



POR QUÉ
LOS MÉDICOS
NO DEBEN
BUSCAR
OBJETOS,
SINO
RECONOCER
INTERACCIONES

Por: Santiago

Galvis V.*

Ilustraciones:

Pablo Villafrade (behance.net/villafrade_dibuja)

* Antropólogo, Ph. D. Profesor asociado, Facultad de Medicina, Universidad El Bosque.

sgalvisvi@unbosque.edu.co / Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2015-7107>

ESTE TEXTO PARTE DE FORMULAR UNA PREGUNTA APARENTEMENTE SENCILLA: ¿QUÉ BUSCA EL MÉDICO EN SU ENCUENTRO CON EL PACIENTE? LA RESPUESTA QUE SE ANTOJA EVIDENTE ES QUE BUSCA LAS CAUSAS DEL MALESTAR, QUE BUSCA LA ENFERMEDAD; ¿CÓMO?, ACTUANDO SOBRE UN ESQUEMA CULTURAL QUE DISTINGUE CON CLARIDAD LA NORMALIDAD Y LA ANOMALÍA. A PARTIR DE ESTA PREMISA INICIAL, EL TEXTO SUGIERE QUE AL REPRODUCIR ESTA MANERA DE ACTUAR, EL MÉDICO ESTÁ BUSCANDO OBJETOS, ES DECIR, ENTIDADES RELATIVAMENTE FIJAS CON CARACTERÍSTICAS ESTABLES. EN CONTRA DE ESTA INTERPRETACIÓN, SE PROPONE LA NECESIDAD DE QUE EL MÉDICO APRENDA A RECONOCER INTERACCIONES Y SUS RASTROS. LA TESIS CENTRAL QUE SE DEFIENDE ES QUE LOS MALESTARES Y LAS ENFERMEDADES SON NECESARIAMENTE RELACIONALES, LO QUE SIGNIFICA QUE SON EL RESULTADO DE COMPLEJAS RELACIONES QUE SÓLO EXISTEN EN VIRTUD DE UN CONTEXTO CONFIGURADO A PARTIR DE ENTRELAZAMIENTOS. EL TEXTO PROPONE QUE EL MÉDICO, ANTE TODO, DEBE CONVERTIRSE UN BUEN INTÉRPRETE, CON LA CAPACIDAD DE IDENTIFICAR RELACIONES OCULTAS Y ESPECÍFICAS.

▼

EN BUSCA DE OBJETOS

En el consultorio, la escena suele ser más o menos la misma. El médico invita a pasar al paciente y le pide que tome asiento; después de un breve intercambio de palabras para cumplir las formalidades de rigor, procede a realizar un interrogatorio en busca de datos significativos que le ayuden a perfilar un primer diagnóstico. Por lo general, el médico empieza identificando las características más notables del paciente: su edad, sexo, las actividades que configuran su vida cotidiana; luego, le pregunta sus motivos de consulta y trata de encontrar antecedentes personales y familiares que le indiquen riesgo o presencia de alguna enfermedad o condición riesgosa. Siguiendo la rutina, procede a realizar el examen físico, para descartar o corro-



borar sus primeras intuiciones; a través de la observación, la palpación, la percusión y la auscultación, el médico pone en marcha una elaborada combinación de técnicas que constituyen el núcleo elemental de la práctica clínica. Tomando como referencia los datos obtenidos y valiéndose de su criterio profesional y sus habilidades, procede a clarificar y precisar un diag-

nóstico —aunque a veces esos mismos datos no hacen sino confundirlo— y, generalmente, sugiere también el tratamiento que estima más conveniente. Al final de la consulta, el paciente abandona el recinto. El éxito de este encuentro dependerá mucho de los hallazgos, las respuestas obtenidas y el tenor que haya tenido.

Pese a lo cotidiano de la escena, su aparente sencillez esconde miedos, angustias, tensiones y saberes que pueden escapar al escrutinio de una mirada distraída. Como bien se describe en la literatura que aborda el tema, la relación médico-paciente compromete una compleja red de interacciones que revelan cómo se ejerce la medicina y cuál es el contexto sociocultural que le brinda sentido. Actualmente son cuantiosos los estudios que se han detenido a analizar este fenómeno a través de interrogantes que ayudan a afinar la mirada para no desestimar sus detalles más relevantes (Emanuel & Emanuel, 1992; Huynh & Dicke-Bohmann, 2019). Sin embargo, dentro de los múltiples interrogantes posibles, hay uno que, por lo general, pasa desapercibido o que, quizás por parecer evidente, no suele ser planteado de manera tan clara: ¿qué es exactamente lo que busca el médico cuando se produce ese encuentro?

