

¿Nuevos roles de la medicina familiar en la biomedicina contemporánea?

New roles of family medicine in contemporary biomedicine?

Jorge Pacheco ¹

1.- Medicina familiar, navegando entre el humanismo y la técnica

El siguiente ensayo busca ayudar a resolver una de las contradicciones de la medicina familiar como especialidad médica. Esta es, la dicotomía entre humanismo y técnica que funda muchas de las críticas a la biomedicina contemporánea (16) y que se utiliza como elemento diferenciador de esta sub-disciplina médica² (9). Para esto me apoyo en una perspectiva teórica emergente en las ciencias sociales llamada estudios de ciencia y tecnología (20). El objetivo de esta monografía es dar cuenta del valor de las nuevas tecnologías en las prácticas de cuidado en la biomedicina contemporánea (24) y relevar el rol de coordinador del médico de familia en un ambiente profesional cada vez más técnico y especializado (23).

En una primera etapa, se revisan los orígenes del concepto “*atención primaria de salud*” (APS) buscando identificar dos perspectivas antagónicas: la APS selectiva y la APS integral (11). Se entiende que la medicina familiar deriva de discusiones previas relacionadas con la implementación de la estrategia de atención primaria en los distintos países (3). Posteriormente, se analizan los supuestos epistemológicos de ambas perspectivas: una más cercana al realismo científico (5) y otra más cercana al constructivismo social (4). Finalmente, se busca articular ambas perspectivas en un realismo constructivista (19) que permita superar la dicotomía: humanismo versus técnica. Esto posibilitará hermanar perspectivas constructivistas, como la propuesta por la medicina familiar, con la biomedicina contemporánea.

2.- Atención primaria: ¿integral o selectiva?

A fines de la década de los sesenta e inicios de los setenta se produce una controversia en la salud pública internacional al tratar de articular una propuesta orientadora para la atención sanitaria ambulatoria. Esta controversia lleva al debate dos perspectivas sobre la atención primaria: la APS integral y la APS selectiva.

La APS integral nace como una crítica a las intervenciones políticas verticales realizadas por organismos internacionales a países subdesarrollados o en vías de desarrollo durante la Guerra Fría (11). Tiene como antecedente la experiencia de las misiones médicas cristianas en África y Latinoamérica, la expansión de los movimientos nacionalistas y anti-imperialistas en las naciones de la periferia y las voces intelectuales críticas a la medicina (15).

La perspectiva de la APS integral toma cuerpo en la declaración de Alma-Ata de 1978 realizada en la Unión Soviética y liderada por Halfdan Mahler desde la Organización Mundial de la Salud (11). Esta declaración entiende la salud como un instrumento para el desarrollo social y económico de los pueblos, enfatiza la necesidad de una participación comunitaria efectiva y promueve el uso racional y apropiado de las tecnologías médicas.

Esta declaración fue criticada por agencias multinacionales que la consideraron amplia, idealista y vaga. Proponían en cambio una APS selectiva basada en un paquete de intervenciones evaluables y de bajo costo que servirían para combatir los principales problemas de salud de los países pobres. Estas intervenciones fueron conocidas por sus siglas en inglés como GOBI que significaban: monitoreo del crecimiento, técnicas

Recibido el 24 de mayo de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

¹ Médico de Familia. Profesor asistente, Universidad de Concepción. Correspondencia a: jorge.pacheco260@gmail.com

² Margaret Chan, directora general de la OMS, en un discurso en WONCA el año 2013 planteó lo siguiente: “De las cenizas acumuladas por la atención médica altamente especializada, deshumanizada y comercializada, la medicina de familia se levanta como el ave fénix y emprende el vuelo, extendiendo su espectro completo de luz con la promesa de un arco iris. Este es el antiguo pacto histórico entre médicos y pacientes, y aquí es donde los profesionales de la salud y los médicos necesitamos volver. Os animo a todos a seguir cultivando el lado humano de la medicina”.

de rehidratación oral, promoción de la lactancia materna e inmunización. Posteriormente, estas intervenciones fueron complementadas con el FFF que significaba: suministro de alimentos, alfabetización femenina y planificación familiar (11).

