



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Gonçalves, Ricardo Bruno Mendes
Epidemiología y práctica médica
Salud Colectiva, vol. 18, e4013, 2022
Universidad Nacional de Lanús

DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4013>

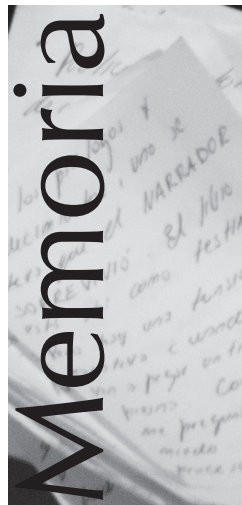
Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73170673009>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNL 

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Epidemiología y práctica médica

Epidemiology and medical practice

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves¹

RESUMEN Se presenta un texto inédito de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, referente del campo de la salud colectiva, en el que aborda la relación entre la epidemiología y la práctica médica. Se trata de la conferencia dictada el 16 de diciembre de 1988, en el marco de la apertura del seminario “Epidemiología clínica: ¿campo científico posible o nueva ideología médica?”, organizado por el Departamento de Medicina Preventiva, de la Facultad de Medicina de la Universidade Federal da Bahia, Brasil. Esta versión ha sido desgrabada y transcrita manualmente, revisada y, en muchos casos, reescrita por Naomar de Almeida Filho y Jose Ricardo Ayres, buscando siempre preservar el sentido original y el tono coloquial característico de sus conferencias.

PALABRAS CLAVES Epidemiología; Medicina Clínica; Salud Colectiva.

ABSTRACT In this unpublished work by Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, a key figure in the field of collective health, the relationship between epidemiology and medical practice is considered. The text is based on an inaugural lecture delivered on December 16, 1988 as part of a seminar called “Clinical epidemiology: possible scientific field or new medical ideology?” organized by the Department of Preventive Medicine at the Federal University of Bahia School of Medicine, Brazil. This manually transcribed version of the lecture was prepared, revised, and in many cases rewritten by Naomar de Almeida Filho and Jose Ricardo Ayres, who always sought to preserve the original meaning and colloquial tone that was characteristic of his lectures.

KEY WORDS Epidemiology; Clinical Medicine; Collective Health.

¹(1946-1996). Médico. Doctor en Ciencias, área Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

EPIDEMIOLOGÍA Y PRÁCTICA MÉDICA

Vamos a tratar aquí la relación entre ciencia epidemiológica y práctica médica. En este caso, hay agravantes en la discusión de la epidemiología en cuanto concepto y en su relación con la práctica médica. Las trampas son tremendas, con una capacidad fantástica para generar malentendidos, despertar presupuestos o preconceptos e imposibilitar ubicar la discusión como un tema epistemológico. Tenemos un largo camino que recorrer para tratar de aclararlo, y eso es lo que voy a intentar hacer. En un primer momento, voy a centrarme en lo que no es o, al menos, lo que no debe pensarse. Buscaré correlacionar epidemiología y práctica médica de manera productiva, para que se pueda pensar esa relación en el plano general, buscando después analizar, en particular, sus desdoblamientos como una ciencia. Por cierto, en lo particular, la epidemiología tiene toda una tradición histórica de generar malos entendidos con relación a qué es. Tanto es así, que ha sido pródiga en incorporar adjetivos, la mayoría de las veces inadecuados, que intentan diferenciar escuelas o investigadores. Desde una perspectiva rigurosa, la epidemiología social es algo pleonástica y la epidemiología clínica es algo contradictoria en cuanto a términos. Entonces tenemos que hacer un tamizaje, un cierto estrechamiento, para ver qué hay detrás del tema de la cientificidad de la epidemiología como un problema concreto que tratamos de resolver con estos adjetivos relativamente inapropiados.

¿Qué (no) es la epidemiología?

Quería, entonces, primero tratar de circunscribir lo que no se debe pensar sobre la epidemiología, para poder pensar luego sobre su relación con la práctica médica. Déjenme apartar algunos viejos fantasmas. El primer viejo fantasma que quiero disipar es el hábito (también clásico en ciertos contextos) de definir la epidemiología a partir de métodos

epidemiológicos. Es casi intuitivo que, si fuésemos a comparar la epidemiología con otras disciplinas científicas, difícilmente se encontraría otra que hiciera uso de esa misma artimaña, hasta para hablar de cosas genéricas. Imagínense si la física o la química, las ciencias sociales, la psicología, o las ciencias biológicas dijeran que son ciencias porque usan el método físico, químico, biológico, ¡o el método de lo que sea! Nunca se vio algo así. Pero nosotros, que inventamos ese problema, ciertamente no somos burros ni ignorantes. Entonces, ¿qué estamos queriendo traducir con esta definición? ¿Qué nos lleva a poner tanto énfasis en el método para diferenciar una disciplina científica? En este caso específico, debe haber algo que verificar.

Hay algunos riesgos en ese intento de reducir la epidemiología a sus métodos que son más o menos intuitivos. Me gustaría recordarlos para oponerme a ellos y luego recuperarlos. La primera cosa sería imaginar lo siguiente: cuando se dice método epidemiológico, con ese poder de discriminar una disciplina, se pretende hablar de alguna cosa completamente original en el panteón de la ciencia, única en sus características, a punto de, en ese caso, y apenas en ese caso, ser capaz de ejercer esa actividad. No creo que se pueda evidenciar eso. No conseguí, ni nunca vi un intento de demostración de ese tipo que fuese convincente. No estoy convencido de que sea posible evidenciar, en los procedimientos metodológicos del epidemiólogo, tales características de originalidad en relación con el objeto, en relación con la práctica a la que se refiere, en fin, cualquier tipo de característica que nos permita decir que este método tiene ese poder y que otros supuestamente no tienen.

Cuando hablo de método pienso en un conjunto de procedimientos articulados en una especie de interacción entre la razón cognoscente y los objetos ideales. En este momento, poco importa cuál procedimiento; pero a partir de los objetos que se construyeron, es posible identificar algún denominador común en todas las actividades que pueden merecer el nombre de ciencia. Esto viene ocurriendo desde Grecia, si somos más generosos o, si somos más restringidos, desde

la Edad Moderna en adelante. Pero, en todos esos casos, después de que los hechos sucedieron, después de que las personas pensaron y conocieron, se utiliza ese dispositivo llamado (generalmente mal llamado) método para operar con las artimañas de la razón, en el esfuerzo de conocer el mundo. Esto ocurre independientemente de la posibilidad de diferenciar las exposiciones, con posterioridad, y de decir que todo ese esfuerzo no es para conocer algo que existe, sino para construir una comprensión intersubjetiva capaz de viabilizar la vida en sociedad, por un lado, modelada con extremo realismo y, por otro lado, con extremo idealismo. Esos extremos son solo conceptuales y difícilmente se encuentran en la práctica; sin embargo, en los dos casos, solo se designa como método al procedimiento. Esta es una idea anticuada, que se dio desde Grecia hasta aquí, desde la época de Sócrates, digamos, hasta hoy. Esta idea se produce en el momento en que se imagina un cierto poder de capacidad racional, en su relación con el mundo diferente al poder de revelación, diferente al poder mitológico que la razón usó antes de Grecia, antes del pensamiento fundacional de Occidente.

