



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Conde Gutiérrez, Fernando

ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE LA PERSPECTIVA CUALITATIVA Y LA
CUANTITATIVA EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA

Revista Española de Salud Pública, vol. 76, núm. 5, septiembre-octubre, 2002
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076503>

- ▶ How to cite
- ▶ Complete issue
- ▶ More information about this article
- ▶ Journal's homepage in redalyc.org

COLABORACIÓN ESPECIAL

ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE LA PERSPECTIVA CUALITATIVA Y LA CUANTITATIVA EN LA HISTORIA DE LA MEDICINA

Fernando Conde Gutiérrez

Cimop

RESUMEN

La presentación de las técnicas de investigación cualitativa en el ámbito sanitario subraya el carácter exterior, el carácter ajeno de dichas técnicas en relación a las tradiciones científicas en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Éstas serían de carácter cuantitativo, se suele poner la epidemiología como ejemplo, mientras se señala la vinculación de las técnicas cualitativas con las denominadas Ciencias Sociales. El artículo pretende, por el contrario, señalar que las metodologías cualitativas forman parte intrínseca de las tradiciones de las Ciencias de la Salud, más ricas y complejas que la aproximación cuantitativa. Un recorrido por los principales hitos y acontecimientos de la historia de la medicina permite poner de manifiesto el estatuto paradójico de las Ciencias de la Salud, a caballo entre las Ciencias de la Naturaleza y las Ciencias Sociales, a caballo entre la mirada cualitativa y la cuantitativa. De modo más particular, dicho análisis se centra en la doble aproximación a la enfermedad, vía signos y vía síntomas, como condensación de dicho estatuto paradójico. El análisis histórico permite constatar como la doble y compleja vía de signos y síntomas es equivalente a la compleja relación existente entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa. Los signos serían la aproximación cuantitativa y los síntomas la más cualitativa y las relaciones entre ambos serían similares a los que se producen entre las perspectivas cualitativas y cuantitativas en el ámbito de las Ciencias Sociales. Dichos resultados permiten enraizar la perspectiva cualitativa en las propias tradiciones médicas y, por tanto, puede facilitar su uso por el conjunto de profesionales sanitarios. No conviene olvidar que la «semeología», hoy de moda en las ciencias sociales, tiene una de sus fuentes en la «semeología clínica».

Palabras clave: Historia. Investigación cualitativa. Signos clínicos. Síntomas clínicos.

ABSTRACT

The Similarities and Differences Between the Qualitative and the Quantitative Perspective Throughout Medical History

The presentation of qualitative research methods in the health care field underlines how these methods are irrelevant to and inconsistent with scientific traditions in the Health Sciences field. These methods are to of a quantitative nature — epidemiology usually being cited as an example — the connection between but qualitative methods and what are referred to as the Social Sciences seems predominant. This article is aimed, on the contrary, at pointing out that qualitative methodologies, which are richer and more highly complex than the quantitative approach, do comprise an intrinsic part of Health Science traditions. A run through the major milestones and events throughout the history of Medicine reveals the paradoxical protocol of Health Sciences, overlapping the Natural Sciences and Social Sciences, overlapping qualitative and the quantitative view. More specifically, this analysis revolves around a twofold approach to illness, by way of signs and symptoms, as a condensing these paradoxical protocol considered. A historical analysis reveals how the twofold, complex way of signs and symptoms is equivalent to the complex relationship which exists between the qualitative and the quantitative perspective. The signs correspond to quantitative approach and the symptoms to the more qualitative. The relationships between the two would be similar to that existing come to bear between the qualitative and quantitative perspectives in the field of the Social Sciences. These results show the qualitative perspective to be rooted in medical tradition itself and may therefore facilitate its use by all health care professionals as a whole. The fact that the «semeiology» so in vogue today in the social sciences stems from «clinical semeiology» should not be overlooked.

Keywords: History. Qualitative research. Clinical signs. Clinical symptoms.

Correspondencia:
Fernando Conde
Cimop
Sagasta, 28
28004 Madrid
Correo electrónico: fernandoc@retemail.es

INTRODUCCIÓN

La presentación habitual de las denominadas «técnicas de investigación cualitativa» en el ámbito de la salud suele hacer hincapié en dos argumentos centrales, su especificidad frente a las denominadas «técnicas cuantitativas» y el diferente espacio conceptual en el que se inscriben unas y otras. Mientras se acentúa la vinculación de las técnicas cuantitativas con las denominadas Ciencias de la Naturaleza, en el caso de las técnicas cualitativas se subraya su asociación con las denominadas Ciencias Sociales, ya sea la Antropología, la Etnografía, la Sociología, la Psicología Social u otras disciplinas^{1,2,3}. En esta misma línea argumental, suele ser frecuente presentar las Ciencias de la Salud como un conjunto de disciplinas científicas plenamente integradas en el espacio de las Ciencias de la Naturaleza, siendo el paradigma biomédico dominante el ejemplo más emblemático de dicha integración⁴.