La respuesta que se antoja más obvia es que busca lesiones, enfermedades y condiciones irregulares. Su experiencia, sus conocimientos y la manera de aplicar su técnica le indican que determinados signos y síntomas corresponden con síndromes, patologías o trastornos específicos, y que para cada uno de ellos existen tratamientos y terapias que pueden resultar efectivas al momento de subsanar las afectaciones que llevan al paciente a la consulta. Es quizás por esta razón que, durante la anamnesis y el examen físico, el médico procura identificar estados y manifestaciones objetivas que le ayuden a reconocer los contornos de las entidades que generan la anomalía. En suma, ante el interrogante de qué es exactamente lo que persigue el médico cuando coincide con el paciente, se podría sugerir que busca aislar las causas del malestar para proceder a controlarlas y, de ser posible, eliminarlas por completo. Con mayor precisión, se podría decir que lo que pretende exactamente el médico es buscar causas.



Aunque en principio el propósito luce bastante claro, lo que no parece ser del todo visible es cómo lo hace. Al respecto, se puede señalar que una de las principales habilidades del médico consiste en distinguir la anormalidad en el funcionamiento del organismo humano; parte de su labor es aprender a percibir y clasificar las regularidades que definen la normalidad, ya que solo a partir de ellas le resulta posible establecer los parámetros que configuran la anomalía (Canguilhem, 1984). Es como si antes de cualquier encuentro con uno de sus pacientes, el médico tuviera que hacer el siguiente ejercicio: concebir la figura de un organismo aislado que se comporta según las expectativas que indican las leyes biológicas, para luego empezar a detectar con precisión los valores que se alejan de esos parámetros previamente definidos por el canon.

Una vez trazados estos linderos iniciales, los que distinguen la normalidad de la anomalía, el médico debe ejecutar una acción que resulta igual de necesaria. Si transita los terrenos de la anormalidad, debe ser capaz de reconocer sus matices y sus magnitudes, pues solo así podrá identificar con mayor precisión la alteración que está presente en el organismo. Cualquier diagnóstico que reconozca una lesión, una enfermedad o una condición anómala, debe recibir una identidad conocida, ya que es a través de ella que será posible sugerir el tratamiento que se estime necesario. Así, cuando el médico se dispone a medir la presión arterial de uno de sus pacientes, por ejemplo, un hombre de cincuenta años, lo primero que hace es considerar los valores normales de la presión sistólica y diastólica que, según se ha establecido para este caso, corresponde a 120/80 mm Hg. (Williams et al., 2018). Si el resultado de las mediciones arroja valores que se alejan sustancialmente de la normalidad, digamos 150/100, determinará que el paciente sufre una enfermedad vascular denominada *hipertensión arterial*, la cual puede afectar el adecuado funcionamiento del corazón, los riñones, el cerebro y, en general, de todo el sistema cardiovascu-

lar. Lo más probable es que, tras el diagnóstico, el médico recomiende a su paciente un cambio sustancial en su estilo de vida, que le sugiera una dieta baja en sodio y que lo conmine a incrementar la actividad física, en caso de que su rutina sea sedentaria. También es probable que le prescriba alguna combinación de medicamentos como diuréticos, inhibidores de la ECA y betabloqueador.

¿Qué busca entonces el médico en la consulta? Al parecer, más que lesiones, enfermedades y condiciones irregulares, busca objetos, es decir, entidades con propiedades definidas que pueden ser conocidas e identificadas en virtud de sus condiciones estables. En este caso en particular, se trata de entidades perceptibles, medibles y cuantificables que se entienden ancladas a *una única realidad* objetiva y neutral que se rige por las leyes de la biología, y que existe a pesar de las interpretaciones subjetivas que puedan surgir de los pensamientos que los seres humanos elaboran (Lock & Nguyen, 2010). El médico mide la presión arterial para identificar la presencia o ausencia de un hecho cierto —la excesiva fuerza de la sangre sobre las paredes de las arterias— al que denomina hipertensión, no lo hace para describir la experiencia del paciente.