Veamos el caso de la epidemiología, es decir, desde cuándo existe algún tipo de actividad que se pueda llamar epidemiología. No quiero discutir aquí la cuestión del origen. Un nacimiento aquí, otro allá, otros más atrás. Tomemos la epidemiología como cualquier cosa que, aunque no tuviera ese nombre, estuviera lo suficientemente cerca del paradigma de investigación actual, que yo ubicaría allí para los siglos XVI o XVII, que es más o menos desde cuando eso existe. Ya en plena vigencia de la actualidad científica moderna, en épocas poscartesianas, posgalileanas, se buscó, como en todos los demás casos, instrumentalizar la razón que producirá conocimiento a partir de un conjunto de reglas que permita, al menos, una de las características de esa racionalidad científica moderna: que un día será reconocida por el otro como dotada de una estructura regulada de objetividad, de normas discursivas para la producción de la verdad. Eso solo significa

que se escucha un discurso allí y no es que se reconozca la verdad en él, sino que reconocemos en él una regla o un conjunto de reglas. Esta es la racionalidad científica moderna, pero hay quienes imaginan que es “la verdad”. Esto implica una verdad objetiva, sometida a criterios tales que, una vez comunicada, pueda ser objeto de discusión y acuerdo o divergencias según su propia evidencia particular o incluso un argumento mitológico del tipo revelación (o descubrimiento), pero un argumento empírico en todos los casos. Para simplificar, podemos hablar de prueba, pero cuando hablamos de prueba, se simplifica demasiado.

Esto que aparece en la epidemiología aparece en todas las demás disciplinas científicas, pero no es igual en todas partes. No pretendo sugerir que exista un único método científico que se adapte a las particularidades de cada área de investigación en un solo detalle. Solo hago constar que existe esta posición y que también hay que respetarla, ese es el mensaje que estoy tratando de transmitir, aquí, hoy. Pero, en todo caso, imagino que hay algo en común en los diferentes métodos, en los diferentes procedimientos, en las diferentes disciplinas, apenas en este nivel que traté antes, como la actividad racional de una razón optimista, de una razón que cree que puede saber. No siempre fue así, la humanidad empezó a pensar que podría saber en cierto punto el camino de la historia. Esa razón –utilizando por primera vez, hoy, una inspiración de Bachelard, a la que recurriré mucho en la siguiente discusión– es común a todos los métodos; pero, a partir de ahí, habrá una diferenciación que nos permita pensar la cuestión general del conocimiento como una cuestión epistemológica a tratar siempre regionalmente. Esto daría cierta nobleza a la discusión sobre qué es el método científico. Esta discusión no tiene sentido desvinculada de su contexto. Sin embargo, cobra sentido en esta área específica, como preocupación por detectar, normalizar, discutir, rectificar, ratificar los procedimientos racionales de una investigación que tiene un objeto.

En busca de la región de la racionalidad de la epidemiología

En la tradición racionalista clásica, la discusión no se plantea de esa forma, allí la discusión es sobre la razón en general, independientemente de los objetos. Con todos los límites filosóficos, la tradición clásica sería aquella que acaba o culmina gloriosamente, más allá de qué es lo que se discute. La razón permanece inalterada, siempre igual, y esa anatomía, esa fisiología de la razón tal como la conocemos, constituye la primera gran noción de método fundada en el siglo XX. La revolución iniciada por Bachelard trae como novedad la demostración de que es mucho más fecundo considerar la diferenciación, la particularidad, la regionalización de la razón para poder realmente ver lo que ella hace a través de lo que ha hecho, en lugar de ver a través de lo que hace o debería hacer. En otras palabras, situar la discusión como, en cierto modo, también cuasicientífica, refiriéndose a la ciencia producida en la práctica efectivamente transcurrida.

Necesitamos hablar de lo que los científicos producen en su investigación, en lugar de una discusión normativa sobre cómo debe ser el método, que no se basa en cómo ha sido el procedimiento hasta ahora. Entonces, sobre la base de esta última afirmación, cuando la epidemiología se reduce a un método observacional, en primer lugar, hay al menos una consecuencia. Hay una ausencia de referencia al objeto, una hiperracionalización de la discusión, como si el debate sobre el método pudiera darse completamente al margen de las características de algún objeto, es decir, algún aspecto o conjunto de aspectos de la realidad, que existen por sí mismos, más allá de mi acción de recortarlos, de cierta manera, contruidos, de una forma u otra, para conocerlos. Se trata de considerar esa objetividad como anterior a mi conocimiento. Si tal cosa existe, naturalmente el ejercicio de la razón habrá de adaptarse a las características de este proyecto de conocer un objeto determinado. Cuando se abordan las ciencias naturales, entre las cuales podemos mencionar, por ejemplo, las

ciencias biológicas, hay una proposición con características diferentes. Estas ciencias están más cerca de objetos que no son pensados en su historicidad, al menos la mayor parte del tiempo, sino como variantes de estructuras constantemente reproducidas iguales a ellas mismas, sujetas a un reconocimiento de leyes de naturaleza perpetua. Al hacer una investigación desde la biología, que se presume verdadera, se aplicará al objeto aquí y ahora, pero mañana quizás no. Todo lo que digo de la célula, sé que es un recorte provisorio de sus límites, sé que es una mirada pasible de ser rectificadas, pero digo, que tiene una pretensión, por lo menos, de estabilidad. Hay posibilidades de reformular más tarde esa pretensión de conocer la célula de la que hablo, que habrá sido y será siempre una célula. Uno puede, en algún momento, imaginar una forma de vida que no tenga células. Pero esa es otra historia, porque mientras existe, ella tiene tales límites, tales estructuras y tales funciones. Tanto en el caso de los objetos variables, como en el de los objetos invariantes, se pueden identificar principios generales que se reproducen, principios generales racionales que sirven para identificar adaptaciones, esfuerzos de adaptación de la razón para reconocer esas cosas.

Entonces, cuando hablamos del método epidemiológico –y lo abstraemos del problema al que se aplicó– en esa interacción de la razón con lo real, lo real no habla por sí mismo. Aquí estoy yo, la enfermedad, el colectivo, cualquiera que sea la concepción que se adopte del objeto que se ha identificado, creado, apostado de cierta manera (en el sentido de una lotería, incluso de una apuesta). Hablamos de una inversión incierta, hecha por la humanidad en un determinado momento para resolver ciertos problemas, porque incluso para superar ciertos problemas o para oponerse a alguna cosa o para reafirmar algo, se hacen preguntas. En este punto, al hacer tales preguntas, se identifica vagamente, aún en el campo, lo que llamo un objeto. Pero esa cosa no dice cuáles son sus límites, soy yo quien va a construir, construir en el ejercicio de investigación y no tengo un método para hacerlo desde el principio, porque

cuento con principios racionales muy genéricos. El método epidemiológico, si lo tomo tal como está en los manuales, es el resultado de esa práctica, pero no es su resultado definitivo y exclusivo. De hecho, es el resultado de esa práctica hasta donde ha logrado llegar, pero continuará, se supone, a menos que haya una hecatombe y la realidad sea permanentemente modificada. Se supone.