Dicha forma de presentar la cuestión de las técnicas cualitativas en la investigación en el ámbito de la salud suele tener, entre otras, dos repercusiones que interesa destacar. Por un lado, reducir la complejidad de las ciencias de la salud a la de uno de sus componentes, el paradigma biomédico, cuando la aproximación biomédica, por importante y central que sea en la actual práctica médica, sólo constituye uno de los abordajes posibles al fenómeno multidimensional de la «Salud», ya sea en el terreno individual o colectivo. Por otro lado, presentar la perspectiva cualitativa como un aporte exterior al patrimonio de las citadas Ciencias de la Salud, que se traduce, por ejemplo, en que muchos profesionales sanitarios viven la formación en metodología cualitativa como algo ajeno a su docencia, exportado a la medicina desde otras disciplinas científicas.

La perspectiva de este artículo es muy diferente, ya que lo que pretende es subrayar que lo que podemos denominar «perspectiva cualitativa» es una *mirada*⁵, una orienta-

ción, un abordaje intrínseco a las Ciencias de la Salud y que, por tanto, dicha perspectiva no sólo no es ajena y exterior a las mismas sino que forma parte constitutiva y consustancial del *corpus teórico e histórico* de dichas «ciencias». De hecho, la «semiología» clínica, una de las disciplinas que configuran el *corpus teórico* de la medicina, está plenamente integrada en la perspectiva cualitativa. En este sentido esta posición es diferente, más radical si se quiere, que la defendida por F Baum⁶, que limita esta aproximación al más reducido ámbito de la Salud Pública. Por el contrario, en este artículo se defiende la citada complejidad para el fenómeno de la Salud en general, no sólo para la dimensión de la Salud Pública.

Si distinguimos entre «metodologías» y «técnicas de investigación», tal como realizan Iñiguez y otros autores^{7,8,9}, definiendo la metodología como la *aproximación general al estudio de un objeto o proceso, es decir, el conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos que una disciplina desarrolla para la obtención de sus fines* y las técnicas como los *procedimientos específicos de recogida o de producción de información*, podemos observar claramente cómo la metodología cualitativa sí es consustancial a las Ciencias de la Salud, mientras que en el caso de las técnicas cualitativas concretas sí sería cierto que algunas de ellas (por ejemplo, la del grupo de discusión), se han desarrollado en otros ámbitos o disciplinas de las Ciencias Sociales. O dicho de otra forma, lo que puede ser «exterior» a la formación médica actual es el conocimiento de dichas técnicas particulares, no el de la perspectiva cualitativa como tal orientación metodológica.

El abordaje de este artículo pretende inscribirse en una reflexión más general sobre el carácter singular que las Ciencias de la Salud ocupan en la clasificación general de las Ciencias, en el sentido de que frente a la tradicional y dicotómica división de las mismas en las llamadas Ciencias de la Naturaleza o ciencias «duras» y Ciencias Sociales o ciencias

cias «blandas», las Ciencias de la Salud se caracterizarían por su carácter híbrido, a caballo entre uno y otro tipo de ciencias, como un conjunto de saberes y disciplinas fronterizas entre lo natural y lo social, como ciencias que no son ni estrictamente naturales ni estrictamente sociales, sino que participan de ambas dimensiones. Estatuto muy *sui generis* de las ciencias médicas que podríamos llamar *paradójico*¹⁰ en el sentido de que las constituyen unas disciplinas que deben sostenerse simultáneamente sobre estos dos campos, «naturaleza» y «sociedad», tradicionalmente enfrentados en nuestra cultura.

Esta característica fronteriza de las Ciencias de la Salud se puede ilustrar por tres momentos claves de la historia de la medicina en particular y del pensamiento occidental en general:

- En la Grecia clásica, en el momento de la creación del propio mito fundador de la medicina se configura ya esta ambivalencia. Así, Esculapio, el padre de la medicina, tenía dos hijas, Panacea e Hygeia, que personalizaban respectivamente esta ambivalencia, esta perspectiva simultáneamente dura y blanda de las Ciencias de la Salud.
- En un segundo momento crucial de nuestra historia, durante la creación de las primeras universidades, de nuevo vuelve a ponerse de manifiesto la ambivalencia de la medicina al resultar inclasificable en la ordenación de los saberes y de las enseñanzas de la época. Las enseñanzas escolásticas organizaban los estudios en dos grandes ramas: el *trivium* y el *cuadrivium*, escapando a dicha división lo que hoy podemos entender como «Medicina».
- Más adelante, en el nacimiento de la Edad Moderna, de nuevo la Medicina queda en una posición inclasificable en la gran reflexión fundadora del pensamiento moderno. La medicina queda en una posición de «tercero excluido» en la gran división que Descartes organiza entre la llamada *red cogitans* y la denominada *red extensa*¹¹. Esta indefinición se

ha expresado a lo largo de la historia de la medicina en la duda sobre la propia denominación de la misma, entre el dilema de llamarla *Ars Médica* o *Ciencia Médica*, como nos recordaba Gadamer¹².

