo, cuando se los aplica en forma rutinaria y automática, este cuerpo de saberes y conocimientos puede cristalizarse en una visión naturalizadora de sus fundamentos. Esta "naturalización" impide a veces el reconocimiento de la influencia de determinadas creencias, teorías y axiomas, en el marco de los cuales generamos hipótesis e interpretaciones de los fenómenos sobre los que actuamos^{***}.

Consideramos que el vértigo de nuestro desempeño cotidiano como profesionales de la salud conspira contra que reflexionemos críticamente sobre nuestro hacer y desdibuja el sustrato de algunos supuestos en el marco de los cuales desarrollamos nuestra tarea de todos los días.

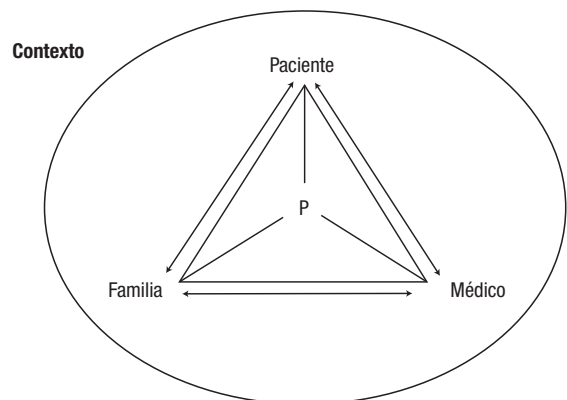
Durante este artículo trataremos de "parar la pelota" y mirar un poco como está dispuesto el juego antes de seguir pateando los problemas hacia adelante.

La ilusión de la díada médica

Habitualmente, los médicos somos formados en la "ilusión de la díada médica", como si la interacción que llevamos adelante ocurriera solamente con nuestro paciente.

Sin embargo, muchos autores proponen la representación del vínculo entre el equipo de salud y el usuario como un triángulo terapéutico². Esta forma geométrica amerita la descripción de tres componentes (figura 1), interaccionando cada uno con los otros dos con mayor o menor intensidad. Este sistema "triangular", a su vez, está inserto en un contexto (comunitario o social), que afecta a toda la estructura.

Figura 1: el triángulo terapéutico



En general, llamamos "P" al problema de salud o de asesoramiento preventivo, cuya definición suele estar determinada por la perspectiva del equipo de salud, del paciente y de su familia y de la cultura en la cual estamos insertos. Ponemos como ejemplo al factor de riesgo diabetes tipo 2, o bien a cualquiera de los problemas de salud que tienen mayor probabilidad de aparecer en su presencia. Fuente: William D et al. *Family therapy and family medicine: toward the primary care of families.* The Guilford Press, New York 1983.

Como sostiene Young³ en uno de los trabajos fundadores de la antropología médica actual, el modelo médico tradicional reduce los procesos de salud/enfermedad/atención a meros eventos clínicos, lo que tiende a circunscribir las relaciones sociales casi exclusivamente a la relación médico/paciente-

[†]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Nanci.giraucho@hiba.org.ar

[‡]Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires y Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Prosecretario científico de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG). Sergio.terrassa@hiba.org.ar

^{***} Todo esto, a menudo silenciado, cobra cuerpo en distintas expresiones (normativas, guías o protocolos de procedimientos, cultura institucional, etc.).

familia^{††}, excluyendo otro tipo de relación macro-social e incluso comunitaria.

Esta visión contribuye a que buena parte de nuestra jornada laboral trabajemos en forma rutinaria e ignorando el contexto en el que se inserta nuestra actividad, lo que puede influir en el resultado de nuestras intervenciones médicas que podrían valorarse en forma extrema en términos de éxito y de fracaso de dicha interacción humana y social: satisfacción del paciente y/o su familia, éxito o fracaso terapéutico, grado de compromiso con el plan terapéutico o preventivo acordado, recomendación de nuestros servicios a otros potenciales clientes, probabilidad de litigio ante un resultado no deseado de alguna intervención, etc.

