

El fin de la medicina. Los problemas de la construcción social

The end of medicine. The problems of social construction

Alberto Campos*

* Correspondencia: Dr. Alberto Campos

E-mail: alberto_campos@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5811-1908>

Palabras clave:

Construcción social, contexto social, medicina social, conocimiento médico, relación médico-paciente, contaminantes epístémicos.

Key words:

Social construction, social context, social medicine, medical knowledge, physician-patient relations, epistemic contaminants.

RESUMEN

Este artículo aborda las diferencias entre *contexto social* y *construcción social* y la influencia de cada una en lo que se considera conocimiento, en los fines y la práctica de la medicina. Se describen los procesos de validación por los que el conocimiento médico se considera aceptado, cómo combinaciones anómalas entre contexto y construcción social producen justificaciones que influyen en lo que médicos y pacientes esperan y cómo, al cambiar los fundamentos, cambian los fines y las prácticas. Finalmente, se discute un pluralismo moral laxo en el que el médico relega sus funciones al paciente, quien queda desatendido y a merced de sus creencias.

ABSTRACT

This article addresses the differences between social context and social construction and the influence of each on what is considered knowledge, the purposes and the practice of medicine. It describes the validation processes by which medical knowledge is considered accepted, how anomalous combinations between context and social construction produce justifications that influence what doctors and patients expect and how, by changing the foundations, ends and practices change. Finally, the consequences of a lax moral pluralism are discussed, in which the doctor relegates his functions to the patient, who is then left unattended and at the mercy of her beliefs.

INTRODUCCIÓN

La aproximación adecuada al estudio de los fines de la medicina requiere abordar diferentes influencias filosóficas contemporáneas. Por citar algunas, la actitud contra el positivismo científico, el constructivismo —que sostiene que la realidad es construida por quien la observa— y el relativismo que resulta.

Por otra parte, es peculiar una actitud social esquizofrénica, de desconfianza en la ciencia y al mismo tiempo de atracción por la tecnología rayana en reverencia, con una avidez casi indistinguible de la dependencia, una disposición social mínima hacia el entendimiento y una curiosidad aún menor —sí, es bien posible— por entender ambas. Una actitud ingenua, de miedo a la medicina y amor por la tecnología, que no permite concebir que son dos aspectos de lo mismo. La medicina, los fines de la medicina y la ética médica tampoco escapan de la confusión, de la esquizofrenia de

un *techno-geek* vegano. El médico que ejerce en esa sociedad también puede escindir su racionalidad ante las preferencias del paciente.

Hay dos perspectivas desde donde puede intentarse un análisis. La primera, desde el contexto social contemporáneo de un sistema de salud complejo, en nuestro país completamente fallido, influido por interacciones entre las instituciones y sus políticas, y entre los cuerpos médicos establecidos y las industrias proveedoras de medicamentos e insumos; influido también por la insuficiencia y el desabasto, que obligan al enfermo a buscar alternativas en otra parte. En lo gnoseológico, un contexto influido por la naturaleza estadística, intuitiva o imaginaria de lo que médicos y pacientes consideran conocimiento aceptado, en el que intervienen estándares de prueba racionales, emocionales o francamente iracionales, entre el razonamiento riguroso y el beneplácito de las creencias. Un contexto influido también por el analfabetismo médico.

Recibido: 27/05/2019

Aceptado: 10/06/2019

La segunda perspectiva desde la que puede hacerse el análisis data de la época helénica y se ha centrado en la relación entre la enfermedad, el enfermo, el médico, y el acto de curar, cuya naturaleza, para ser deontológica, requiere antes ser fenomenológica. El encuentro con el enfermo justifica una investigación de la naturaleza de esta relación entre sujetos para elucidar si el fin de la medicina depende de un contexto social o si es teleológico; es decir, si el fin de la medicina es de amplio espectro o es específico para cada paciente. También habría que precisar quién o quiénes, y cómo establecen ese fin, si cambia con un movimiento pendular quién y cómo decide esos momentos y qué tipo de cambio —si se abre o se cierra el espectro—.

Las relaciones anómalas entre *contexto social* y *construcción social* pueden fácilmente confundir al médico no riguroso en la selección de sus fuentes de estudio o permitir al médico pragmático y laxo dar por la suya y hacer coro al paciente que, ante la amenaza de la discapacidad, el dolor y la muerte, se vuelca en opciones curativas que no son realmente ni lo uno ni lo otro. Este trabajo encuadra la primera perspectiva, el fin de la medicina desde un contexto social frente a la *construcción social* como un “contaminante epistémico”.

