

Socio-tecnología de la clínica: Reflexividad y medicina

Ponencia en el Seminario Profundización de conceptos: Sociotecnología, Seguridad Alimentaria y Nutricional y Soberanía Alimentaria
Organizado por Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita (UNESP)
en colaboración con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Brasil

Yuri Carvajal B.*

56-9-79598818

<ycarvajal@med.uchile.cl>

16 de junio 2015

Trabajo en un Hospital que tiene más de 2000 funcionarios y mas de 400 camas. Cada día pasan por él más de 5000 personas, entre pacientes, familiares y trabajadores. Una peculiar ciudad, con guardias, estacionamientos, servicios de alimentación, ingenieros y obreros para la mantención de equipos. Un digno lugar para hacer sociología. O mejor, un lugar que requiere sociología para su funcionamiento, comprensión, desarrollo. Por sociología entiendo reflexividad, distancia y pensamiento acerca de lo que hacemos, extrañeza, teoría.

A quienes me preguntan acerca de qué hago en este hospital, respondo que intento vincular las ciencias sociales con la vida hospitalaria. Es una explicación sencilla que tiene la ventaja argumentativa de que soy médico y no sociólogo, así como la obviedad de una necesidad de las ciencias sociales en medio de tanto equipamiento y juicio clínico. Mi identificación con la sociología puede ser sencillamente descrita como búsqueda de reflexividad.

Y si bien no traigo conmigo una encuesta, ni un cuestionario etnográfico o una grabadora digital, soy portador de dos tipos de preguntas que quisiera compartir con ustedes.

*El autor agradece el apoyo del Fondecyt al proyecto 3130585 **Controversias tecno-científicas en la reforma de salud: análisis desde la sociología de la traducción.**

1. Primera pregunta: ¿Cual es la especificidad de la clínica?

Uso delantal blanco y conozco la jerga. Pero hay algo más, soy un antiguo practicante de lo que aquí se hace, un practicante profesionalmente reconocido. En esta ciudad con pragmáticas o miradas (Foucault, 2007) que definen una peculiaridad, hay ajenos y propios. Si bien no soy un propio pleno, tampoco soy cabalmente un ajeno.

Intento dilucidar qué es lo clínico porque no todo lo que aquí ocurre es reconocido como clínico. En eso no hay grandes litigios. Seguramente una mayoría de los habitantes coinciden en reconocer a los guardias, a la biblioteca de funcionarios, a los estacionamientos como ámbitos no clínicos. Es peculiar en este lugar una preocupación permanente por establecer con mediana claridad aquello que sí es clínico y dilucidar quienes tienen la capacidad de abordar esas cuestiones. Mi punto de vista es que esa capacidad de distinguir es susceptible de una investigación sociológica.

Se trata de partida de una distinción para nada rígida, sino desplazable; tampoco impermeable, sino abiertamente porosa; menos inexistente, sino laboriosamente construida; no arbitraria, sino tecno-científica. Distinciones que podríamos reconocer como parte de esas tríadas simultáneas que no permiten exclusiones pero tampoco indistinciones o confusiones: “ «Reales sin ser actuales, ideales sin ser abstractos» ; y simbólicos sin ser ficticios” (Deleuze, 2012, p.314) o “ Reales como la naturaleza, narrados como el discurso, colectivos como la sociedad ” (Latour, 2007, p. 133)

O dicho de modo más exacto: “Or, de deux choses l’une, ou bien les réseaux que nous avons déployés n’existent pas vraiment et les critiques ont bien raison de marginaliser les études sur les sciences ou de les tronçonner en trois ensembles distincts –faits, pouvoir, discours–, ou bien, les réseaux sont tels que nous les avons décrits et traversent les frontières des grandes féodaux de la critique– ils ne sont ni objectifs, ni sociaux, ni effets de discours tout en étant et réels, et collectifs, et discursifs” (Latour, 1997, p. 14) Mi interés es conocer cómo se van realizando esas distinciones, porque tengo la sensación de que hay una especie de regla no dicha que dice: que prime la clínica. Y estando en medio de las decisiones cotidianas quizás logre aclararme qué podría ser eso que debe primar. Entro a este hospital tras un par de décadas de trabajo en salud pública. Y ha sido esa experiencia –paradójicamente– la que me ha traído a este hospital, un lugar que la salud pública no considera como el suyo, acostumbrada a definir su objeto como las poblaciones. En mi caso, ha sido el tiempo transcurrido entre estadísticas, políticas y sociológicas, que poco a poco me ha convencido de que la tarea más relevante de la salud pública es comprender lo que ocurre en la clínica. No sólo como un interés propio, toda vez que es aquí donde mayoritariamente encuentra sus propias argumentaciones que pasan por incontrovertibles. Sino por la convicción de que los grandes temas de la salud pública se juegan hoy en estos recintos hospitalarios, en estos regímenes de verdad clínicas, en estas decisiones valoricas, técnicas y cada día más, económicas.