Dicho de otra forma, esta falta de consideración del resto de los componentes del sistema, puede menoscabar la eficacia de nuestras intervenciones e incluso, producir daños^{4,5}.

No deberíamos sorprendernos

Que la enfermedad sea concebida como un fenómeno exclusivamente biológico, que sus dimensiones sociales, culturales y subjetivas sean sistemáticamente negadas, y que los recursos terapéuticos queden exclusivamente limitados a la farmacología o la intervención anatómica directa no debería resultar sorprendente, sino más bien inevitable, si se toman en cuenta las profundas razones epistemológicas que las originan.

Algunas de estas cuestiones tienen que ver con nuestra tradición profesional, que tiene componentes heredados del pensamiento cartesiano y que a través de su mirada reduccionista (que puede resultar útil para el análisis de las partes) escinde al sujeto de su mundo, apoyándose en una distinción rígida entre lo objetivo y lo subjetivo. Esta mirada, que tiene un papel fundacional en la ciencia moderna, alimenta la ilusión de que es posible una aplicación neutral, objetiva e independiente de cierta perspectiva, una mirada reveladora sobre lo real mismo sin interposiciones de ningún tipo o dicho de otro modo, una mirada deshistorizada y carente del ruido informacional de la subjetividad individual y/o las influencias culturales^{6,7††}.

Los modelos hegemónicos

Los modelos hegemónicos de práctica profesional instalados en el campo de la medicina biomédica mediante su estado objetivado (instituciones, normas y procedimientos) se imponen como los únicos capaces de atribuirse la legitimación social que el carácter de científico otorga en nuestra época a

una disciplina "oficial"⁸. De este modo, se sustraen a la visión crítica y se apoyan en el prestigio académico y en la aceptación social para evitar constituirse en objetos de estudio para sí mismos o desde otras perspectivas.

El modelo médico hegemónico perfila la práctica y se instituye como paradigma de generación en generación. Desde los estadios más incipientes de nuestra formación, y bajo la forma de un currículum oculto sostenido durante nuestro quehacer cotidiano y transmitido como modelo estereotipado de comportamiento, esta particular modalidad profesional es recibida y naturalizada de manera poco crítica por nosotros: los propios profesionales de la salud⁹. Se trata de elecciones ignoradas, naturalizadas bajo el ropaje de lo obvio y lo inevitable, y a salvo de cualquier contingencia capaz de interpelarlas. Esta lógica particular casi nunca se plantea ni se impone de manera explícita, ya que su inculcación ocurre de un modo imperceptible, gradual y progresivo, lo que va generando un hábito que se incorpora eficazmente y de manera inadvertida^{***9}.

Este espíritu suele ser internalizado de modo inconsciente y no deliberado y por lo tanto, se nos ubica en ese subsuelo oculto habitado por creencias que no reconocemos¹⁰.

Sin embargo, consideramos que dicha situación, tiene sus raíces mucho antes de este momento formativo ya que se encuentra enraizada en la sociedad mediante un conjunto de representaciones compartidas por el imaginario de nuestra comunidad^{†††}. De este modo los nuevos profesionales adoptan un estilo de práctica, una modalidad de conocimiento y un modo de apropiación de los saberes y por otro lado, responden a una demanda social que muchas veces reclama esta forma de actuar^{††† 8}.

Pensando desde la visión de Derrida,^{§§§} podemos argumentar que para cuestionar la visión fragmentaria, reduccionista, abstraccionista y limitada a la aplicación de la lógica estadístico matemática de la enfermedad como proceso, y del cuerpo de los pacientes como lugar o geografía, tenemos que realizar una deconstrucción sistemática del dispositivo productor de aquellos saberes e intentar volver a construirlos.