EL CONTEXTO SOCIAL

Es bien sabido que la medicina es una tarea de equipos en la que diferentes profesionales entran y salen de una relación con el enfermo, dependiendo del nivel, severidad y estadio de su padecimiento y necesidades. Cada profesionalista tiene hacia el paciente obligaciones que derivan de los fines de la profesión, análogos y que se sobreponen a los fines del médico individual. Este contexto social complejo, sus limitaciones y carencias, influyen las formas como médicos y pacientes actúan y reaccionan. Hay, sin embargo, algo común en esas experiencias, transversal a culturas, lugares y tiempos. Independientemente de si la relación es personal o social, el *quid* es su fundamento en el encuentro con el paciente, en la profesión y el acto de sanar.¹ Otros igualmente importantes cuando no es posible sanar —paliar y cuidar— también están dirigidos idealmente a la primacía del bienestar del enfermo. El contexto social influ-

ye en las prácticas, en la evaluación de lo que puede ser correcto o bueno a esa escala y, sin generalizar, a escala individual. Eso no significa que dicte las maneras, ni que sea el parámetro definitivo de los fines de la medicina en todo su rango —dicho metafóricamente— desde el micro- hasta el macrocosmos.

Pero una cosa es que la medicina se practique en un contexto social y otra muy diferente que su práctica deba ser explicada y guiada por una *construcción social*. No hay relación lógica entre el hecho de que la medicina sea una práctica social, y por lo tanto en un contexto social, y la conclusión de que la manera de definir el conocimiento médico sea mediante una *construcción social*.

En el contexto interviene la *construcción social* de la medicina como un “contaminante epistémico”, que defino aquí por analogía —o metáfora— como la presencia de una sustancia *X* donde no debería estar, o en concentraciones por encima de las condiciones de fondo, y que puede producir efectos biológicos, entendidos como las reacciones de un organismo o una población, o una comunidad, a cambios en el ambiente producidos por ese contaminante. *X* puede ser sustituida por una idea cualquiera, propagada por literatura no científica, pseudodocumentales, infomerciales, rumores, evidencias anecdóticas, milagros y portentos. Nada de lo anterior tiene poder explicativo sobre los fenómenos naturales.

La inmediatez y lo efímero de información nimia e inútil, que proviene de las fuentes más variadas y menos autorizadas sobre un tema pueden conformar creencias sobre lo que es un hecho verdadero o falso. Frecuentemente son ideas con poco o ningún sustento en hechos demostrables, que se aceptan como conocimiento, y a manera de racionalidad blanda, encauzan conductas. Esos contaminantes epistémicos, sincretismos de teorías obsoletas revividas, actitudes, doctrinas y opiniones sin pruebas, causan daño. El analfabetismo, médico u otro, genera vulnerabilidad y también causa daño.

LOS PROBLEMAS DE LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Que algo sea socialmente construido quiere decir que no habría existido si no lo hubiésemos

producido, que sería diferente si viviésemos en una sociedad diferente, quiere decir que los hechos en el mundo son causados por fuerzas sociales. De ese modo, las ideas, el conocimiento, lo que llamamos “la naturaleza humana” son constructos sociales que responden a diferentes necesidades, intereses y valores. Lo socialmente construido tiene que ver con nuestras creencias acerca de las cosas, con la manera como una creencia se gesta y toma forma por efecto de fuerzas sociales.^{2,3}

Es claro, de lo anterior, el contraste con objetos y procesos naturales que existen independientemente de nosotros y que no podemos modelar. Bacterias, virus y células neoplásicas existen en el mundo natural, son independientes de nuestras sociedades, no producto de ellas; existen desde antes de que las sociedades existieran. Aunque las enfermedades, que no son productos sociales sino procesos naturales, sí modifican su curso de acuerdo con nuestras conductas. Los procesos sociales pueden modificar a los procesos naturales.

Hay que tener cuidado con algunos argumentos posmodernos cuyos límites entre lo objetivo y lo subjetivo se han vuelto difusos. En tanto tácticas retóricas, esos argumentos se usan para socavar o relativizar conceptos como ‘conocimiento’ o ‘certeza’. El argumento de que algo es una construcción social es incomprensible por lo vago. Su fin explicativo es análogo a un antibiótico de amplio espectro. Un antibiótico de amplio espectro mata (casi) todo, una construcción social descuidada, mal aplicada a un problema o francamente mal intencionada provee explicaciones de amplio espectro y mata (casi) toda necesidad de indagar.