Hacer por tanto una sociología de la clínica me resulta una tarea feliz: practicar una distancia reflexiva respecto de los actos médicos para comprenderlos como reales, narrados y colectivos. No intento decir que soy el único en intentar esta extraña distancia, mezcla de intimidad y profesión, con la teoría de los estudios de ciencia y técnica (STS). Por el contrario creo que todo clínico es de alguna forma un clínico heterónimo (Carvajal,

2014). Sólo intento decir que esa tarea repetida y no original, tiene sentido en este lugar y en este momento.

En las pocas citas a las que he recurrido se advertirá mi preferencia por alguna sociología. Me considero un pos-marxista y un pos-weberiano.

1.1. agencia y colectivos

Una de las principales revisiones propuestas a la sociología clásica, por los estudios STS ha sido extender la noción de agencia a los objetos o en forma más amplia, a los no humanos. Para nuestro problema y muy en línea con los trabajos de Foucault en el mundo hospitalario (Foucault, 2008; ?), implica considerar el rol de los equipos de diagnóstico y terapéuticos, así como de los recintos y los objetos técnicos, en la producción de lo clínico. Esta dimensión nos propone considerar que parte de la fuerza del criterio clínico, está en que no surge a mano desnuda, sino está distribuida en el equipamiento técnico, en los recintos, en los registros. Conjunción de objetos que actúan como teorías encarnadas.

Una segunda cuestión muy de la mano con lo anterior, es la producción de colectivos. Reconocida la agencia de lo no humano, la constitución de sociedades (y no ya “la sociedad”) o mejor dicho, colectivos, no puede ser relegada a una membresía puramente humana y por tanto, solamente social. De ahí, que resulte ser una mejor denominación de esta asociatividad de humanos y no humanos, la expresión *formación de colectivos*. Una descripción de aquellas hibridaciones que constituye la vida colectiva, que considera la agencia de las cosas. Si el mundo clínico es un colectivo, una ciudad blanca, en ella los objetos técnicos deben ser considerados agentes, en su tecnicidad propia, en su especificidad propia, en la que se entrecruzan de manera indistinguible dimensiones activas y pasivas, por decirlo en lenguaje de Fleck (Fleck, 2009).

Latour ha propuesto cinco momentos de la técnica en que la agencia de los objetos se torna visible (Latour, 2008, pp. 119-121):

- “... las *innovaciones* ... en estos sitios los objetos viven una vida claramente múltiple y compleja, a través de reuniones, planes, bosquejos, reglamentos y pruebas”
- “... *distancia*: distancia en el tiempo, como en la arqueología; distancia en el espacio, como en la etnología; distancia en las capacidades, como en el aprendizaje”
- “los accidentes, las fallas y los golpes”
- “cuando los objetos se retiran definitivamente a un segundo plano, siempre es posible –aunque más difícil– sacarlos nuevamente a la luz usando archivos, documentos, memorias, colecciones de museos, etc. para reproducir artificialmente, a través del relato de los historiadores, el estado de crisis en que nacieron las máquinas, los dispositivos y los implementos”
- Finalmente, cuando todo lo demás ha fallado, el recurso de la ficción puede llevar –a través del uso de la historia contrafáctica, experimentos de pensamientos y “ficción

científica” – los objetos sólidos de hoy a los estados fluidos donde sus relaciones con los humanos pueden tener sentido”

Una buena lista, para empezar este trabajo. Podríamos agregar los robos, las huelgas (especialmente las de celo), los chistes, los gags; por mencionar algunas de las interrupciones en que los objetos despliegan su agencia en los colectivos.

1.2. Tres dimensiones sociológicas de lo clínico

En estos días intento enumerar características del mundo clínico que la especifican. Son una lista a reducir, pero por ahora, carezco de ideas unificantes y vinculadoras que me permitan organizarlas. Las propongo como borradores de un diálogo.