El conocimiento es la reforma de una ilusión –voy a volver otra vez a Bachelard– y es en ese sentido que una ilusión se reforma, no la reforma de una mentira, de un engaño, sino la reforma de un proyecto que es siempre muy optimista y siempre se ve forzado, en determinado momento, a reconocer sus propios límites y a proponer sus rupturas. Tendemos a pensar que la historia de la ciencia es la historia de un Copérnico, una persona que de repente inventa algo completamente loco, improbable, contradictorio, inverificable, en contraste con Ptolomeo, quien presentó otra idea, que aún por esos criterios formales era pasible de verificación, consistente con una evidencia más inmediata y coherente con el resto del conocimiento disponible. Pero es Copérnico quien está en la historia de la ciencia, en el lugar de Ptolomeo y no al revés. Con Galileo, lo mismo, mientras otro acabó en la hoguera y así sucesivamente... O sea, la ciencia pasó por rupturas. Pero no quiero decir con esto, de forma alguna, que hay que romper todo el tiempo. Después de cada ruptura hubo acumulación, porque tampoco hay rupturas sin que se haya acumulado algo. No se rompe de la nada, se rompe con el trabajo realizado, se revisa esa parte y se intenta hacerla de otra manera, pero cuando hay, finalmente, una reducción al método, me temo que se invisibiliza cualquier discusión en el sentido de la posibilidad de la referencia a un objeto.

Entonces ustedes dirán: “¡Ah! Entonces tal vez quiera aprehender la ciencia epidemiológica por el objeto”. Eso tampoco, por supuesto. Más o menos obvio es entender por qué tengo que tomar el objeto producido como se suele enseñar en la educación formal de Brasil. Se aprende qué es la física y ahí se habla de todo el contenido legal ya conocido sobre la física, pero no se dice qué

es la física viva. Se dice lo que ella hizo, lo que fue, no se llega generalmente ni siquiera a hablar de la física del siglo XX, porque ella misma se introduce en la cuestión. Hemos llegado a la relatividad, no a la teoría de la relatividad, sino a la relatividad del conocimiento, de la historicidad del conocimiento, y eso no debe ser presentado a las infancias en las escuelas. Se supone que solo debemos aprender certezas. Lo cual es explicable, aunque es muy malo. Así como no se dirá que la física es el conjunto de cosas que han hecho y dicho los físicos, es limitante y excesivamente reduccionista decir que la epidemiología es el conjunto de cosas que han hecho los epidemiólogos.

La tendencia a suponer esa afirmación como verdadera es muy solidaria con una de las ideas filosóficas generales sobre la ciencia, aquella que imagina, en definitiva, que los objetos producidos por la ciencia corresponden a una verdad perpetua, definitiva, sagrada y no a una relación del hombre con el mundo que es verdadera, pero transitoria por su propia repercusión. La epidemiología tiene un objeto producido, tiene un objeto producto, pero por eso no puedo definirla como ciencia. De hecho, tampoco podría definir cualquier otra ciencia únicamente por su objeto producto. Por otro lado, definirla por su objeto, todavía no un producto, sino un producto virtual –por sus temas y problemas o aspectos de la realidad a los que se aplica– es imposible sin referencia al producto ya hecho, excepto en formas muy imprecisas de discriminación, formas nebulosas de un campo científico. Como solemos hacer, tomar la salud solo en su dimensión colectiva puede ser muy consistente, pero no deja de ser impreciso, no instrumentaliza ninguna investigación, tampoco viabiliza ninguna discusión, ni la práctica. Pero es lo máximo que se consigue hacer en el nivel de discriminación de ese objeto-antes, como en la nube, desde luego impreciso. Hay una cierta tradición por la cual se puede imaginar el objeto de la ciencia como algo que se puede representar con precisión. Método sería la máquina capaz de apresurar esa niebla con un clic y reconocer el objeto con todas sus características.

Entre las muchas críticas a esa posición (que no me interesan en este momento) solo me quedaría con una, que es la idea de que, finalmente, ningún aspecto de la realidad es posible separarlo de los otros, a no ser artificialmente, que es muy bueno para trabajar, pero no puede ser hecho como algo definitivo. Es decir, no hay forma de interponer una pared radicalmente delimitante entre el átomo que es pensado por la microfísica y la química, por ejemplo, pues se trata evidentemente de cuerpos complementarios que se definen exactamente por el ángulo en que reconstruyen el objeto. Si no puedo definir una ciencia dada ni por el método ni por el objeto, si de esta manera propongo no definir la epidemiología, se me podría acusar, con toda razón, de estar sugiriendo que tales cosas no existen. ¡Lejos de mí! Ciertamente, existen procedimientos metodológicos en epidemiología razonablemente establecidos, en permanente perfeccionamiento, hasta que encuentran la oportunidad de descartarse por completo, como la ciencia lo ha hecho tantas veces, para ser reemplazados por otro mucho mejor, pero mientras exista, debe ser relativamente sagrado, en cierto sentido. Bueno, objeto ciertamente hay (lo admito). Sin embargo, aunque hay gente que no acepta que exista eso que estoy llamando objeto-antes, el problema está ahí en la realidad. Es algo que puedo conocer a través de la epidemiología, que no es una invención en sentido radical, una intuición brillante o loca, tampoco una intuición susceptible de ser dividida intersubjetivamente porque así ha sido estipulado a través de reglas lógicas o matemáticas solamente. Se trata de una corriente de pensamiento muy importante, muy difundida en esta área, hay gente muy buena, muy seria en epidemiología que piensa así.

Si admito que existen esas tres cosas –tanto un objeto virtual, como un resultado y un procedimiento racional– y no pretendo entender la epidemiología por ninguna de las tres aisladamente, solo puedo encontrar una solución juntándolas todas en el mismo lugar donde ellas sean partes o como dimensiones de algo que las trasciende. Entre las diversas formas de resolver ese problema (a

través de la argumentación), aquella que me parece más productiva para pensar el problema planteado implica pensar que la epidemiología comprende todas esas cosas.