Hay elementos en esta manera de entender el organismo y sus funciones que resultan problemáticos y alrededor de los cuales vale la pena discutir con algunos argumentos adicionales. Desde luego, esto no equivale a afirmar que la manera como se entiende y practica la medicina sea la equivocada; simplemente es una forma de plantear algunos cuestionamientos que pueden contribuir a comprender con mucha más claridad los fenómenos que a ella le interesan. No hay que olvidar que hacer cuestionamientos de esta naturaleza es fundamental para encontrar explicaciones novedosas, que son finalmente las que han permitido a los seres humanos comprender el mundo que habitan en términos siempre distintos (Deutsch, 1999; Wagensberg, 2007).

NO HAY OBJETOS, HAY

INTERACCIONES

¿Cómo identifica el médico una condición cualquiera que requiere su intervención? Básicamente, la reconoce. La reconoce porque la ha visto antes, o al menos eso cree. Quizás la vio en un encuentro previo con un paciente que mostraba signos y síntomas similares, o tal vez en la literatura y las guías clínicas que con tanto esmero ha revisado. Es también posible que la reconozca del laboratorio de patología. Lo cierto es que la recuerda y, por tanto, es capaz de hacer comparaciones que conduzcan a la formulación de un diagnóstico. Desde luego, el problema no radica en hacer las respectivas comparaciones, sino en asumir que esa condición cualquiera, digamos, la hipertensión, reposa aislada en algún lugar específico de la realidad, esperando a ser comparada en virtud de unas propiedades intrínsecas que la distinguen (Mol, 2002).

Si el médico busca objetos, aprenderá a identificar entidades con características relativamente estables que pueden añadirse al paciente en el transcurso de la consulta. Así, quien presenta valores como 150/100 en su presión arterial, se convierte de súbito en hipertenso: su identidad se nutre de una característica adicional que le es agregada durante su encuentro con el médico. En medicina –aunque no solo allí– es común referirse a la hipertensión, el corazón, la sangre y las arterias en términos de objetos plenamente definidos que existen, independientemente de si son percibidos por los seres humanos o no (Mol, 2002). Como se señaló anteriormente, la enfermedad emerge al comparar dos estados de ese mismo objeto: uno ideal y normal que sirve de referencia, y el que es visible a través de la acción médica y del cual se puede afirmar si se encuentra sano o enfermo.

Para que todo este proceso sea posible se requiere construir un cuerpo humano normal que sirva de patrón para encontrar la anomalía. De manera análoga a los estudios clínicos aleatorizados, la medicina ne-

“**...La relación médico-paciente compromete una compleja red de interacciones que revelan cómo se ejerce la medicina y cuál es el contexto sociocultural...**”



cesita su *gold standard* para trazar los límites entre salud y enfermedad. La forma más común de establecer las características de ese cuerpo humano es imaginarlo, en primer lugar, desvinculado de cualquier contexto; luego, se procede a determinar cada uno de sus componentes orgánicos, a describir el adecuado funcionamiento de sus sistemas y a enunciar las leyes y regularidades que lo rigen. Por lo general, este cuerpo humano imaginario se sitúa inicialmente en el plano de la naturaleza, es decir, aislado de cualquier

factor externo que pueda llegar a desequilibrarlo. Esta comprensión sugiere, por tanto, que ese estado inicial opera bajo códigos eminentemente biológicos, anclados a una base universal estable encargada de definir la normalidad (Lock & Nguyen, 2010). En síntesis, digamos que ese cuerpo humano imaginario es el mismo que aparece retratado en los textos de anatomía: sobre un fondo blanco, tranquilo, simétrico, neutro, bien proporcionado y sin tensiones aparentes. Es la imagen de la biología humana prístina, justo antes de entrar en contacto con los contextos y factores externos que, finalmente, terminarán enfermándola.

Tras esta forma de concebir el cuerpo humano y, por tanto, de trazar los límites entre la normalidad y la anomalía, hay una comprensión implícita de la biología como un ámbito particular e independiente dentro de la realidad. A quienes aceptan esta lectura sin mayores inconvenientes, les resulta un hábito afirmar que la enfermedad es el resultado de factores biológicos, medioambientales y sociales, como si cada uno de estos factores se alojara en una porción particular del universo que opera bajo sus propias reglas. Se trata, básicamente, de un mecanismo de distinción que separa el interior y el exterior del cuerpo humano, y propone además, un modelo que busca explicar la relación que se establece entre estos dos mundos.