1.2.1. Tres formas de la bio-artificialidad de la clínica

Si pudiera definir en pocas palabras el signo que pone un marchamo en lo clínico, diría que es la confianza en la bio-artificialidad de la vida. Con esto quiero decir que la clínica se aproxima a la vida a partir de una mirada de la biología como algo artificial. Algo que puede ser manipulado, analogado, metaforizado o intervenido y que ese curso será mejor que aquel librado a una vitalidad espontánea.

Esta bio-artificialidad tiene varias formas. Llamemos tecno-metafórica a la que permite usar imágenes de otras ciencias para abordar la intervención: la electricidad da la electrofisiología de las membranas celulares, del sistema nervioso, del corazón (la arritmología), de la musculatura; la dinámica de fluidos, da la fisiopatología circulatoria, el funcionamiento del corazón o el riñón, la cirugía valvular; la mecánica da origen a la biomecánica, la traumatología y ortopedia; la arquitectura y los ensayos de materiales, la osteosíntesis. Qué decir de la cirugía, de los cateterismos, laparoscopías, combinaciones de tecnologías ópticas, robotizaciones, miniaturizaciones y modelaciones variadas de lo vivo como ser biológico artificiable.

Otra forma importante de bio-artificialidad a considerar es la constructiva. La idea de cómo podemos manipular la vida biológica para ensayar organizaciones artificiales: prótesis, suturas, extracciones, transplantes, implantes, stent.

Y finalmente, podríamos describir una forma analógica, en que una expresión de la vida cotidiana, sin mayor sofisticación técnica, da origen a un variado despliegue de artificios. La expresión “bala mágica” gobernó la antibioterapia durante buena parte del siglo XX. En una versión más modesta, la conceptualización del test de Coombs en forma de mariposa y ensamble, aún es una explicación usada.

Quizás pueda hacerse un paralelo entre la dicotomía natural/social redescrita de un modo no antagónico por Latour ([Latour, 1997](#)) con la bio-artificialidad de la medicina. Se trata de una distinción que cruza la clínica acusada sistemáticamente por su artificialidad, desde los defensores de la medicina natural, las terapias naturales, los medicamentos naturales, los que a su vez defienden una artificialidad distinta de la vida, no biológica quizás, pero igualmente técnica. A su vez, la defensa de la intervención clínica se realiza mostrando como el sustento biológico es la garantía de la naturalidad de

su quehacer.// La distinción natural/artificial, funciona entonces como esa incoherencia entre lo inmanente y lo esencial. La naturalidad de la clínica es inmanente puesto que es producida mediante la biología. La artificialidad de la clínica es esencial a sus procesos de intervención. Pero a la vez, la artificialidad es inmanente, pues parece limitarse a una intervención episódica que busca restaurar una naturalidad esencial u homeostática, en términos de Claude Bernard.

1.2.2. Recintos, barreras y protocolos

Una tercera característica de la clínica es la formación de barreras. Quizás ninguna otra actividad tienen tal énfasis en promover recintos cerrados, sitios herméticos, despliegues de delantales, mascarillas, guantes, aires presurizados, campanas de régimen laminar, pabellones, burbujas. Mas que una lógica de encierros, me parece que trabajamos en burbujas, intentando imitar la delgadez producida por la tensión superficial.

No hemos pensado en cuánto de activo hay en estas barreras –en el sentido en que Fleck usaba el término (Fleck, 2009), es decir de histórico, de emocional, de arbitrario, de contingente– y cuán poco hay de negatividad, de resistencia, en esta proliferación de barreras. Al menos el delantal blanco, los lavados de mano con povidona yodada, la rasuración de las parturientas, actualmente se han debilitado como práctica esencial. Otras barreras más sutiles las han sustituido.

Quizás si alguna parte del éxito y avance veloz de los protocolos resida en su capacidad para sostener, erguir, extender y garantizar las barreras. González Ginouves en su estudio de la arquitectura hospitalaria barruntó esta agencia de los recintos o la performatividad de los diseños sobre el tipo de medicina practicada (Ginouves, 2012).