La epidemiología “nocturna” y el trabajo diurno del epidemiólogo

En cuanto a dimensiones de una cosa más general que sería, sobre todo, el trabajo del epidemiólogo, veo dos ventajas principales: una es de inspiración bachelardiana, es decir, se escapa de la tradición de una filosofía de la ciencia de carácter normativo, ese esfuerzo del filósofo que recoge, no sé dónde, y le dice al científico cómo debe ser. Bachelard realizó un extenso trabajo de denuncia de esa postura y pretendió sustituir esa filosofía (a la que llamó “filosofía nocturna” del científico) por un esfuerzo todavía filosófico, pero solidario con la ciencia. Con esa solidaridad él mira la ciencia en el momento en que ella es hecha, y no cuando habla de sí misma, en el bar, en el congreso, en la noche o en la niebla. En el acto técnico de hacer conocimiento en el campo o en el laboratorio. Es allí donde el filósofo debe mirar para ver, en efecto, dónde funciona, en lugar de decir que debe ser así o asá.

Por otro lado, no es solo esa justificación la que veo para pensar la epidemiología como un *trabajo*, para aclarar nuestro tema. Hay otra, no precisamente de carácter filosófico, sino de carácter, digamos, sociológico. En cuanto a la evidencia empírica, ciertamente la evidencia epidemiológica resulta de algún trabajo; otra forma de pensar, al menos idealista, propone considerarla como una entidad, un ser, como un fantasma que las personas en trance estarían descubriendo. La epidemiología que se hace depende de la formalización que se le pueda dar, pero ese es otro problema. Reformulando la pregunta, puedo establecer una situación relacional entre esa práctica del epidemiólogo –aquel que hace epidemiología– y el resto de las prácticas sociales, dentro del conjunto del que inevitablemente forma parte. Allí, realizando su propia práctica, quiera o no, sea consciente o inconsciente el investigador de eso, habrá una articulación entre la

práctica de la ciencia y el conjunto de prácticas de las que forma parte.

“Las ciencias están contra ustedes” –dirán con referencia a cierta leyenda sobre Galileo Galilei. Es muy difícil sustentar empíricamente una leyenda (sin duda, un efecto ideológico) sobre Galileo. De hecho, ser identificado por lo que Galileo escribió y lo que hizo, no se trata de una ciencia contra la Iglesia, sino contra una corriente de pensamiento que ya estaba en disolución. Aparentemente, él estaba adelantado a su tiempo, mucho más que Einstein, por ejemplo, que parece mucho más fisiológico en relación con la ciencia contemporánea. ¿La ciencia de Einstein es algo que ya pasó o sigue vigente? Lo que me propongo observar no es la criatura y su momento, sino aquel trabajo articulado por otros en el sentido histórico. Digo esto para evitar que se fije la idea de que, en definitiva, la práctica del científico es una especie de respuesta mecánica a las demandas sociales. No comparto esta idea, me parece ridícula. Es una idea que ya está algo enterrada junto con otros huesos de cierto marxismo que se puso de moda hace algunas décadas atrás: imaginar que todo lo que ocurre a nivel de la superestructura, como un espejo, sería un reflejo especular de lo que sucede al nivel de la objetividad, en el nivel de las cosas en sí mismas, como si hubiera un nivel de la estructura por fuera de la historia, que no compartimos.

¿Quién podría imaginar que, en nuestra vida cotidiana, cuando utilizamos cualquier término que designa una enfermedad, estamos usando modelos abstractos para indicar cuerpos, formas y funciones, como si siempre hubiera sido así? La mayor parte del tiempo no es así, es cosa del pasado, al igual que todos los otros tiempos anteriores. Creo que este tipo de esfuerzo es importante, buscando conocer la historia no para ilustrar, sino para comprender el presente. Puede ser que estemos en uno de esos largos períodos, de relativa estabilidad, en que se reproducen muchas generaciones, hasta que algo empieza a cambiar en la concepción más general del mundo, en las características más generales de la práctica. También puede ser que estemos en una época de transformación

rápida y radical de las cosas. En este momento, la cuestión de la epidemiología, si ha de ser pensada como un trabajo, será más tarde un método, un objeto, una teoría, una morfología de la investigación... todo ello será necesariamente parte del proceso a través del cual la sociedad se reproduce, a través de nosotros también, para designar enfermedades, a través de nuestro trabajo: en particular el trabajo de cada uno conociendo el mundo, proponiendo cosas al mundo.

En este punto, la práctica del epidemiólogo no tiene originalidad en relación con la práctica del médico. Es aquí, entonces, donde veo alguna posibilidad de entender la relación entre la epidemiología y la práctica médica, más allá de lo que es más intuitivo. Bueno, ¿qué vamos a pensar?, ¿cuáles son las ventajas de que exista una u otra?, ¿en qué se puede beneficiar el médico de la epidemiología? ¿Qué hice?! Fijé al médico como algo que no varía, eso es obviamente cretino. O, ¿en qué se puede beneficiar la epidemiología de los avances de la medicina? Ahora fijé al epidemiólogo de ese lado.

Esto puede hacerse, por supuesto, dentro de una investigación circunscrita, que se centre en un momento histórico. Ahí no interesa el flujo, interesa la sincronidad. Pero, pienso aquí en flujo, y estas cuestiones genéricas, que son más delimitadoras en el campo de la discusión, tienen que ser pensadas en flujo, pues si no la discusión queda “atascada”: el bien contra el mal. Pensar la epidemiología como un trabajo permite colocarla en paralelo al trabajo del médico y ahí ver, en ambos casos, no solo sus relaciones mutuas, sino sus relaciones con otros trabajos, lo que también dará la característica de su relación mutua. Esto que estoy planteando no es ninguna novedad. Todo esto ya se ha hecho razonablemente. Mi aporte original no es de hoy, es de mi trabajo anterior con miras a avanzar en el estudio de las relaciones, no solo del modelo teórico, sino incluso de una investigación empírica que aborde las “relaciones entre”, las interrelaciones.

El trabajo es reproducción social, la idea de modelo tecnológico solidario, la idea de ciencia, de conocimiento, es la contribución

de estos niveles. Un paréntesis: no soy epidemiólogo, nunca he hecho y no quiero hacer ninguna investigación epidemiológica; pero, no obstante, me resulta imposible trabajar en mi propia área sin tener un contacto mínimo con la epidemiología, no a nivel técnico, sino con lo que se está haciendo en epidemiología; de lo contrario, estaríamos concibiendo nuestra área de trabajo, la salud colectiva, como compuesta por dos personajes esquizofrénicos: el que estudia la práctica y el que estudia la enfermedad, que se reúnen en congresos pero que, el resto del año, cada uno es autónomo con relación al otro.

Creo que eso es muy improductivo, es casi seguir sin pensarlo, en la tradición de la segmentación de las ciencias, porque al fin y al cabo existe una química, una física, una biología, una sociología, una psicología, una antropología estructural, una antropología genética, como si debiera ser así de forma automática. En otras palabras, el conocimiento deberá necesariamente estar segmentado en disciplinas que construyen casitas dentro de las cuales se establecen por un tiempo las reglas de conducta correcta. ¿Es bueno que esto sea así, si así ha sido el modo de funcionar de la razón en la sociedad durante los últimos siglos? Pero ¿cuál es el problema?, ¿qué perdemos y qué podemos encontrar más adelante? Esto es lo único que me gustaría retomar para explicar esta relación con la epidemiología, no para ser un epidemiólogo –que, en cierto sentido, lo soy–, pero de eso hablaré en un momento, porque ahí ya no es la epidemiología como se la conoce intuitivamente.