Confundiendo riesgo con enfermedad

En este contexto, vale destacar que durante el último siglo y posiblemente a partir del desarrollo del método epidemiológico, del conocimiento de la fisiopatogenia y de los mecanismos involucrados en la causalidad compleja de las enfermedades crónicas, tanto la comunidad científica como la población general, han comenzado a atribuirle el carácter de enfermedad a conceptos que desde lo biológico son predominantemente factores de riesgo^{****}.

^{††} Esta visión a través de la "cerradura biomédica" suele quedar plasmada en los registros que solemos volcar los profesionales de la salud en las historias clínicas de nuestros pacientes, o por lo menos lo que tendemos a registrar naturalmente y sin hacer un esfuerzo cognitivo con el objeto de situar y describir al individuo en su contexto. Este mecanismo de conceptualización es muy evidente en la forma narrativa que la mayoría de los profesionales en formación, cuentan los problemas que aquejan a las personas que asisten en las rondas o pases de guardias, especialmente los que ejercen su actividad en disciplinas vinculadas con la medicina interna y/o con disciplinas quirúrgicas: "...Mujer de 28 años, Gesta 2, Parto 1, Aborto 0, etc..."

^{†††} Este tipo de ilusión de observación sin sujeto observador nos hace pensar que es posible el mito de la objetividad total, pura e incontaminada.

^{***} P. Bourdieu denomina hábitus científico a los sistemas generadores de percepción, apreciación y acción que son el producto de una forma específica de acción pedagógica y que vuelven posibles la elección de objetos, la solución de problemas y la evaluación de las soluciones⁹. La estereotipación y la repetición indefinida perpetúa el hábitus sobre el que se instala la práctica profesional.

^{††††} Estas reflexiones incluyen pensar el poder del que se encuentra socialmente investido el equipo de salud y particularmente el médico, y su visión reduccionista de los contenidos biológicos para la que se ha visto permanentemente estimulado a lo largo de su formación profesional (^{†††}).

^{†††††} El horizonte de expectativas respecto del perfil profesional es compartido por la mayoría de los miembros de la comunidad médica y por la sociedad en su conjunto.

^{§§§} El término deconstrucción es la traducción que propone Derrida del término alemán Destruktion, que Heidegger emplea en su libro "Ser y tiempo" (1927).

^{****} Muchas veces esta confusión no es casual y es fogueada desde la industria farmacéutica y de tecnología médica con el objetivo de incrementar sus ganancias.



Por ejemplo, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2, constituyen factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular, renal, retiniana, neuropática y daños en los pies^{11,12}. En ese contexto, los autores de este artículo consideramos que la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2 no son enfermedades en sí mismas, sino mecanismos de funcionamiento del organismo que implican una peor adaptación al ambiente actual, predominantemente urbano, en el que la mayoría de los trabajos implica poco o nulo ejercicio, además de una sobreoferta de alimentos respecto del gasto calórico que realizamos y de la cantidad de sodio que necesitamos para nuestros procesos biológicos¹³.

Como dijimos previamente, si bien se trata de mecanismos poco homeostáticos en el largo plazo dado y que aumentan la probabilidad de desarrollar alguna enfermedad, consideramos que recién podemos decir que la persona se ha enfermado cuando ha sufrido algún daño en su cuerpo que le implica algún sufrimiento o alguna pérdida de funcionalidad respecto de la que podría haber tenido si hubiera alcanzado su máximo potencial de salud.

Esta mayor probabilidad de desarrollo de enfermedad cardiovascular (accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria o vascular periférica, retiniana o renal) puede traducirse en: 1) sufrimiento "físico" y limitación de actividades debidos a síntomas como la disnea, el dolor anginoso o la claudicación intermitente y el dolor neuropático; 2) pérdida de funciones (hemiplejía, ceguera, insuficiencia renal con necesidad de diálisis, amputaciones); 3) sufrimiento de carácter predominantemente anímico (tristeza o duelo por las funciones perdidas o depresión); 4) deterioro económico para el afectado o para su familia, consecutivo a alguno de los sucesos ocurridos.

¿Cuándo nos convertimos en pacientes?