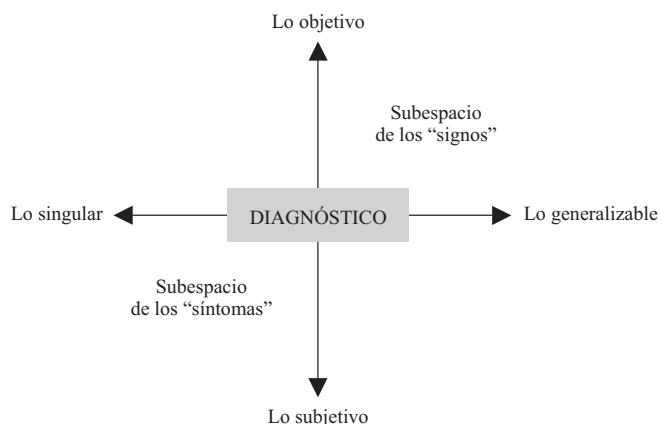
En este contexto, este trabajo quiere centrar su argumentación en poner de manifiesto cómo a lo largo de la historia de la medicina la ambivalencia entre la perspectiva que se acerca a los problemas de la salud y de la enfermedad a partir de la observación de los «signos» y/o de la interpretación de los «síntomas» no sólo exemplifica muy bien la citada ambivalencia estructural de la práctica médica, sino que también pone de manifiesto la necesidad del *pluralismo metodológico*¹³ como algo intrínseco a dicha práctica.

LA AMBIVALENCIA DEL SÍNTOMA Y DEL SIGNO

Cualquier estudiante de medicina, de enfermería, o de cualquier disciplina que tenga relación con lo que hoy se entiende y se practica en el ámbito de las ciencias de la salud, sabe que la aproximación a la enfermedad, la caracterización de la misma, cualquier diagnóstico, se fundamentan en la articulación singular en cada sujeto de todo un conjunto de «síntomas» y de «signos» producidos en el estudio del caso. De hecho, podríamos apuntar una definición del «buen médico» como aquel profesional que sabe ajustar en cada caso concreto, en cada sujeto, el análisis de los «signos» observados y la interpretación de los «síntomas» que relata. O dicho de otra forma, una buena práctica médica se basa en la adecuada articulación de las informaciones procedentes de ambos ámbitos, tal como tratamos de esquematizar en la figura 1.

En este marco cabe señalar que la perspectiva configurada a partir de la observación y del análisis de los «signos» podría entenderse como una perspectiva «cuantitativa», mientras que la configurada a partir de la escucha, análisis e interpretación de los «síntomas»

Figura 1
Planos de la ambivalencia y de la articulación entre los síntomas y los signos