El modelo mencionado podría describirse en los siguientes términos: se asume que en la base del funcionamiento del cuerpo humano hay unos parámetros biológicos estandarizados que son más o menos

los mismos para todos, y que gracias a ellos, es posible determinar si un individuo cualquiera se encuentra sano o enfermo. En el caso de la tensión arterial, por ejemplo, valores cercanos a 120/80 indicarían normalidad y, por tanto, resultarían indicios suficientes para descartar la hipertensión y sus propiedades características. A continuación, sobre esa base inicial que opera en un plano interno, se van agregando elementos externos que se reconocen bajo la denominación de factores sociales, culturales, medioambientales e incluso, biológicos. De acuerdo con el modelo señalado, estos factores se comprenden en términos de capas adicionales con el potencial de afectar la base inicial que se encontraba sana, para, eventualmente, producir un objeto nuevo que sea susceptible de reconocerse como enfermedad. Las dietas ricas en azúcares y grasas, el consumo excesivo de tabaco y alcohol, la contaminación ambiental, el sedentarismo o los virus harían parte de esos objetos externos, razón por la cual se les denomina causas de la enfermedad o factores de riesgo (WHO, 2010).

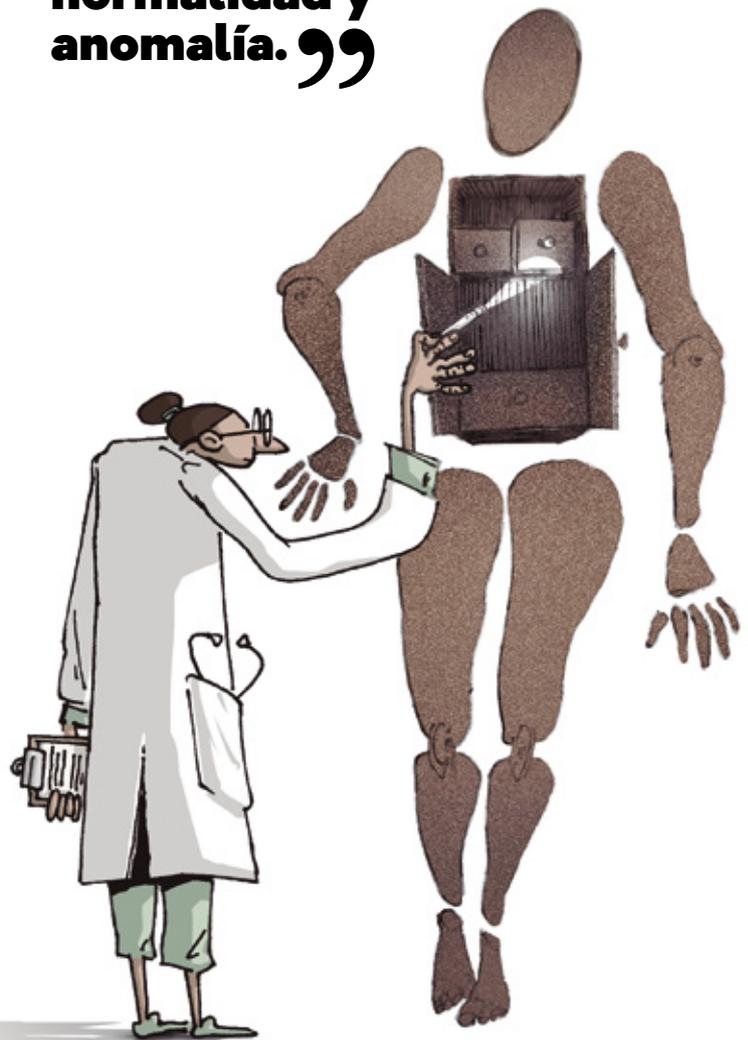
En la medida en que cada una de esas capas se entiende constituida por objetos con identidades independientes, se asume que es posible desagregarlos, como si fueran piezas de un mecanismo que son añadidas y retiradas a voluntad de un agente externo, por ejemplo, el individuo, el médico o el Estado. Si nos circunscribimos exclusivamente al campo médico, la expectativa tras esta comprensión es que es posible apartar aquellos elementos que generan enfermedad, y que en ese proceso, el cuerpo humano tenderá a recuperar las condiciones que lo aproximan a los linderos de la normalidad. Lo llamativo del modelo es que cada uno de los elementos que allí intervienen se analizan según sus propiedades inherentes, razón por la cual se espera que una vez aislado, conservará sus características originales.