La APS selectiva fue a su vez cuestionada por los partidarios de la APS integral planteando que era tecnocrática, reduccionista e, incluso, contra-revolucionaria. Tecnocrática porque recordaba a las políticas verticales que no consideraban la participación de la comunidad, reduccionista porque no incluía en sus intervenciones los aspectos socioculturales de los países y contra-revolucionaria porque se transformaba en una amenaza a la integralidad al ser preferida por gobiernos que buscaban objetivos a corto plazo (11).

Esta controversia ha acompañado el desarrollo de la atención primaria desde su origen y ha influido en el debate sobre el tema a nivel nacional. Se puede observar en la discusión sobre la reforma de salud chilena, donde en primera instancia se planteó el fortalecimiento de una APS integral, pero en la práctica el foco de la política pública se puso en el rediseño de prestaciones específicas garantizadas por el plan AUGE-GES (10). Asimismo, este debate revive en las discusiones cotidianas sobre lo difícil que es realizar atenciones integrales cuando se exigen múltiples indicadores de gestión y metas.

Pareciera que la opción es siempre excluyente. Se opta por un modelo selectivo que resulta ser técnico, burocrático, cuantificable y predecible o por un modelo integral que resulta ser participativo, comunitario, complejo e incierto. ¿Existirá otra opción que hermane estas diferencias?

3.- Dos formas de comprender el mundo: constructivismo social y realismo científico

Arthur Kleinman (16) plantea que la biomedicina es “[...] *la forma más institucionalizada de medicina*”. La cual está caracterizada por una racionalidad técnica y burocrática, cuyas virtudes son la cuantificación, la predicción, la eficiencia y el control de calidad. Engel (12), desde una perspectiva crítica, plantea al modelo biomédico como dominante y lo caracteriza como reduccionista y deshumanizador. Menéndez (22), desde Latinoamérica, enuncia un modelo médico hegemónico al cual caracteriza de biologicista, ahistórico, individualista, asocial y asimétrico.

La mayor parte de estos autores entienden la biomedicina como una práctica reduccionista cegada por una ideología biologicista que niega aspectos sociales, culturales e históricos. Fundan sus perspectivas en un constructivismo social que

considera las prácticas biomédicas como contingentes e históricas. Las entienden como el resultado de un entramado complejo de relaciones entre la estructura social y los sujetos cognoscentes. Consideran que estas prácticas están moldeadas por múltiples fuerzas sociales que se imprimen en conocimientos, experiencias y relaciones de poder (6). Por lo general, sus perspectivas son críticas y llaman a una emancipación de estos modelos médicos.

Otros autores, entre los que destaca Bunge (5) por su realismo científico categórico, plantean que la biomedicina contemporánea es el punto culmine de la medicina experimental, un producto exitoso del cientifismo médico y de su estrecha unión con la biología básica. Estos autores critican el constructivismo social al cual definen como relativista e incluso anti-realista. Plantean que las leyes que comandan los procesos biológicos preceden a las relaciones de poder y que las enfermedades no son categorías arbitrarias creadas por la biomedicina sino más bien clases naturales objetivas similares a las especies químicas. Fundan sus perspectivas en una dicotomía hecho-valor estricta que separa las valoraciones sociales y culturales de los resultados científicos de la investigación biomédica.

El constructivismo social y el realismo científico han transitado en veredas epistemológicas opuestas durante las últimas décadas en la medicina contemporánea. Ambas perspectivas hacen eco en el debate sobre la APS durante la post-guerra. Se puede ser selectivo o integral, tecnocrático o participativo, predecible o incierto, pero nunca los dos.