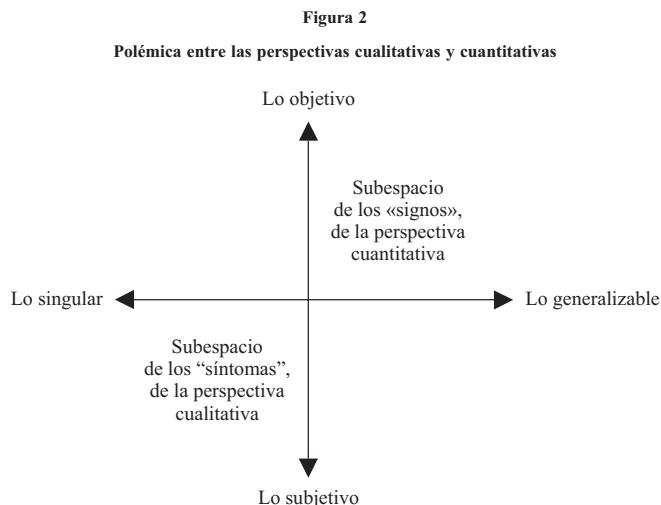


podría muy bien conceptualizarse como una perspectiva «cualitativa». No sólo eso sino que la polémica, la ambivalencia entre la perspectiva asociada a la lectura de los signos y a la interpretación de los síntomas puede considerarse como isomorfa a la existente en el ámbito de las Ciencias Sociales entre las denominadas perspectivas cualitativas y cuantitativas. En la 21.^º edición de 1980 de un texto de amplia difusión entre los médicos¹⁴, podemos observar cómo mientras los «síntomas» son definidos como los *datos subjetivos, es decir, las sensaciones que el enfermo experimenta y nos manifiesta, y que el médico completa por la anamnesis*, los «signos», por su parte, son caracterizados como los *hallazgos objetivos anormales, somáticos (orgánicos o funcionales) del enfermo, que se obtienen en la exploración física, los cuales se pueden apreciar con el auxilio de nuestros sentidos, fundamentalmente mediante la inspección, palpación, percusión y auscultación*. En este sentido, la propia definición citada subraya cómo la «palabra» del paciente se asocia a lo «subjetivo», mientras la exploración por parte del médico se asocia con lo «objetivo». División que más tarde recuperaremos en el apartado del nacimiento

de la anatomía. Caracterizaciones que hablan por sí mismas sobre la citada orientación paradigmática cualitativa y cuantitativa de la aproximación a través de los «síntomas» y a través de los «signos» respectivamente.

A su vez, en cualquier manual de ciencias sociales dónde se aborden ambas perspectivas podemos encontrar textos muy similares a los anteriores referidos, en este caso, sobre la caracterización de ambas perspectivas¹⁵. Así, por ejemplo, en Cook y Reichardt¹⁶ podemos leer cómo la perspectiva cuantitativa se asocia con el *positivismo lógico*, con la *medición penetrante y controlada*, con lo *objetivo*, con lo *fiable*, con los *datos sólidos y repetibles*, con lo *generalizable*, etcétera, mientras que la perspectiva cualitativa se asocia con la *fenomenología*, con la *observación naturalista y sin control*, con lo *subjetivo*, con los *datos reales, ricos y profundos pero no generalizables*,... Atributos estructuralmente equivalentes con los utilizados por Noguer Molins y Bacells Gorina para definir los «signos» y los «síntomas»¹⁴.

De esta forma, tal como tratamos de representar en la figura 2, la caracterización de la



polémica entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en las ciencias sociales presenta los mismos rasgos estructurales, se inserta en los mismos espacios semánticos de debate que la existente en la práctica médica cotidiana entre la lectura basada en los signos y la basada en los síntomas. Polémica entre los citados espacios semánticos íntimamente asociada a la existente entre la singularidad y la posible generalización de una observación, es decir, sobre la posible representatividad de la misma. La ambivalencia entre el síntoma y el signo en la práctica médica es estructuralmente equivalente a la tensión existente entre la perspectiva cualitativa y la perspectiva cuantitativa en el ámbito de las Ciencias Sociales. La diferencia radica en que mientras los profesionales sanitarios han desarrollado su profesión sobre la combinación más o menos lograda de ambas perspectivas, han trabajado con las informaciones procedentes del ámbito de los signos y la procedente de los síntomas, han desarrollado toda una serie de reflexiones, procedimientos y rutinas que han «naturalizado» dicha ambivalencia en el seno de su práctica profesional hasta el punto de olvidarla, en el ámbito de las ciencias sociales las citadas perspectivas han estado enfrentadas tradicionalmente, a veces de forma algo maniquea.

ALGUNOS ELEMENTOS DE LA HISTORIA

Una vez señalada esta equivalencia, esta homología entre «síntoma» y «signo» y las perspectivas cualitativa y cuantitativa, vamos a recorrer brevemente algunos de los hitos de la historia de la medicina para observar cómo a lo largo de la misma dichos rasgos se entremezclan, cómo en unos períodos ha dominado la perspectiva centrada en los síntomas, es decir, la perspectiva cualitativa, y en otros la centrada en los signos, es decir, la perspectiva cuantitativa pero cómo, en todo caso, ambas perspectivas forman parte intrínseca de las tradiciones, de los saberes y de las prácticas que configuran las actualmente denominadas Ciencias de la Salud y cómo ambas perspectivas han estado, de una u otra forma, presentes en la aproximación del diagnóstico clínico.

La aproximación a la definición de la enfermedad en la Grecia clásica. La medicina hipocrática

En el marco inestable de las distintas corrientes que componían las prácticas médicas en la Grecia Clásica, la aproximación a la en-

fermedad y a su definición que realizaban las personas más cercanas a lo que hoy denominamos «médicos», como pueda ser el propio Hipócrates, se fundamenta en una doble aproximación. Por un lado, en la propia declaración del sujeto y en *la finura en la observación y en la descripción del cuadro sintomático*, como subraya Lain Entralgo¹⁷. En palabras de Sournia¹⁸, *la identificación de la enfermedad por los médicos hipocráticos reposa sobre las quejas de los enfermos y sobre lo que constatan por sí mismos*. Por otro lado, al estar prohibido intervenir en el interior del cuerpo humano, los médicos hipocráticos tenían que acudir a los llamados métodos analógicos para poder diagnosticar la enfermedad. Aproximación analógica de características esencialmente cualitativas subrayada por autores como Guillerme¹⁹, que señalan cómo la medicina en Grecia estaba inscrita en el reino de la cualidad sin contemplar en ningún momento lo que podríamos llamar una aproximación cuantitativa.