Hay diferentes argumentos para cuestionar las bases de esta interpretación. En primer lugar, resulta sumamente complicado trazar líneas di-

visorias que permitan distinguir con claridad entre biología, sociedad, cultura y medioambiente. Si nos enfocamos exclusivamente en el cuerpo humano, todos los mecanismos que definen su funcionamiento son el resultado de una atávica y continua interacción entre patrones de asentamiento, genes, sistemas de parentesco, prácticas alimentarias, procesos migratorios, ecosistemas, tecnologías, catástrofes y climas diversos. Dichas interacciones han generado complejos procesos de coevolución y codependencia que hacen prácticamente imposible determinar las propiedades originales de cada uno de estos elementos, si es que alguna vez las tuvieron (Jablonka & Lamb, 2005; Margulis, 2002). Se trata de un constante proceso de transformación en el cual las propiedades de los elementos que interactúan no se definen por sus características internas, sino en virtud de las relaciones que establecen (Law & Mol, 2002; Mol, 2002). Un ejemplo concreto de este fenómeno es la resistencia que han desarrollado algunos microorganismos a los antibióticos. Esta circunstancia en particular es el resultado de un complejo proceso de coevolución moldeado por la interacción entre las actividades humanas, el desarrollo tecnológico, los climas y diversos virus y bacterias con la capacidad de adaptarse a las nuevas condiciones impuestas.

Si establecer la distinción entre biología, sociedad, cultura y medio ambiente resulta problemático, también lo es la manera de reconocer los límites entre normalidad y anomalía. Las interacciones mencionadas son el resultado de circunstancias particulares que suceden en contextos concretos y probablemente irrepetibles; se derivan de situaciones que, por lo general, son azarosas, y en las que es muy difícil establecer planes o predecir y controlar sus consecuencias. Por tal motivo, los productos que emergen de tales interacciones están sometidos a un constante y delicado proceso de diferenciación, que impide pensar el mundo en términos de entidades universales y estables (Lock & Nguyen, 2010). Para la medicina, esto supone la imposibilidad de concebir el cuerpo humano a partir de órganos y funciones normales que

“...Si establecer la distinción entre biología, sociedad, cultura y medio ambiente resulta problemático, también lo es la manera de reconocer los límites entre normalidad y anomalía.”



obedecen a una única base biológica permanente; es decir, de pensarlo exclusivamente en relación con los parámetros de los libros de anatomía y las guías clínicas. Si el cuerpo humano es la consecuencia de un gradual proceso de distinción que se configura a partir de repetidos entrelazamientos, la normalidad y la anomalía no pueden ser otra cosa que circunstancias ancladas a contextos eminentemente locales.

Si el mundo carece de objetos con propiedades estables que los distinguan, la pregunta acerca de qué busca exactamente el médico durante la consulta vuelve a aparecer en primer plano. Si lo que existen son procesos dinámicos constituidos a partir de entrelazamientos e interacciones, su búsqueda deberá orientarse más bien a interpretar coyunturas y analizar relaciones que acontecen en planos singulares. Aunque las lesiones, las enfermedades y las condiciones irregulares seguirán en la mira de su práctica y su diagnóstico, la comprensión que tenga de ellas deberá superar la concepción de entidades objetivas y universales que existen, independientemente de su contexto.

EN BUSCA DE

INTERACCIONES

Como se insistió previamente, la discusión aquí propuesta no pretende cuestionar la labor del médico ni desconocer su enorme contribución a que los seres humanos vivamos cada día en mejores condiciones, y con la posibilidad de contar con diversos mecanismos para atenuar el dolor y el sufrimiento. Por el contrario, el propósito de este texto es sugerir algunas preguntas y situaciones problemáticas que contribuyan a pensar la práctica médica, para que sea cada vez más crítica de sí misma y de sus certezas. A fin de cuentas, de eso se trata la actividad académica y la ciencia.

El principal argumento de esta reflexión es que el médico, antes que objetos, debe buscar interacciones. ¿Cómo debería hacerlo? Primero, reconociendo que las entidades estables e independientes son sumamente escasas, quizás inexistentes. El mundo es un lugar dinámico, sometido a flujos diversos que constantemente interactúan para producir resultados novedosos (Latour, 2007). Por esta razón fundamental, cualquier médico debe partir del hecho de que no hay cuerpos, órganos, enfermedades, síndromes o condiciones sin contexto, sino que estos existen en virtud de este. Las guías clínicas y los libros de anatomía son mapas que nos ayudan a navegar por el territorio, no son el territorio en sí mismo.