Pero ni la existencia de las cosas depende de nuestra percepción⁴ ni podemos validar la existencia de nada mediante la sola creencia o la fe. Tampoco hay objetos innatos; no podemos construir cosas en nuestro pensamiento sin algún antecedente perceptual o constatación empírica. *Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu*, no hay nada en el intelecto que no hubiere sido (percibido) primero por los sentidos.⁵ No hay nada intrínseco en las cosas, en tanto objetos, que nos descubra su existencia. En la ciencia contemporánea las entidades se postulan por diferentes métodos que utilizamos

para concebirlas, entenderlas, representarlas, y demostrar sus acciones, y se confirman por las tecnologías y las técnicas que de éstas derivan para iniciar o intervenir procesos.⁶

Los procesos fisiológicos y patológicos, y las tecnologías, que sean entendidos o no por médicos y pacientes, afectan la historia natural de las enfermedades, de suerte que ni el conocimiento ni la práctica médica son guerras de subjetividades entre médicos y pacientes, aunque a veces así lo parezca. Frecuentemente, a pesar de la evidencia, la aceptación de tales procesos sí es subjetiva, aunque no siempre intersubjetiva, no siempre es compartida por los demás. Es entonces que se producen amalgamas extrañas entre contexto y construcción social, y justificaciones anómalas para creencias que en individuos no avezados en ciencias adquieren el estatuto de conocimiento a pie juntillas.

Con todo, las prácticas, el arte médico como tal, no son lo que cada paciente o grupo social quisiera que fuesen, a pesar de un pluralismo epistemológico popular denotado con eufemismos como ‘conocimiento democrático’ o ‘saberes populares’. La buena práctica médica tampoco es el sentido común de “gente razonable” sino el desempeño racional del médico estudioso y crítico de sus fuentes. Podemos vislumbrar entonces, tanto la ambigüedad de los términos como la confusión de las expresiones construidas ‘conocimiento democrático’, ‘saberes populares’, ‘gente razonable’, lugares comunes que terminan siendo aceptados por su facilidad, por la carga emocional de placebo que conllevan y por la falta de rigor de algunos médicos, quienes no teniendo la obligación de la academia ni de la filosofía, sí tienen la de tratar enfermos adecuadamente. De ahí que estas confusiones tengan en la práctica una importancia fundamental, porque los médicos también están sujetos a la influencia de esas expresiones y conceptos socialmente construidos y ambiguos.

Dar un objeto o una situación por existente “quiere decir justamente estar predisposto a que mi relación con el mundo esté determinada por ese objeto o situación.” (Cursivas en el original). Es posible creer en objetos representados por la imaginación o comprendidos por el entendimiento aunque no existan realmente; es posible creer en hechos falsos.⁷

De tal suerte, es importante en el análisis de una construcción social confrontar *su punto central*; no preguntar por su significado, sino por su objeto. Es importante preguntar ¿la construcción social de qué? Una pregunta siempre pertinente es cuál es el punto (cuál es el objeto de esa construcción) si se usa para crear conciencia de un problema o para explicar procesos y estados de cosas.⁸

También puede usarse una construcción social como mero instrumento retórico, no para crear conciencia de un problema sino para crear necesidades. Un ejemplo nada trivial, no es lo mismo salud que (estilo de) vida sana. Es posible tener hábitos sanos y al mismo tiempo una enfermedad subyacente, hereditaria o consecuencia de malos hábitos previos, como también es posible estar (relativamente) sano y padecer el miedo socialmente construido a una enfermedad. En este último caso estaríamos hablando de la construcción social de miedos y promesas.

El conocimiento del médico puede entrar en conflicto con los saberes de los pacientes y terminar por ceder a fines que no son necesariamente en el mejor interés de los enfermos. Ni médicos ni filósofos son cien por ciento objetivos, como postulaban la ciencia y la filosofía anglosajona de la ciencia de la primera mitad del s. XX, pretendidamente “libre de todo psicologismo posible.”⁹ Por consiguiente, lo que se considera conocimiento aceptado tampoco es cien por ciento objetivo, ni emerge automáticamente de los metaanálisis ni de las publicaciones.

Los consensos, las guías de práctica, las normas oficiales y las recomendaciones tampoco son meras simpatías entre investigadores, sino procesos evaluativos bastante más complicados entre colectivos de investigación.¹⁰ Aunque también existe la “falacia del consenso”; ni lo consensado es por eso mismo verdadero, ni es incontrovertible.

En la ciencia todo es revisable, todo es provisional y cambiante, y si bien el médico debiera tener esto siempre en cuenta, el paciente no necesita cuestionar sus creencias, y desde la firmeza de éstas, por mal fundamentadas que estén, sí puede cuestionar al médico, a la medicina y en última instancia a la ciencia. Contra el miedo a la enfermedad el paciente

no necesita tener la carga de la prueba, sino la tranquilidad de sus creencias.

LOS FINES DE LA MEDICINA SOCIAL

La medicina social “es el arte de prevenir y curar, considerando sus *bases científicas*, así como sus aplicaciones individuales y colectivas, desde el punto de vista de las relaciones recíprocas que vinculan la salud de los hombres a dichas condiciones”.¹¹ (Cursivas añadidas). Tiene como fines entender los efectos de diferentes entornos sociales y económicos, y modificar sus efectos adversos sobre la salud de las poblaciones. Es difícil definir la salud, es más que la simple ausencia de enfermedad; sin embargo, es un estado de cosas que puede evaluarse mediante indicadores, controvertibles aunque con parámetros objetivos.