Métodos analógicos, cualitativos, que permitían, en cualquier caso, reflexionar sobre lo invisible, esto es, lo que ocurría en el interior del cuerpo humano, a partir de lo visible, o sea, los «signos» que se observaban en la naturaleza que rodeaba al ser humano. En este sentido, en la medicina hipocrática se consideraban que eran representativos, es decir, generalizables al ser humano, la interpretación de los «signos» procedentes de dos fuentes principales de analogías, de la naturaleza y, más en concreto, de los animales y de las actividades artesanales de la época^{20,21}. Por ejemplo, para demostrar que la epilepsia humana procede de la humedad del cerebro, Hipócrates disecaba el de una cabra enferma de vértigos^{22,23}.

Junto con esta aproximación más experimental realizada por lo que García Ballester denomina *los sanadores* en la Edad Media²⁴, la otra tradición dominante en Grecia es la de los filósofos. Como es sabido, éstos dominaban la reflexión teórica en Grecia y se oponían a estas experimentaciones analógicas realizadas por personas de poca conside-

ración social en aquella época. Así, Platón y Aristóteles se oponían a la citada investigación empírico-analógica de carácter «cuantitativo» por pensar que la misma *desnaturaliza*²⁴ los fenómenos sobre los que se realiza la experimentación, considerada *artificial* en la citada concepción aristotélica. Frente a dicha experimentación, ambos filósofos defienden la potencia de sus sistemas lógicos y la observación de los «signos» de los pacientes. Observación directa que va acompañada del diálogo con el supuesto enfermo, al que *no se toca*. La principal aportación de Aristóteles, siempre según Grmek, habría sido la de comenzar a tener en cuenta los signos (*semeia*) a partir de la pura observación exterior por más que, luego, la escuela aristotélica no extraiga consecuencias generales de los mismos, es decir, no los considere representativos de algún fenómeno más general y, por tanto, no los considere como «signos» significativos de «algo» digno de generalizarse.

La Edad Media

La perspectiva abierta en Grecia persiste durante muchos años al punto que en la Edad Media continúa la división entre reflexión filosófica, muy bien valorada, y el conjunto de saberes práctico-quirúrgicos relegados a un lugar de segunda importancia. La creación de las Universidades (el título de doctor fue creado por Roger II de Sicilia en 1240), no cambia inicialmente este panorama ya que, en un principio, lo que en ellas se hace es analizar los tratados antiguos con un espíritu puramente dogmático-escolástico, y de fidelidad extrema a las tradiciones de las grandes autoridades clásicas, principalmente Galeno. Uno de los mayores inconvenientes que tuvo que vencer el nacimiento de lo que podríamos llamar la medicina «moderna» fue lo que algunos autores caracterizan como *el inmenso respeto por el saber clásico*²⁵. De esta forma, a lo largo de la Edad Media se mantiene, cuando no se incrementa, la división entre un pretendido saber «teórico», basado en las discusiones de los

citados textos, y un saber práctico relegado a la práctica profesional de los barberos y cirujanos y de otras figuras profesionales (las comadronas, por ejemplo) de estatus social claramente inferior a los «universitarios» y desconocedores de la lengua sabia de aquél tiempo, el latín. Dicho de otra forma, a lo largo de la Edad Media, las tradiciones asociadas al estudio de los «síntomas» y de los «signos» se mantienen disociadas. Los «síntomas» constituyen un punto de partida central en los quehaceres prácticos, los «signos» en los quehaceres teóricos.

El nacimiento de la anatomía

El desarrollo de la anatomía va a imprimir un giro fundamental a la medicina y al lugar respectivo que, hasta ese momento, habían ocupado «síntomas» y «signos» en sí mismos y en su compleja relación con la palabra del enfermo y con la experimentación directa sobre el mismo y, en particular, sobre su cuerpo. Como subraya Risso²⁶, la Anatomía al focalizar la atención del médico sobre el cuerpo del paciente y sobre las lesiones localizadas contribuía a la despersonalización del enfermo. Esta manera de actuar limitaba la atención del médico a los signos considerados útiles para establecer las correlaciones clínicas y patológicas. Las otras informaciones, notablemente el testimonio del paciente sobre su vivencia de la enfermedad se volvían secundarias. En consecuencia, la «anamnesis» perdió el estatuto privilegiado del que había gozado en el pasado y los factores psicológicos, sociales y geográficos perdieron su importancia. Las descripciones nuevas de los casos clínicos reflejan un cambio trascendente en sus consecuencias: la palabra del paciente se pierde para dejar su lugar a un discurso médico abstracto y técnico, más basado en la lectura de los signos que en la interpretación de los síntomas. Este cambio de orientación (fundamental en la historia de la medicina) va a significar una inversión de las polaridades existentes en la caracterización paradójica de la medicina, como no ha dejado