Segundo, la frontera entre la normalidad y la anormalidad, necesaria para establecer los tratamientos que curan los malestares y alivian el sufrimiento, debe ser situada en contextos locales y concretos. No hay cuerpos humanos en abstracto ni condiciones universales a partir de las cuales resulte plausible distinguir la salud de la enfermedad. En ese sentido, el médico debe ser, ante todo, un buen intérprete, con la capacidad de identificar relaciones ocultas e identificar acontecimientos específicos. Es en las interacciones que emergen los signos y síntomas de la enfermedad, por tal razón, el buen médico debe tener el cuidado y la precisión para desentrañarlas hasta donde sea posible.

Finalmente, allí donde empezó este relato, en el consultorio, el médico debe entender que la enfermedad no es una propiedad que se añade a la identidad del paciente, más bien es una contingencia. En consecuencia, no debe esperar que tras el diagnóstico, este la cargue como un objeto fuertemente adherido con el que deambula por todas partes, sino que existirán circunstancias – interacciones – en las que prefiera dejarla de lado (Mol, 2008). Esto puede resultarle útil al médico para comprender mejor los procesos de adherencia a los tratamientos, y para entender con mayor lucidez las decisiones que sus pacientes toman a

diario. Al abandonar el consultorio, este se vincula a sus propias redes de interacciones, a sus contextos singulares; allí, la enfermedad puede perder el sentido que adquirió en el consultorio, una vez el médico siguió su rigurosa rutina que lo condujo a formular un diagnóstico.

RESOLVIENDO

INTERROGANTES

Si al lector le interesa el tema hay varios textos que le pueden ayudar a profundizar aún más en sus complejos argumentos. En principio, valdría la pena que revisara la discusión alrededor de la diferencia entre sujeto y objeto que se encuentra en los textos de Bruno Latour, particularmente en *Nunca fuimos modernos* (Siglo XXI, 2007). En el mismo sentido, aunque vinculado directamente con el campo médico, también es conveniente que eche un vistazo a la obra de Annemarie Mol, concretamente a *The body multiple: ontology in medical practice* (Duke University Press, 2002), *The Logic of Care* (Routledge, 2008) y algunos capítulos de *Complexities. Social studies of Knowledge Practices* (Duke University Press, 2002), este último editado en conjunto con Jhon Law. Por otra parte, para ahondar en la distinción entre biología y cultura, podría revisar el texto de Margaret Lock y Vinh-Kim Nguyen, *An Anthropology of Biomedicine* (Wiley-Blackwell, 2010), en particular los capítulos tres y cuatro. Para entender con más detalles los procesos de coevolución y los vínculos profundos entre biología y cultura, no sobra revisar la obra de Lynn Margulis, por ejemplo, su libro *Planeta simbiótico* (Debate, 2002). En la misma dirección, el trabajo de Eva Jablonka y Marion Lamb, *Evolution in four dimensions* (MIT Press, 2005) es una rigurosa aproximación al universo de la epigenética y a las complejas interacciones entre biología, medio ambiente y cultura. Finalmente, un vistazo a los textos publicados por

el grupo de investigación *Complejidad y Salud Pública* de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque puede contribuir a generar nuevas preguntas. ♦

Referencias

- Canguilhem, G. (1984). *Lo normal y lo patológico*. (Trad. R. Potschart). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Deutsch, D. (1999). *La estructura de la realidad*. Barcelona: Anagrama.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Huynh, H. P., & Dicke-Bohmann, A. (2019). Humble doctors, healthy patients? Exploring the relationships between clinician humility and patient satisfaction, trust, and health status. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.022>
- Jablonka, E., & Lamb, M. J. (2005). *Evolution in four dimensions: genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life*. Cambridge: MIT Press.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos: ensayo de antropología simétrica*. Cambridge: Siglo Veintiuno Editores.
- Law, J., & Mol, A. (2002). *Complexities: social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press.
- Lock, M., & Nguyen, V.-K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Singapore: Malden: Wiley-Blackwell.
- Margulis, L. (2002). *Planeta simbiótico: un nuevo punto de vista sobre la evolución*. Barcelona: Debate.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, N.C. and London: Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Wagensberg, J. (2007). *El gozo intelectual: teoría y práctica sobre la inteligibilidad y la belleza*. Barcelona Tusquets.
- World Health Organization (WHO). (2010). The determinants of health. Recuperado de: <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>