Esta categorización en distintos subgrupos de riesgo cardiovascular de acuerdo a los niveles de presión arterial, glucemia y colesterol que presenta el individuo fue originalmente desarrollada con la intención de "cuidar" a la persona, en el sentido de ayudarla a efectuar cambios que le permitan disminuir su probabilidad de desarrollar alguno de los desenlaces adversos que mencionamos previamente. Sin embargo, no tenemos que olvidar que a muchas personas que nos consultan solicitándonos asesoramiento preventivo o que "capturamos" en alguna maniobra de rastreo poblacional de estos factores de riesgo, las "instituciones de salud" (o sea, nosotros¹⁴) las convertimos en pacientes.

Welch y col.⁽¹⁴⁾ sostienen que antes del siglo XX y hasta bastante avanzado el mismo –lo que continúa ocurriendo en las comunidades con escasa apropiación del pensamiento de la "medicina preventiva"– la gente iba al médico solamente cuando se sentía mal, y sólo en ese momento se convertía en paciente. Sin embargo, hoy cualquier persona puede convertirse en paciente por el sólo hecho de que se le explicita su perfil de riesgo, así como las intervenciones que podría poner en práctica para reducirlo. Desde nuestra perspectiva esta per-

sona no es todavía un paciente, y debería entérzelo como alguien que solicita asesoramiento –¡o que se le brinda sin que lo haya solicitado!– para poder desarrollar su máximo potencial de salud.

El uso sustantivante de atributos vinculados a la salud de las personas

Consideramos que una persona que tiene un perfil de valores tensión arterial o glucemia que lo coloca en una categoría de mayor riesgo que otras de desarrollar enfermedad cardiovascular, no está enfermo, y no deberíamos decir que sufre hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2, salvo que esté verdaderamente sufriendo alguno de los desenlaces cardiovasculares para los que está más proclive

Sin embargo y probablemente por la practicidad que nos brindan los atajos que tiene el lenguaje, es muy habitual que los miembros del equipo de salud rápidamente ubiquemos a esa persona en alguna categoría clínica que convierte a ese atributo en un sustantivo. De esta forma una persona que tiene hipertensión se convierte en "hipertensa" y una que tiene diabetes en "diabética". Si bien resulta práctico (es más rápido y práctico decir "...un hipertenso...", que decir "...una persona con hipertensión arterial..."), consideramos que este modo de referirse resulta estigmatizador^{15,16}. Esta forma de referirnos nos hace olvidar que se trata de personas con toda su riqueza y que entre las muchas cosas que son o atributos que tienen, poseen una condición de salud con un cierto perfil de riesgo o enfermedad determinada¹⁷.

Ya hace más de cuarenta años, en su trabajo denominado "Némesis Médica", Ivan Ilich alertaba que la medicina moderna había creado un gran número de enfermedades consecutivas a los tratamientos disponibles. A esta problemática "moderna", que involucra a las ciencias, a la salud y a la enfermedad, Ilich la denominó "yatrogénesis"¹⁷, y advirtió que la tenacidad de la ciencia médica en intentar mejorar las oportunidades en salud de las comunidades estaba tendiendo a que perdiéramos autonomía en la forma de adaptarnos a nuestro ambiente¹⁷.

Conclusiones

El ejercicio de una observación crítica sobre el saber médico, sobre sus prácticas y representaciones no será posible desde posiciones que compartan las limitaciones de la visión fragmentaria y reduccionista de la realidad. Sin embargo, no será una solución la sustitución de una mirada parcializada e incompleta por otra igualmente mutilada pero de sentido opuesto. Coincidimos en que la institución médica no puede vaciarse de contenidos biológicos que le resultan imprescindibles y que debe aprovechar las herramientas que le permiten tratar enfermedades y aliviar padecimientos, por lo que le resultan provechosos los aportes de la tecnología como instrumento de su accionar¹⁸. Nada de esto resultará posible sin la participación de los propios profesionales de la salud y sin la interacción creativa entre disciplinas diversas capaces de gestar nuevos discursos.