4.- La biomedicina en los estudios de ciencia y tecnologías: las incertidumbres de una sociedad crecientemente tecnificada

Durante la década de los ochenta, un grupo de investigadores franceses propuso una nueva teoría para estudiar la ciencia y la tecnología. Luego de realizar etnografías en laboratorios científicos y en proyectos tecnológicos se dieron cuenta de que las metáforas usualmente utilizadas por las ciencias sociales para explicar estos fenómenos eran insuficientes. La tecno-ciencia era refractaria a los determinismos sociales. Por otra parte, estos investigadores observaron que la realidad científica era mucho más indeterminada de lo que se pensaba. Los objetos técnicos tenían agencia y producían de manera activa nuevas relaciones sociales (19, 20).

Tanto el constructivismo social como el realismo científico tenían que replantearse. La agencia,

que en el constructivismo social, era una propiedad de los humanos, en esta nueva epistemología era compartida entre humanos y no-humanos (20). Los hechos científicos, que en el realismo científico se mantenían separados de los valores, en esta nueva epistemología estaban íntimamente vinculados a ellos. Incluso, se hacía posible que la ciencia produjera nuevas identidades y valoraciones sociales³ (19).

La biomedicina, desde esta nueva perspectiva, no era reduccionista sino que altamente política e indeterminada. Los procesos diagnósticos, por ejemplo, eran considerados contingentes y fluctuaban de acuerdo a las transformaciones de la ciencia y la sociedad. Las actividades de la vida cotidiana podían medicalizarse, como ha sucedido con el envejecimiento y las variaciones del ánimo, o desmedicalizarse, como ha sucedido con la homosexualidad y el parto (14).

Por otra parte, el cuidado ya no era entendido en la clave humanista e interpersonal de la relación médico-paciente, sino que pasaba a formar parte de una compleja red de aparatos técnicos, medicamentos, conocimientos y emociones que requerían ser adaptados y armonizados con la vida cotidiana de las personas que solicitaban nuestra ayuda (23, 24).

A modo de ejemplo, una consulta médica por una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2, involucra el encuentro entre un médico y un paciente, pero también máquinas de auto-monitoreo (glucómetro), exámenes de laboratorio, instrumental (balanza, estetoscopio, esfigmomanómetro, monofilamento, etcétera), sistemas de registro electrónico, guías de práctica clínica, entre otros, que en conjunto son armonizados con el objetivo de dar una atención de alta calidad que incorpore las preferencias de los pacientes y sus familias⁴.

La medicina altamente especializada que criticaba Chan (9) no necesariamente “deshumaniza”, sino que por el contrario, a través de artefactos y prótesis, “humaniza” al derribar las barreras que imponen las enfermedades y otorgar autonomía a aquellos cuerpos que por uno u otro motivo la han perdido (1). De lo contrario, no sería posible entender la reciente politización de las agrupaciones de pacientes que tienen como principal

motivación lograr un acceso universal a las nuevas técnicas biomédicas (13) o promover la investigación con el objetivo de buscar tratamiento a sus enfermedades (25).

5.- Conclusión: ¿Cuál es el rol de la medicina familiar en el contexto de la biomedicina contemporánea?

El debate entre la APS integral y selectiva es un falso dilema, ya que hasta el día de hoy ambas perspectivas co-existen y, en muchos casos, se potencian (11). Actualmente, la participación social, propia de la APS integral, no queda limitada a las comunidades sino que también permea la burocracia y las técnicas sanitarias a través de las agrupaciones de pacientes (8). Por otra parte, los paquetes de prestaciones evaluables y costeados, propios de la APS selectiva, han logrado crear estándares de tratamiento que sirven para coordinar las actividades a lo largo de extensos territorios (26). La biomedicina, técnica y burocrática, también puede ser participativa y democrática (7).

Entonces, ¿Cuál es el rol de la medicina familiar en el concierto actual de la biomedicina? A mi parecer, es desarrollar la capacidad de valorar, articular y armonizar las tecnologías valiosas con la vida cotidiana de las personas. Esto no quiere decir que caigamos en una “tecnofilia” que acepta todas las innovaciones ni tampoco que olvidemos la importancia del trato amable y competente, sino que más bien actuemos de forma juiciosa y colaborativa buscando el logro de una mayor autonomía y bienestar en nuestros pacientes. Esto significa, ser capaces de traducir e incorporar los múltiples lenguajes de la biomedicina actual y de coordinar prácticas cada vez más heterogéneas.