Los fines de la medicina social no son lo mismo que fines *socialmente construidos*, como los llamados estilos de vida sana, que tienen toda la subjetividad de la preferencia personal inducida. Así como los colectivos de investigación antes mencionados son comunidades psicológicamente condicionadas, diferentes núcleos sociales no científicos también lo están. Los primeros, por postulados teóricos, estándares de prueba, replicabilidad experimental, revisión por pares, métodos estadísticos y metaanalíticos; están condicionados por la confirmación, la controvertibilidad o la falseabilidad de sus enunciados. Los segundos están condicionados por necesidades verdaderas o ficticias que tienen por ciertas, producidas por la mercadotecnia y la publicidad como ilusiones contra la incertidumbre de la vida, contra la fragilidad percibida y exacerbada, producidas por la ilusión de la longevidad y del alejamiento de la muerte.

Así que el conocimiento médico no es lo que un grupo social cualquiera deseé; la construcción social, sin criba metodológica, no permite teorías estables sobre la naturaleza de las cosas, tampoco permite —ni necesita— predicciones. La certeza es una de las virtudes de la fe; la construcción social la provee.

Sin embargo, de lo anterior tampoco puede derivarse un pluralismo moral laxo, en el sentido llano y a la usanza en boga de cada quien lo suyo, pues el médico estaría abandonando

sus funciones al arbitrio desatendido de los pacientes y relegando su función de guía y cuidador. Las relaciones entre *contexto social* y *construcción social* requieren del médico un análisis cuidadoso.

EL FIN

Termino con un asunto tan controvertible como inequívoco, el paciente no siempre puede saber, aunque lo intuya, lo que mejor le conviene, y sus decisiones no siempre son todo lo autónomas que él mismo quisiera. Es posible que su autonomía no sea más que una *construcción social* en un *contexto social* en el que no es realmente autónomo. Es posible que con escasa comprensión reivindique su autonomía en tanto construcción queriendo escapar, con poca posibilidad, de su contexto. Ahí residen la tensión de la relación y el conflicto de subjetividades y deseos entre médico y paciente. Sin embargo, es en la individualidad de cada paciente, no del médico, donde reside el elemento teleológico, el fin de la medicina, tema del siguiente trabajo.

REFERENCIAS

1. Pellegrino ED. Philosophy of medicine. Should it be teleologically or socially construed? En: Engelhardt Jr. HT, Jotterand F, eds. *The philosophy of medicine reborn. A Pellegrino Reader*. Notre Dame (IN): University of Notre Dame Press; 2008. p. 49-61.
2. Boghossian PA. What is social construction? *The Times Literary Supplement*. 2001, febrero 23, s. pp.
3. Boghossian PA. *The social construction of knowledge*. En: *Fear of knowledge. Against relativism and constructivism*. Oxford: Clarendon Press; 2006, pp. 11-24.
4. Berkeley G. *A treatise concerning the principles of human knowledge*. Dublín: Impr. Aaron Rhames, 1710, §§ 22-23. (V.e.: *Tratado sobre los principios del conocimiento humano*, varias ediciones y fechas.)
5. Cranfield PF. *Journal of the history of medicine*. On the origin of the phrase "Nihil est in intellectu quod non prius fuerit in sensu". *J Hist Med Allied Sci*. 1970; 25 (1): 77-80. <https://doi.org/10.1093/jhmas/XXV.1.77>
6. Hacking I. *Representing and intervening*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press; 1983.
7. Villoro L. *Creer, saber, conocer*. Ciudad de México: Siglo XXI; 1989. pp. 62-63.
8. Hacking I. *The social construction of what?* Cambridge (MA): Harvard University Press; 1999.
9. Carnap R. *Überwindung der Metaphysik durch Logische Analyse der Sprache*. *Erkenntnis* II, 1932. Ve.: *La superación de la metafísica mediante el análisis lógico del lenguaje*. En: Ayer AJ, ed. *El positivismo lógico*. México: FCE; 1965 reimpresión 1993. pp. 66-87.
10. Fleck L. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil un Denkkollektiv*. Basilea, Benno Schwabe, 1935. V.e. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Alianza; 1986.
11. Sand R. *Vers la Médecine Sociale*. París: Librairie J. - B. Baillière et Fils, Lieja: Éditions Desoer. 1948; 576. Citado por Fajardo-Ortiz G. *La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?* Rev Fac Med UNAM. 2004; 47 (6): 256-257.