¹⁴ Cuando decimos nosotros, también estamos diciendo: nuestra circunstancia política, las influencias que recibimos a través de los medios masivos de difusión, las presiones de la corporación médica la industria farmacéutica y las empresas fabricantes de tecnología médica.

¹⁵ Son personas con toda una complejidad e identidad que excede en forma amplia su clasificación como "hipertenso" o "diabético".

¹⁶ No se trata de proscribir el uso de estrategias sino de expandir las posibilidades de su accionar, de dotar de una nueva racionalidad a la utilización inteligente de los numerosos recursos de que dispone, de desplazar los fundamentos de su ejercicio de lo biológico a lo humano, y de rescatarla de la atomización de una tecnociencia impersonal investida de conocimiento científico.

El orden científico establecido se vale de un conjunto de instituciones encargadas de asegurar la producción y la circulación de bienes científicos a través de un sistema de enseñanza capaz de asegurar a la ciencia oficial la permanencia y la reproducción de su propio estatuto****.

Dadas estas reglas de juego consideramos que aquello que parece no requerir justificación -lo supuestamente dado, la verdad en sí, los enunciados, las costumbres, las representaciones y las prácticas disciplinares que aparecen como saberes- requiere una re-exposición, un cuestionamiento y una revisión.

Para finalizar y para invitar a la reflexión evocamos un pensamiento de Bordieu¹⁹:

“...el campo científico es el lugar de una lucha competitiva que tiene por desafío específico el monopolio de la autoridad científica. El universo puro de la ciencia más pura es un campo social como otros, con relaciones de fuerza, monopolios, luchas y estrategias, intereses y ganancias...”.

Los autores de este artículo agradecen a Vilda Discacciati por su mirada reflexiva y crítica y por sus aportes sobre el tema.

Referencias

1. Bourdieu P. Outline of a Theory of Practice. R. Nice, transl. Volume 16. Cambridge 1977, Cambridge University Press.
2. Doherty William et al. Family therapy and family medicine: toward the primary care of families. The Guilford Press, New York 1983.
3. Young A. The anthropologies of illness and sickness. Annual Review of Anthropology 1982;11:257-85.
4. Beckman H y col. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994;154(12):1365-70.
5. Kaplan S y col. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic diseases. Med Care 1989;27(3 Suppl):110-27.
6. Vidal A. Existencialismo, subjetividad y humanismo. Capítulo 10. En: Introducción a la filosofía y a la argumentación filosófica. Alejandra Bertucci y col. 1ª ed. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2013.
7. González G. Heidegger y los relojes. Ediciones Encuentro, S.A. Madrid 2008.
8. Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana, 1990.
9. Bourdieu P. Habitus, code et codification, en A.R.S.S., N° 64, Paris, 1986, pp. 40-44.
10. Pascal B. Traducción y ampliación de Xavier Zubiri (2004), Pensamientos, España: Alianza Editorial, ISBN 84-206-5824-3.
11. Barceló A y col. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. Bulletin of the World Health Organization 2003;81(1):19-27.
12. Pramparo P y col. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. Rev. argent. cardiol. 2011;79(4):377-382.
13. Boissonnet C y col. Educational inequalities in obesity, abdominal obesity, and metabolic syndrome in seven Latin American cities: the CARMELA Study. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2011;18(4):550-56.
14. Welch G y col. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. Beacon Press, 2011.
15. Goffman E. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores España SL, 1970.
16. Silva C y col. Estigma y esquizofrenia en diarios de Buenos Aires. Archivos de Medicina Familiar y General 3(2); 2006. Disponible en URL: <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/view/41/41>
17. Illich I. Némésis médicale. Œuvres complètes, Paris; Fayard, 2003.
19. Bourdieu P y col. El oficio de sociólogo: presupuestos epistemológicos. Siglo XXI. Madrid, 1976.

****La disciplina elabora sus relaciones de conocimiento con la realidad y al mismo tiempo la define.