Como dice Annemarie Mol (24) el cuidado es un proceso sin límites claros y con objetivos pragmáticos, en el que participan los profesionales de la salud, las máquinas, los medicamentos, los cuerpos, los pacientes y sus familias.

REFERENCIAS

1. Allué. DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia.. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra; 2003.
2. Armus. Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940. Estudios sociales.

3 Si bien la agencia de los enfermos se describe en Latinoamérica desde inicios del siglo XX (2), durante la última década las agrupaciones de pacientes han tomado un rol más activo en la representación pública de sus condiciones y en la exigencia de una respuesta política al Estado. Un ejemplo desde esto en nuestro país fue la Ley Ricarte Soto.

4 Miguel Kottow (17) llama “arco terapéutico” a este descentramiento del acto médico. Su principal preocupación es que estas mediaciones pueden llevar a una vinculación impersonal y deshumanizada entre pacientes, sistemas médicos y profesionales de salud. Si bien es cierto lo que plantea, creo que la clave es promover un uso reflexivo y equilibrado de la técnica, que sea consciente de sus límites y oportunidades. Evitar la fascinación tecnológica, pero también el arraigo heideggeriano por “El lugar” (21).

2001; 20: 53-80.

3. Bass. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resoluntividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave* 2012 Dic;12(11):5571

4. Berger, Luckmann. La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores; 2008.

5. Bunge. Filosofía para médicos. Editorial Gedisa. Barcelona, España; 2012

6. Brown. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social behavior*. 1995; Vol. 35, N° extra: 34-52.

7. Callon, Lascoumes, Barthe. Acting in an uncertain world. An essay on technical democracy. Cambridge, Massachusetts: The MIT press; 2011

8. Carvajal. Las transformaciones de la biomedicina y salud pública: ¿Tiene algo por decir la teoría del actor-red? *Revista Chilena de Salud Pública*. 2012; 16,(3): 272-274.

9. Chan. La creciente importancia de la medicina familiar. XX Congreso Mundial de Medicina Familiar. Praga, República Checa; 2013

10. Centro de Políticas Pública UC. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Santiago, Chile; 2014.

11. Cueto. Los orígenes de la atención primaria de salud y la atención primaria selectiva de salud. En Cueto, Zamora (Eds). *Historia, salud y globalización*. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos; 2006.

12. Engel. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196 (4286):129-136.

13. González. Del apoyo mutuo a la acción colectiva: Lupus Chile al GES. Primer encuentro de la Red Chilena de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS-Chile). Santiago, Chile; 2014.

14. Hacking. *Historical Ontology*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press; 2002.

15. Illich. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México D.F, México: Editorial Joaquín Ortiz; 1978.

16. Kleinman. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. Los Angeles, Estados Unidos: University of California Press; 1995.

17. Kottow. *El Pa(de)ciente*. Santiago, Chile: Editorial Ocho Libros; 2014.

18. Latour. *Science in action*. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press, 1988.

19. Latour. *La esperanza de Pandora. Ensayo sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona, España: Editorial Gedisa, 2001.

20. Latour. *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Manantial; 2008.

21. Levinas. Heidegger, Gagarin y nosotros. [Internet] 1961 [Fecha de Consulta: julio 2018] Disponible en: https://filosofiacontemporanea.files.wordpress.com/2007/02/levinas-heidegger_gagarine_y_nosotros.pdf

22. Menéndez. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segunda Jornada de Atención Primaria de Salud. Buenos Aires, Argentina; 1988.

23. Mol. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, Estados Unidos: Duke University Press; 2002.

24. Mol. *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. Oxon, Estados Unidos: Routledge Press, 2008.

25. Rabeharisoa, Callon. The involvement of patient's associations in research. *International Social Science Journal*. 2002; 53 (171): 57-63.

26. Timmermans, Epstein. A world of standard but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization. *Annual review of sociology*. 2010; 36: 69-89