La epidemiología como práctica, apuesta y proyecto: un “psicoanálisis”

Pensándolo así y simplificando mucho las cosas, la epidemiología tendría tres ideas. Pensando así, se torna imposible decir lo que debe ser, ¿no es así? En cualquier momento me puedo traicionar aquí con vicios del lenguaje y decir que la epidemiología es “no sé qué más”. Pero eso sería incorrecto. Yo puedo decir qué era la epidemiología y qué es en este momento, pero no lo que será en el

futuro. La epidemiología será, en los tres casos: práctica, apuesta, proyecto. Triunfó aquí, fracasó allá, ni siquiera se sabe, nos hace falta un arqueólogo para sacar las telarañas, para descubrir que una de las personas se dedicó a explorar cierta posibilidad de conocimiento en el siglo tal, que de hecho es interesante, pero generalmente desaparece.

La epidemiología no desapareció, por lo tanto, es un objeto digno de ser pensado. Aquí, utilizaré una metáfora inspirada también en Bachelard, aunque en este caso difiero de él porque, al fin y al cabo, Bachelard busca una filosofía solidaria de la ciencia, como una especie de psicoanálisis del conocimiento científico, algo que se situaría en el nivel intuitivo, irracional del investigador, condicionado por él, por lo tanto, llamado psicoanálisis. Es a partir del científico, sus métodos, objetos, sus instrumentos de trabajo, sus técnicas de medición, en síntesis, a partir de eso se crea el objeto de la ciencia, que evidentemente no es un objeto dado antes. Bachelard solo pudo hacer eso en el siglo XX porque la ciencia creó cosas que no existen en la naturaleza, hechos que inventamos. Basta con mirar la tabla periódica para encontrar una enorme colección de evidencias de cosas que no están en la naturaleza y nosotros hicimos, para abandonar la idea de que la ciencia es el reconocimiento de la naturaleza. Ella es mucho más que eso. Es un proyecto relacionado con la naturaleza, evidentemente. Pues bien, Bachelard piensa que es a partir de esa dinámica, psicoanalíticamente aprehensible, *senso latu*, del conocimiento científico que se puede esclarecer la solidaridad de la filosofía con la ciencia moderna que él proponía. Solo voy a usar la idea psicoanalítica para hablar, pero en un sentido metafórico. La epidemiología estaría en un momento de juego de la infancia, y las infancias son las edades del Edipo. ¿Dónde voy a buscar esa infancia? No normativamente. Busco esa infancia en la presencia, en el acontecer histórico de trabajos que decían algo diferente al trabajo de los médicos de la misma época. Esto ocurre, como mencioné, aproximadamente en la Edad Moderna. ¿Y qué hay de común y de diferente con relación al médico? ¿Cuál es el rasgo distintivo general de

esta epidemiología de los siglos XVI y XVII?, (una epidemiología que no se llamaba así, porque esta palabra se inventó en el siglo XIX; según Nájera, puede haber sido antes, pero solo cobra sentido social a partir de 1850). ¿Qué era lo común? Era pensar el fenómeno, el problema, la enfermedad, la salud como fenómenos colectivos. Voy a decir colectivo para evitar hablar de social, porque muchas veces ese colectivo significa solo una población o la suma de muchos casos. De ahí parte la idea del nombre epidemiología, porque los fenómenos de salud y enfermedad de carácter colectivo se hacen más evidentes cuando son epidémicos. Atraen más la atención cuando ocurren como las epidemias.

Las epidemias no eran colecciones de enfermedades. La epidemiología es aquella ciencia que dice que una epidemia resulta de una enfermedad que tiene una característica extraña, y que ataca a un conjunto de personas al mismo tiempo. Y esa “enfermedad que ataca” no es una metáfora, como hablamos hoy. Es realmente un ser que ataca, que está ahí, en algún lugar, y ataca a mucha gente en bloque, trastorna toda su vida y pide una acción. Las relaciones entre esta y el conjunto de la vida social de los siglos XVI y XVII –siglos de la implementación del capitalismo en Europa, siglos de transformación previos a la consolidación de los siglos XVIII y XIX– son más o menos evidentes. No me detendré en ellas, quiero recordarlas solo para llamar la atención sobre la relación entre ciencia y reproducción social a la que me referí anteriormente. Los problemas, las epidemias siempre existieron. No se trata de un destello de inteligencia de algunas generaciones en algún momento histórico, que habrían hablado de ellos de una manera similar a la que vamos a hablar nosotros más adelante. La cuestión es que el problema históricamente impuesto de la epidemia, en los siglos XVI y XVII, no tiene nada que ver, salvo formalmente, con la epidemia del siglo XIII. Lo que sucede en una realidad diferente y genera consecuencias diferentes –cuando sucede, y se intenta dar cuenta de esa consecuencia diferente en la sociedad– es lo que da origen a la epidemiología. ¿Y su Edipo? El padre, de cuya

fascinación ella aún no se ha librado, en mi opinión, y que, al fin y al cabo, quiere conocer, es lo social y lo colectivo. Como todo ser que nace (en la ambigüedad), en la adolescencia se vuelve esquizofrénico. En mi opinión, la esquizofrenia de la epidemiología es del siglo XIX. Es sobre todo el período de la Revolución Francesa, el período que va desde la caída de la Bastilla hasta la revolución de 1848. Es el período en el que, a fin de cuentas, en esa temática de lo social, los epidemiólogos, y con ellos la epidemiología, han de resolver de qué lado están. En la producción de una concepción general de la sociedad, en la producción de trabajos capaces de hacer existir y reproducir esa sociedad, estos se dividieron: una parte tomó partido y perdió; la otra parte tomó el otro lado y ganó. Cuando finaliza este proceso de esquizofrenia, en el que básicamente se disputa la naturaleza de lo social, se disputa la naturaleza de la salud en relación con lo social, qué tipo de propuesta, de proyecto tiene que tener lo social. Por un lado, esas ideas que surgieron con la revolución burguesa, junto con la idea de transformar la sociedad, se vuelven cada vez más peligrosas con el paso del tiempo, porque comienzan, ya no solo siendo burguesas, sino que comienzan a ser otras cosas. El año 1848 es el momento en que finaliza este proceso y, al menos para la epidemiología institucionalizada, se puede hablar de lo colectivo. Sí, pero era necesario separar la idea de hablar de colectivo de la idea de transformar la sociedad, al menos a corto plazo, porque hasta entonces, a mediados del siglo XIX, se hablaba de cambiar la sociedad. Los discursos de la época pueden parecer ridículos, pero son acertados, con cosas como: “¡La medicina es la revolución!”. Eso es lo que solían decir: “la buena medicina será aquella que cambiará la sociedad de tal manera que todo el mundo tenga salud”. Fue en ese contexto, sin posibilidad alguna de comprender clínicamente, individualmente, morfológicamente y funcionalmente el cuerpo en escala de fenómeno de enfermedad, que la epidemiología formuló su discurso, lo pronunció e inmediatamente articuló ese contexto a la práctica.