de subrayar el historiador español López Piñero²⁷. Si hasta ese momento la palabra y la interpretación de los «síntomas» del paciente van asociadas a la exploración del mismo, mientras que los «signos» se inscribían en una perspectiva teórico-escolástica desprovista de contacto con la realidad de los pacientes, si quienes practicaban la aproximación a la enfermedad a través de las palabras y síntomas ocupaban una posición socialmente subordinada frente a los teóricos escolásticos de los «signos», a partir del nacimiento de la anatomía se produce una doble inversión, como subraya Risso, y se recoge en las citadas definiciones de «síntoma» y «signo»,

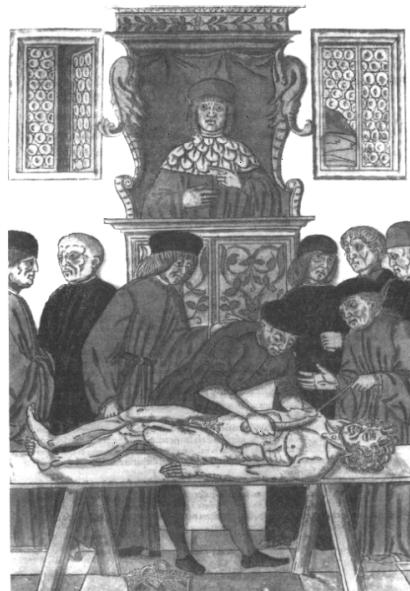
En primer lugar, la palabra y los síntomas pierden fuerza teórica y predictiva de la enfermedad frente a la inspección directa de los «signos» en el marco de un discurso teórico en el que cada vez tiene menos lugar la palabra del paciente. En segundo lugar, se produce una no menos importante transformación en el estatuto social de las «prácticas» que hoy podríamos calificar como médicas. Es decir, los filósofos dejan de dedicarse a la medicina y los hasta ese momento denostados cirujanos y barberos pasan a convertirse en el centro de las enseñanzas médicas que van a desarrollarse en paralelo al nacimiento de la clínica.

Hasta entonces los cirujanos miraban y tocaban, sabían explorar las conexiones y las masas anormales dentro del cuerpo. Lo médicos, sin embargo, procedían de una tradición más escolástica apoyada en una observación distante del enfermo. En este contexto, la fusión de ambas figuras y tradiciones y la preeminencia concedida a los saberes y quehaceres prácticos van a conllevar una importante transformación de las mismas, en especial de la propia práctica médica de modo que, poco a poco, la medicina clínica va a sustituir a la tradicional medicina de la observación que hasta ese momento se había practicado. Dos imágenes procedentes de grabados de la época pueden visualizar dicho cambio²⁸. En la primera, de 1494, puede ob-

servarse al médico impartiendo su teoría, distante del cuerpo del cadáver, mientras un reducido número de estudiantes observa la disección realizada por un ayudante (figura 3). En la segunda, de 1555, unos 60 años des-

pués, podemos observar ya cómo el médico, el propio Vesalio, rodeado de una multitud de estudiantes, diseccionaba el cadáver, es decir, lo tocaba y no sólo lo teorizaba (figura 4).

Figura 3



*Une leçon d'anatomie à la fin du XV^e siècle.
Le professeur, probablement le Bolonais Mondino de Luzzi, fait son cours du haut d'une chaire pendant qu'un homme dissecque un cadavre. Il fait froid, mais une fenêtre est ouverte qui laisse échapper les mauvaises odeurs. G. et G. Gregori, Fascicolo de medicina, 1494.*

En este marco del cambio de la medicina de la observación a la medicina clínica, se produce un importante desarrollo de todo un conjunto de instrumentos y tecnologías médicas que van a posibilitar ir adentrándose en el interior del cuerpo humano, haciéndolo más accesible al médico que observa y toca, que escucha los ruidos del interior, etc., es decir, al médico que utiliza más sentidos que la vista en su relación con el cuerpo del paciente, que utiliza las manos, la palpación, el oído, la escucha, no tanto para la palabra del paciente sino para sentir los «signos» que expresa el cuerpo enfermo. Signos que el médico sabe leer, interpretar,

Figura 4



*La dissection.
André Vesal a délaissé la chaire du professeur pour effectuer lui-même la dissection d'un cadavre. Le singe, en bas à gauche, est une allusion à l'œuvre de Galien. Frontispice du De humani corporis fabrica de Vesale, édition de 1555.*

descifrar, como subrayaban Noguer Molins y Balcells Gorina al definir los signos¹⁴.