1.2.3. La importancia de la referencia circulante

Uno de los hallazgos mas notables de los estudios STS ha sido localizar como aspecto crucial de la producción científica, la cuidadosa elaboración de referencias circulantes o móviles inmutables (Latour and Woolgar, 1996). Muchas de las transformaciones en nuestra forma de pensar han surgido de los signos materiales, el papel y los tipos gráficos sobre ellos (Eisenstein, 2010), (Goody, 2008). El mismo concepto de identidad es incomprensible sin una experiencia de trazas que sostienen una apariencia de igualdad. Del mismo modo, la identidad de la enfermedad y del enfermo al interior de la clínica, se articula en buena parte en la producción de esa referencia circulante. Este rasgo le da a la actividad tecno-científica de la medicina (y habría que esforzarse por considerar seriamente con Lowy (Löwy, 2004) y con Fleck la especificidad de la clinica como un *estilo de pensamiento* peculiar) varias implicancias particulares. Por una parte, las dificultades que surgen para mantener este énfasis identitario en la variabilidad de la vida y sus borrosidades: confusiones de pacientes, confusiones de diagnósticos o intervenciones. Por otro lado, al identificar enfermedad con presencia de la traza, la paradójal presencia de trazas en ausencia de enfermedad y viceversa. Una sociología reflexiva de la clínica ha teorizado esto como falsos positivos, falsos negativos, sensibilidad y especificidad de la prueba, golden estándar, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo (impor-

tantes pues estos dos dependen de la prevalencia de la enfermedad ¡toda una sociología de las métricas!), curva ROC. Por tanto, trazabilidad de los exámenes. Mas aún, calidad de la medicina clínica como trazabilidad de sus procesos clínicos: registros, protocolos, marcas, trazas. Producción de identidad como calidad y calidad como trazabilidad de esa identidad producida en buena medida en el proceso de acreditación de esa calidad. La acreditación de la clínica como un asunto de trazabilidad.

Paradójicamente la búsqueda de trazabilidad se tensiona con un rasgo de la clínica que es la borrosidad de la autoría. Si el autor es un efecto de un texto, las inscripciones de la clínica, sean corporales, en papel, celuloide y otros, producen y localizan una autoría, situando en un alguien el origen de la bio-artificialidad de la vida. Ahora bien, del trabajo técnico-artesanal-artístico de la clínica puede decirse aquello del trabajo de diseño: “En general, los tipógrafos, como otros artistas y artesanos –músico, compositores y autores–, deben realizar su trabajo y desaparecer”. Esta ausencia del autor es un aspecto deseable de la clínica: sin efectos adversos, con cicatrices mínimas, sin efectos colaterales, altas definitivas.

Agrego otros dos aspectos que diluyen este efecto autor. El primero, la distribución de la autoría, mediante equipos clínicos cada vez mas amplios y subespecializados. Los equipos no son meramente los traductores de la realidad o los potenciadores de nuestros sentidos. Los equipos legítimamente pueden ser considerados performativos, toda vez que ellos son una teoría encarnada. Como sugirió alguna vez Kuhn los equipos son informados por la teoría: “Antes de que Coulomb pudiera construir su equipo y hacer con él mediciones, tenía que emplear la teoría eléctrica para determinar cómo construirlo. La consecuencia de sus mediciones fue un refinamiento de sus teorías” (Kuhn, 2007). Entre las ramas reflexivas de la medicina contemporánea, la bioética podría adecuar alguna de su lógicas considerando esta dimensión del equipamiento. La exageración extrema en la formalización del consentimiento informado y los lamentos acerca de la pérdida del rostro en la relación médico-paciente, podrían ser leídos de otro modo en tiempos de telemedicina y despliegue maquínico. Los equipos humanos y no-humanos se han entremezclado en promiscua intimidad dentro y fuera de los hospitales. La transmisión de los datos por una línea mal diseñada, un software que se cuelga o un computador que falla, pueden también ser parte de un diagnóstico equivocado o un evento adverso. Vaciar de relevancia al rol de los equipos, alegando que sólo los humanos tienen intencionalidad y los no humanos carecen de conciencia ética y por tanto responsabilidad, es un buen juego argumentativo, pero lamentablemente no ayuda un ápice a comprender intelectivamente esta cuestión. Mas útil sería preguntarse si acaso no hay agencia de los no humanos en ese diagnóstico.

La segunda cuestión es que en la clínica más que autoría se trata de una traducción. La acción clínica está cada vez más engarzada en una serie de sustituciones sutiles, transformaciones parciales, pequeños roles, indiscernibles efectos. Hay poco en la clínica del gran héroe, A cambio florecen historias de múltiples actores. La autoría se diluye en medio de las traducciones.

1.2.4. Estadísticas clínicas

La salud pública ha hecho un gran esfuerzo por distinguir su enfoque poblacional del clínico (de Almeida, 1992), argumentando la riqueza sociológica de su abordaje. Como yo lo veo el problema es inverso. La pobreza sociológica de la salud pública no le permite pasar más allá de lo poblacional. Su ceguera respecto a la comprensión sociológica de la clínica es tal que ni siquiera sospecha que sea posible o necesaria tal cuestión.