A veces quedo aterrorizado. Me esfuerzo mucho en estudiar estas cosas... Veo ese texto que hoy me mostraba Naomar [de Almeida Filho], *El desafío de la epidemiología*, organizado por cuatro epidemiólogos que están fuera de toda sospecha, entre ellos Henrique Nájera y Carol Buck. Ellos no son iguales, son todos diferentes entre sí. Pero tienen algo en común entre ellos y con nosotros. ¿Qué tenemos en común con los epidemiólogos del siglo pasado? ¿Los de la era de la revolución con los que les precedieron, y los que precedieron a estos últimos? Esa cosa en común es un complejo de Edipo. Una pretensión de conocer y resolver el problema de la enfermedad a escala colectiva, en el plano social (cualquiera que sea la concepción de lo social que prevalezca en ese proyecto). En otras palabras, yo no quiero ayudarlo a usted, enfermo, sino que quiero remediar a todos los enfermos. Este es nuestro Edipo, y digo Edipo porque creo que el epidemiólogo está sublimando de esa manera. Porque yo, como epidemiólogo no he podido contarles a otros sobre este proyecto –que en cierto modo sería describir lo que hice durante los últimos dos siglos– a una escala que, digamos, afecte la vida en el planeta. Construí conocimiento sobre una cosa que es la enfermedad, la salud, a escala colectiva, y mi objeto se transformó en tecnología. ¿Quieres algo mejor?, ¿quieres criterios de mayor validación en cualquier disciplina científica que su aplicación tecnológica?, ¿el valor del aislamiento en una epidemia?, ¿la vigilancia epidemiológica, por ejemplo? Esas cosas funcionaban (y funcionan) cuando la clínica no tenía con qué competir. La clínica podía conocer la enfermedad a nivel individual y así lo hizo, pero no supo cómo resolver, no tenía los medicamentos, no tenía las tecnologías capaces de curar. No teníamos remedio, pero la epidemiología aportó una tecnología, en muchos casos, capaz de controlar epidemias a escala social.

Me sorprendió que estos cuatro personajes, tímidamente, hablaran un poco de esto, porque son cuatro personas muy importantes para la epidemiología mundial: lo que ellos dicen tiene repercusiones. Ellos tematizan la

idea de que la epidemiología es una disciplina científica, es decir, tiene su momento metodológico, también su momento de objetividad. Y que esta no es, en definitiva, prefabricada por alguna otra disciplina, como fue el caso de la epidemiología adulta del siglo XX, que decía explícitamente que no era una disciplina en absoluto, que era un método, era una estrategia auxiliar para clarificar algunos aspectos variables de un objeto, de una realidad ya previamente conocida, preparada y delimitada por otra disciplina. De hecho, no por otra, sino por un conjunto de otras disciplinas: la clínica, la patología... Lejos de mí sugerir que el objeto creado por la patología es una falsificación, todo lo contrario, pero más lejos de mí decir que esto sea la verdad, sea todo lo que hay en la enfermedad. El hecho de que, en períodos más recientes, esta insatisfacción, es decir, los límites del conocimiento patológico, *sensu lato*, muerto, funcional e individual, haya generado ciertos problemas sociales es lo que creo que hace reaparecer en la vejez el proyecto original más maduro. En la próxima etapa histórica, creo que ya no será epidemiología, será otra cosa. Ya no hay forma de imaginar cómo a través de la epidemiología se revolucionará su mundo, exclusivamente porque piensa que la sociedad es su objeto. ¡Solo imaginen! Pero esto es solo un aspecto.

Dije que tal vez soy epidemiólogo porque puedo concebir ese objeto, no solo como un resultado, sino también como un proyecto. Y mi proyecto es mirarlo desde todos los lados al mismo tiempo. Ustedes deben saber eso. Incluso tomé de Naomar [de Almeida Filho] un espectro que una vez construyó para describir modelos de investigación. Estos no son solo modelos de investigación, sino también enfoques teóricos metodológicos, que serán discutidos en bloque. Son ángulos de reconstrucción de un objeto para el cual, desde un extremo clínico hasta un extremo experimental, vengo a crear formas de abordarlo. Pero no hay razón para excluir ninguno de esos ángulos de la epidemiología, porque en ningún campo científico se excluyen, sino que se complementan. Pero en el nuestro queda esa forma extraña,

ese síndrome de no poder decir que un proyecto de epidemiología busca saber algo que no es la misma enfermedad de la clínica, no es exactamente, radicalmente, lo mismo que la patología conoce. Como si decir esto fuera decir que la patología es falsa. Pues bien, en esta área nos vemos obligados a convivir con la idea de que solo existe una verdad sobre el objeto de conocimiento. Eso no ocurre en la física, que se supone es mucho más científica que el campo de todos nosotros, médicos y epidemiólogos. No sucede en la química, en las ciencias sociales, en ninguna parte. Esa pretensión de ser dueño de la verdad, sucede aquí, y no es por estupidez ni tampoco por ignorancia. Creo que se debe a la distancia mucho menor entre el momento de la práctica, que se da en las ciencias médicas, y el momento de elaboración del saber, tanto epidemiológico como clínico. La apropiación de esos conocimientos como instrumento de trabajo es inmediata, mientras que en el caso de las otras ciencias, desde el laboratorio del físico experimental pueden llegar a la fábrica con muchas mediaciones, nunca en forma directa como en algunas universidades (como la mía, ¡se supone!).

Ciencia, ideología y las relaciones entre epidemiología y trabajo médico

Llegué entonces a la posición de proponerles un problema. De la manera que lo estoy planteando, no se trata de un problema científico. No hay pérdida de cientificidad, ni para un enfoque colectivo ni para un enfoque individual. Ambos enfoques han de seguir, o en definitiva, respetar ciertas reglas de objetivación de verdad que no son solo suyas, sino de la ciencia en general y, aunque provisoriamente, no se pueden cambiar. Pero, ¿pueden esas reglas hacer una ciencia cuya objetividad, verdad, veracidad, sea distinta de todas las demás? Se suponía que no. Desde mi punto de vista, ni la ciencia patológica ni la epidemiología pierden nada en este nivel de la ciencia, si tanto una como la otra reconocen que, en esa porción de la realidad donde circulan los problemas sobre los cuales se aplican, en el trabajo

que resta por hacer de la ciencia, la enfermedad, la salud, el sufrimiento, ya no estarán allí para ser resueltos. Cuando trato de resolverlo, naturalmente, lo reduzco a uno u otro instrumento. Y esos instrumentos tienen diferentes poderes. Uno sirve para esto, el otro sirve para aquello. A veces los instrumentos de investigación sirven para una misma cosa y hay muchas cosas en las que ninguno de ellos sirve para nada. Y todavía voy a tener que seguir haciendo ciencia y resolviendo la vida de la humanidad a causa de eso. Al menos, tratando de resolverlo.