LA MEDICINA MODERNA. EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA

La Revolución Francesa

El proceso de cambios y de progresiva afirmación de la revolución anatómica va a encontrar en la incorporación de la clínica a las enseñanzas médicas, durante la Revolución francesa, el momento cumbre de su proceso de institucionalización. Así, el de-

creto de 4 de diciembre de 1794 obligó la enseñanza de la medicina no en las Universidades al uso, sino en los hospitales. De esta forma, en la nueva Universidad el profesor no sólo desnudaba el paciente, lo que no se podía ni haber imaginado algunos años antes, sino que enseñaba a *palpar el cuerpo, lo que durante siglos sólo habían hecho los cirujanos*²⁹.

A partir de este momento y en el contexto más general de los cambios socio-culturales y políticos de esta época, la experiencia positiva y la cuantificación van a dominar sobre los otros aspectos de la relación con el paciente y con la enfermedad. Cambio trascendental que está en el origen de las ciencias médicas actuales y de su vinculación dominante con las denominadas Ciencias de la Naturaleza como sugiere el historiador López Piñero³¹, quien al referirse a la medicina del siglo XIX, heredera de esta revolución anatómica, subraya cómo *la aportación esencial de la patología del siglo XIX fue la construcción de una explicación de las enfermedades como trastornos y dinámicas del cuerpo humano mediante los recursos de las ciencias modernas de la naturaleza*. En esta misma línea de análisis, López Piñero continúa destacando cómo el citado triunfo de las nuevas ciencias médicas, decentradas del lado de las ciencias de la naturaleza, se produjo en dos etapas muy significativas en relación a la argumentación desarrollada en este texto.

De los síntomas a los signos

La primera, vinculada al método anatomo-clínico, se desarrolló a partir del conocimiento producido por las autopsias, que facilitó que los diagnósticos médicos ya no estuviesen, en palabras de López Piñero, *únicamente fundamentados en los síntomas expuestos por el enfermo, sino en los signos anatopatológicos como fenómenos objetivos recogidos al explorar a los pacientes*.

De lo singular a lo poblacional

En la segunda etapa, siguiendo siempre el análisis de López Piñero, *el objetivo central de la patología fue conseguir, además, una explicación científica de las enfermedades y sus causas sólidamente cimentada en los saberes biológicos, químicos y físicos*. Por ello, la investigación experimental de laboratorio (conviene recordar cómo las modernas corrientes de sociología, el denominado «programa fuerte de sociología de las ciencias, hace del laboratorio la matriz de todo el más moderno desarrollo científico), pasó a ser una fuente primordial de la ciencia médica. De hecho, algunos autores han llamado a esta segunda etapa «medicina de laboratorio», en contraposición a la «medicina hospitalaria» propia del período anatomo-clínico anterior. Otro célebre teórico de la medicina, el francés Claude Bernard³², definió de modo terminante la nueva situación al declarar: *yo considero el hospital sólo como el vestíbulo de la medicina científica, como el primer campo de observación en que debe entrar el médico; pero el verdadero santuario de la medicina científica es el laboratorio*.

Ahora bien, las tecnologías de laboratorio aplicadas sistemáticamente a la medicina conllevan varias repercusiones importantes en relación a los temas cardinales de la reflexión de este artículo:

— La propia relación médico-paciente se aleja cada vez más de la palabra y de la entrevista clínica, se distancia cada vez más del tacto y de la relación directa y física del médico con el paciente, para situarse en una relación crecientemente mediada por la tecnología, por un análisis exterior a la propia relación que no requiere la palabra del paciente. Tendencia llevada, hasta ahora, a su máxima expresión con la telemedicina. Como subraya F. Dagonet³³, *el gran aporte de las tecnologías médicas es permitir exteriorizar el cuerpo y analizarlo sin necesidad de abrirllo ni matarlo*. Ni siquiera de hacerlo hablar, apuntaríamos por nuestra parte. Con las nuevas tecnologías de laborato-

rio, la aproximación a la definición de la enfermedad se decanta por la aproximación a partir de la lectura de los signos, relegando a un segundo plano más secundario la aproximación a partir de los síntomas, o dicho de otro modo, el paciente es cada vez más un «objeto» y menos un «sujeto».