La clínica es un lugar cruzado por la estadística, o mejor diríamos la casuística. No se trata de poblaciones, sino de personas sometidas a la prueba de laboratorio que las marca con una traza. O simplemente enfermos o portadores o grupos de riesgo. No son una población.

La fuerza de la estadística marca los tratamientos, los diagnósticos, las conductas, los protocolos. Un clínico, tanto como es un semiólogo o un instrumentador experimentado, es un estadístico.

2. Segunda pregunta: ¿Alguna herencia de la cual hacernos parte?

Sostengo que una herencia crucial para esta investigación es la obra de Ludwik Fleck. Su calidad de médico –bacteriólogo– hace de sus preguntas y descripciones cuidadosos exámenes del mundo clínico. Su inquietud histórica y sociológica conecta las humanidades con la práctica médica sin interrupciones ni saltos. Una verdadera sociología Actor-Network-Theory.

Por otro lado, Fleck no es un constructivista social ni un positivista ingenuo. En una nota a pie de página expresa con toda claridad lo que hoy proponen los estudios de STS: la coproducción de sujeto y objeto. Para el caso de la praxis clínica Fleck anota:

Se pinta demasiado nítidamente la línea divisoria entre lo pensado y lo existente. Al pensamiento le debe ser reconocido un cierto poder para crear objetos y a los objetos su procedencia del pensamiento, mejor dicho, del pensamiento –conformado por un estilo– de un colectivo (Fleck, 1986, p. 159)

La distinción que hace entre componentes activos y pasivos de los hechos científicos, le permite a Fleck pasar entre internalismos y externalismos, soslayando la cuestión de la polaridad y oposiciones a una noción más próxima a la enacción o a las ontografías, más próxima a las diferencias que a las identidades.

Una tercera característica del pensamiento de Fleck es su localización. Fleck en Lwow es parte de una escuela médica polaca que combinaba inquietudes clínicas con filosofía, historia, sociología y medicina, y que produjo un verdadero estilo de pensamiento y un colectivo de pensamiento (Löwy, 2008), (Plonka-Syroka, 2014) y (Plonka-Syroka and Kazmierczak, 2011). Una escuela periférica, que pudo preguntarse algunas cuestiones disciplinares en virtud de esa misma condición.

Referencias

- Carvajal, Y. (2014). Medicina clínica: ¿determinismo técnico o qué? el caso gopech-pinda o por un giro tecnico no luddita y preclinico, en salud pÚblica. xxx.
- de Almeida, N. (1992). *A clínica e a Epidemiologia*. APCE-ABRASCO, Salvador-Rio de Janeiro.
- Deleuze, G. (2012). *Diferencia y repetición*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Eisenstein, E. (2010). *La imprenta como agente de cambio*. Fondo de Cultura Económica, México D.F.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Alianza Editorial, Madrid.
- Fleck, L. (2009). *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. FABREFACTUM editora, Belo Horizonte.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar nacimiento de la prisión*. Siglo XXI editores, Buenos Aires.
- Ginouves, I. G. (2012). La evolución de la arquitectura hospitalaria en chile. *Revista Chilena de Salud Pública*.
- Goody, J. (2008). *La domesticación del pensamiento salvaje*. akal, Madrid.
- Kuhn, T. (2007). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. [1962] Fondo de Cultura Económica, México, D. F.
- Latour, B. (1997). *Nous n'avons jamais été modernes*. La Découverte/Poche, Paris.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayos de antropología simétrica*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar los social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial, Buenos Aires.
- Latour, B. and Woolgar, S. (1996). *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. La Découverte/Poche, Paris.
- Löwy, I. (2004). Introduction: Ludwik Fleck's epistemology of medicine and biomedical sciences. *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.*, 35:437–445.
- Löwy, I. (2008). Ways of seeing: Ludwik Fleck and Polish debates on the perception of reality, 1890-1947. *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.*, 39:375–383.

Plonka-Syroka, B. (2014). An overview of the polish school of medical philosophy from the 19th century to today. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 2:509–526.

Plonka-Syroka, B. and Kazmierczak, A. (2011). Polish school of philosophy of medicine - between the philosophy of science and clinical practice. pages 242–247. en <http://www.depot.ceon.pl/handle/123456789/4164>.