En el plano lógico de la ciencia, por lo tanto, no hay contradicción alguna en ese problema. A no ser cuando el epidemiólogo imagina que, de hecho, no está haciendo ciencia, hace algunas cuentas para aclarar o conocer un objeto fijo e inmutable. Es un problema serio para él, solo para este tipo de epidemiólogo. Él está en un callejón sin salida, en una especie de sueño prometeico de la historia, de los factores de riesgo pensados en la noche por el epidemiólogo, que acaba convirtiéndose en una pesadilla, porque va creciendo en términos de cantidad y siempre se distancia más allá de aquello que conocemos.

A nivel de riesgo individual, el valor predictivo se expande, sin duda, pero mucho del poder predictivo permanece, por ejemplo, de la simple epidemiología descriptiva, pensada como capaz de una explicación total. Pero quien imagina las cosas de esa manera, se tortura. El epidemiólogo imagina que conociendo el riesgo x de la enfermedad y resuelve el problema “ahora y para siempre, amén”. Porque la enfermedad x y el factor y son cosas en sí mismas para él. Serían cosas en sí mismas cuyos límites definirían ellos mismos y serían invariables. Esta es una tesis extraña –pueden decir, incluso, que mi forma de hablar está fuera de lugar– pero es nuestra práctica, nuestro colectivo (ni siquiera somos nosotros en Brasil, somos nosotros en el mundo), nosotros también que no conseguimos resolverlo de otra manera. En ese frente, en ese nivel, no habría contradicción, sin duda. ¿Dónde habría contradicción? No entiendo la contradicción como oposición, donde está uno, no puede estar el

otro. Hablo de contradicción en el sentido de atributo permanente de lo real; contradicción es integración, la integración es siempre contradictoria. En ese caso, ¿cuál es el contenido concreto de esta contradicción? Es que el saber clínico, independientemente de su evidente científicidad, nació y fue incorporado como herramienta de trabajo y así, durante 120 años, fue todo lo que el médico tenía para trabajar. Era lo que estaba en su cabeza con relación a la forma del trabajo, de la investigación, de quien conocía las características morfofuncionales de la enfermedad y así se podía hacer el diagnóstico de la enfermedad y un poco más.

Esta situación cambió más recientemente debido a la incorporación de la ciencia al conocimiento clínico, por lo que también ha cambiado la relación entre epidemiología y clínica. Lo que sucede, lo que sucedió, es que buena parte de la legitimación de esa práctica empezó a darse porque se aceptaba que la práctica de los médicos era una práctica científica. En cierto sentido, no hay práctica que no sea científica. No hay ningún trabajo que se realice sin utilizar conocimientos abstractos, conocimientos que se generalizaron a partir de cosas individuales, incluso, los trabajos humildes, ¡qué dirán de los otros! Pero hay una configuración material de la ciencia que, esa sí, trabaja en la máquina.

Tal vez, la supuesta científicidad del trabajo médico, sea en parte charlatanería. Naturalmente esta cuestión no es científica, sino ideológica. Cuando se dice que el trabajo médico es científico o cuando se dice que ese trabajo es bueno porque es científico, están diciendo que los médicos son sagrados, por encima de cualquier sospecha, son dueños de una verdad, una verdad no pasible de engaño, pasible apenas de incertezas, pero no de engaños. Lo mismo ocurre dentro de ciertos límites con el trabajo epidemiológico. El trabajo epidemiológico del que estoy hablando no es el de la salud pública, que incorpora la epidemiología en sus inicios. Cuando la incorpora como instrumento, reposando allí su trabajo, en su científicidad, el médico construye su práctica durante el siglo XIX y, en buena parte de este siglo XX, por

su capacidad, capacidad del individuo de lograr tomar por sorpresa a la ciencia y configurar en la cara del sujeto que se presentó, un enfermo. En esto, el médico no actúa como un científico, sino como un artesano, pero un artesano con capacidad superior, porque es capaz de una síntesis, no solo impresionista. Síntesis que une, por un lado, la ciencia y, por el otro, el sufrimiento que propone alguna cosa. ¡Eso es verdad! Pero es una exageración decir, además, que ese profesional es autónomo. Autónomo no en el modelo prescriptivo –no estoy hablando de leyes– hablo de la realidad del trabajo del sujeto que no dependía de otros para trabajar en el nivel más inmediato, sino que dominaba las condiciones de su trabajo. Y así fue. Fue ese médico que pasó del siglo XIX al siglo XX y, de repente, logró tal incremento en su instrumento de trabajo que desplazó cualquier otro proyecto de intervención de salud y enfermedad por ser secundario, cuando menos, si no irrelevante.

Eso no es ciencia, ¡es ideología! Cuando digo ideología no me refiero a mentira. Digo práctica social real. En la práctica social real, lo que se dice, lo que toda sociedad dice, es que cuando se piensa en enfermedad se llama al médico, que es quien resuelve lo que nadie resuelve. Científicamente, eso no es así, pero en la práctica sí, y por ser así, la ciencia “paga el pato”. Se torna imposible tomar otro objeto enfermedad que sea paralelo o parcialmente superpuesto a este, que pueda ocupar tal espacio de legitimación social porque, de cierta forma, sería invalidar el trabajo del médico. No creo que eso invalide, en el plano de la argumentación, evidentemente no. La epidemiología no está en contra de los médicos; sin embargo, la epidemiología es profundamente contradictoria con un modelo de trabajo médico ubicado en un régimen de autonomía absoluta. Este quizás ya no sea un modelo, como lo fue hace 30 años, en plena expansión, sino un modelo en profunda crisis en todo el mundo, lo que no quiere decir que vaya a desaparecer en determinadas sociedades. Es más que un modelo en una sociedad como la nuestra, no particularmente en el caso de los médicos, pero vale para la colección de otros trabajadores.

El grado de autonomía de la medicina y el grado de posibilidad de hacer las cosas a despecho de un real control social ¡es inmenso! En una sociedad como la que vivimos es prácticamente imposible imaginar una forma de integración, aunque contradictoria, por lo menos productiva y democrática (yo creo), entre epidemiología y clínica. En cuanto a modelos tecnológicos, las experiencias que conozco fueron desastrosas. Hay una experiencia en curso y esta puede, al contrario de ser desastrosa, ser muy coronada. ¿Por qué? Porque en cuanto modelo tecnológico, la epidemiología solo tiene dos alternativas extremas: la primera es valerse de un estado totalmente autoritario o totalmente potente para imponer a todas las porciones de la sociedad: nadie fuma, todo el mundo practica gimnasia, nadie consume grasas saturadas y otras cosas más; e imponer todo eso por decreto. Solo una sociedad totalitaria es capaz de eso; aunque, ciertamente, el efecto es previsible.

Nadie duda de que las tasas de mortalidad y morbilidad por cardiopatía isquémica caerían de forma previsible, pero esto es un problema de ejercicio matemático, la vida real no tiene nada que ver con eso. En el otro extremo, la epidemiología solo es viable (como modelo tecnológico) en una democracia extrema, en la que se discute cada tema, cada tema prioritario o cada competencia por los mismos medios para diferentes fines. Cuando se puede afirmar, por ejemplo, que quiero que se supediten al efecto eficaz real de lo que hacen y no solo a lo que dicen que hacen, para demostrar que efectivamente cierto tipo de tratamiento o diagnóstico es bueno, en lo colectivo, esto produce en la población más salud o más enfermedad, lo que sea. ¿Es esto posible en una sociedad como la nuestra? ¡No! Para hacer eso, se necesita mucha más democracia, ¡Dios quiera! O mucha más dictadura, ¡Dios nos libre!

La clínica, la epidemiología y la epidemiología clínica

Es decir, no imagino que se pueda pensar la relación entre epidemiología y práctica médica, en forma abstracta. Tiene que ser pen-

sada en un lugar, en una coyuntura. ¿Dónde?, ¿con qué fuerzas sociales y con qué proyectos sociales presentes?, ¿con qué métodos epidemiológicos, con qué tradición, con qué compromiso es que se puede hacer eso? Entonces, cuando apareció la epidemiología clínica, mi primera reacción fue esta: ¿pero eso es epidemiología?, ¿por qué la nombran como epidemiología clínica?

Se trata de un perfeccionamiento de los procedimientos científicos clásicos para la práctica clínica, en lugar de hacerlo en ese clásico extremo individual de la casuística, con el fin de mejorar los controles para sacar conclusiones. ¡Yo creo que es genial! ¡Que lo hagan! Luego pasé a una segunda fase, donde vi que la connotación ideológica era evidente, es decir, no es una cosa maquiavélica, sino un esfuerzo, que también es un proyecto social, para reducir a eso toda investigación epidemiológica. Y eso significaba, por supuesto, invalidar el resto, descartar por completo la posibilidad de reconstruir el objeto propiamente epidemiológico. ¡Entonces me horroricé! Esta epidemiología clínica es una epidemiología asesina que nos quiere arrollar como un tractor, hasta que logremos superarla, madurando un poco más.

La vida real luego prueba que todas las reacciones son un poco apresuradas. Que todo entre en contradicción, ¿qué será? Los modelos epidemiológicos clásicos en Brasil y en muchos otros lugares sufrieron, en las últimas décadas, un proceso –que a veces parece una invasión de la clínica– de incorporación de tecnología a la asistencia médica, con sus instrumentos. ¿Esto funciona? No funciona, se bloquea todo, pero luego se reconstruye y sirve. Por otro lado, eso se no puede dejar de pensar como una “epidemiologización” de la clínica médica. La clínica no tiene nada que perder en términos científicos con la incorporación de esas cuestiones que llama epidemiológicas, solo porque la epidemiología es su vecina generosa y le da estas cosas, ella podría buscar otras respuestas en cualquier otra ciencia. No hay nada tan fantástico y original en lo que la epidemiología clínica propone metodológicamente, sino que son procedimientos clásicos para resolver cada problema. Por

supuesto, no se puede usar la misma técnica, la misma morfología de investigación para estudiar cristales y enfermedades, pero los principios racionales son los mismos.

Se llama epidemiología clínica, en mi opinión, porque es mi vecina, aquí, cerca, de la misma área, la que me trae eso, que viene o después pasa por la computadora. Científicamente, no hay nada que perder; políticamente, estoy en duda. No es posible resolver las cosas así, porque también sería contradictorio para una clínica que incorpore la epidemiología de hecho, de hecho, lo que digo, es que de hecho hizo uso permanente de ella y de sus conclusiones. Con la epidemiología clínica, esta clínica podría, por ejemplo, poner en tela de juicio un enorme conjunto de procedimientos que se aceptan con argumentos de autenticidad y sobre los que existe una inmensa sospecha sobre su eficacia. ¿Cuántos de esos procedimientos clínicos, de esos establecidos, se someten definitivamente al análisis de eficacia para demostrar que son buenos, para decir que hacen lo que se supone que deben hacer? ¿Cuántos se presentan?

Pero si empeora, entonces ya no sería epidemiología clínica, sería epidemiología. Es necesario un análisis de efectividad para hablar de los procedimientos en la realidad concreta de los servicios de salud como eficaces o, por el contrario, iatrogénicos. ¡Creo que esa es una mejor clínica! Esa es una clínica que alberga en sí misma el mismo proceso de crisis de revalorización que sucedió con la epidemiología en el siglo XIX. Si eso le sucediera a la clínica, los médicos tendrían que revisar sus presupuestos y decidir qué es lo que quieren de la sociedad: si producir salud o ganar

dinero. Porque esta cuestión de producir salud o ganar dinero no aparece como una cuestión técnica, aparece hoy como cuestión ideológica para el médico clínico. Con la incorporación del método científico, es razonable decir que hoy se convierte también en una cuestión técnica, a resolver en el acto técnico. Este remedio, esta dosis, esto aquí pensado en un ámbito un poco más amplio, en un proceso, en un proceso histórico, ¿hace bien? Y... se puede resolver, se puede cuantificar, se pueden hacer afirmaciones mucho mejor informadas con la epidemiología clínica que con la impresión de la casuística.

La contradicción que esto introduce en la clínica, no sé a qué final lleva, tal vez nunca se sepa, pero ¿se puede decir que eso es algo negativo? Creo que es poco probable, solo sería posible si nosotros, los epidemiólogos, quisiéramos hacer lo mismo que hicieron los clínicos: convertirnos en dueños de un pedazo donde nadie puede meter mano. Esto, por supuesto, no quiere decir que la epidemiología, en su conjunto, no corra un tremendo riesgo de ser borrada de la faz de la tierra. Si no tiene cuidado... tal vez no de la tierra, pero sí de algunos “pequeños países”, aunque en la historia, durante décadas, durante siglos, es muy difícil hacer afirmaciones generales. Creo que hay que pensar más en cuál es el problema. No a escala científica, sino en el plano político, qué mueve nuestro trabajo científico, qué tipo de compromiso tenemos con la realidad, si es muy diferente, si hay mucho de qué hablar, si hay puntos comunes... Tenemos que resolver esa contradicción, y el único camino es la democracia. ¡Siempre!

FORMA DE CITAR

Mendes Gonçalves RB. Epidemiología y práctica médica. Salud Colectiva. 2022;18:e4013. doi: 10.18294/sc.2022.4013

Recibido: 10 mar 2022 | Aprobado: 6 abr 2022 | Publicado en línea: 10 may 2022



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.4013>

Este texto inédito de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves fue desgrabado, transcrita manualmente, revisado y, en muchos casos, reescrito por Naomar de Almeida Filho y Jose Ricardo Ayres. La traducción al español fue realizada por Gabriela Pastorini.