— Por otro lado, la introducción masiva de las pruebas de laboratorio también conlleva una no menos importante modificación de las características del «sujeto» que, tradicionalmente, ha constituido el «objeto» del saber médico. Con la medicina de laboratorio el propio sujeto/objeto de las disciplinas médicas es, cada vez menos, un «sujeto» individual constituyéndose, de modo creciente, como un «objeto» colectivo, como una «*población de individuos*». Hasta la medicina de laboratorio, durante la misma revolución anatomo-clínica, la persona singular, individual, era el sujeto de la relación médico-paciente. Ya fuese mediante su palabra y la interpretación de los síntomas, ya fuese mediante el análisis de los signos, el paciente era el centro de la relación y de la observación. La medicina de laboratorio, sin embargo, va a construir/desplazar este sujeto hacia un nuevo centro: la población de individuos. Población que se configura como la referencia o «patrón de medida» indirecta de los resultados individuales. Desplazamiento de la «persona» a la «población de individuos» que conduce a autores como Fleck³⁴, a sugerir que la «estadística» debería ser una conceptualización casi obligatoria en las ciencias médicas, dadas las características tan específicas de las mismas. Reconociendo el protagonismo de la Estadística en las propias Ciencias de la Salud, el propio Fleck destaca el estatuto singular de las citadas Ciencias al señalar cómo, a diferencia de las Ciencias Naturales que tienen en el estudio de las regularidades su criterio de investigación, en el caso de las citadas Ciencias de la Salud el uso de la Estadística es muy particular en la medida en que su estudio no está dirigido a la regularidad, al

análisis de las manifestaciones normales, sino que va dirigido precisamente hacia lo que se aparta de la norma, es decir, a los estados de enfermedad del organismo. Planteamiento de Fleck que cuestiona, de nuevo, la clasificación de las ciencias médicas como ciencias naturales dirigidas al estudio de las regularidades para ubicarlo en una cierta ciencia de lo incierto³⁴, de lo no regular, que tendría en la estadística un útil imprescindible (la reciente «moda» del «diagnóstico basado en la evidencia» parecería inscribirse en una lógica de hacer «norma» de la no regularidad dando un paso atrás en la reflexión de Fleck de primeros de siglo). Útil estadístico que en el caso de la medicina clínica exige, en todo caso, su interpretación en función del análisis de cada persona, de cada paciente en singular. Interpretación que debe realizar el «clínico» en su relación concreta con cada uno de ellos. De esta forma, la generalización de los análisis clínicos, de la medicina de laboratorio, en su dimensión poblacional, requiere en su aplicación singular en cada sujeto de la perspectiva cualitativa, de la perspectiva que recupera la historia singular de cada uno de ellos.

LA EPIDEMIOLOGÍA Y LA HIGIENE PÚBLICA

En todo caso, donde la estadística va a encontrar su aplicación más importante y directa va a ser, sin embargo, en el marco de la intervención creciente del Estado en la regulación social relativa a la Salud. La Revolución Francesa y, en general, todos los Estados europeos desde finales del siglo XVIII, van a institucionalizar no sólo la enseñanza universitaria de la medicina sino las medidas de higiene y salubridad pública necesarias para atajar las enfermedades infecto-contagiosas de aquellos años y mejorar los niveles de salud de la población³⁵. De este modo, a lo largo del siglo XIX se van a desarrollar paralelamente dos perspectivas dominantes en el ámbito de la salud: la ya en aquel entonces más clásica vinculada a la enfermedad y a las for-

mas de curarla; y la más novedosa de la higiene y de la prevención, por más que tuvieran muchos antecedentes a lo largo de los siglos anteriores. Última perspectiva que va a encontrar en la estadística y en los estudios epidemiológicos uno de sus útiles más imprescindibles en el necesario abordaje colectivo y poblacional de la salud.

LA SITUACIÓN ACTUAL

En este marco socio-institucional, fomentado por la tecnología y por la mejora general de las condiciones de vida de la población, se ha producido a lo largo del siglo xx un salto cualitativo en la esperanza de vida de la población, que algunos autores como Abdel Omran denominan transición epidemiológica (a modo de la «transición demográfica» de los demógrafos)³⁶, el cual ha conllevado un cambio en el perfil de las enfermedades que causan una mayor mortalidad en Occidente, desde las enfermedades infectocontagiosas y las epidemias de los siglos anteriores y de este mismo primer tercio de siglo, a las enfermedades degenerativas, crónicas y a otro nuevo tipo de enfermedades y de problemas de salud asociados, en gran parte, al progresivo envejecimiento de la población en el Occidente. Este patrón se ha visto acompañado de la generación de brotes epidémicos en los que convergen nuevas enfermedades asociadas, en gran parte debidos a la creciente intervención humana en la naturaleza (la enfermedad de las vacas locas, por ejemplo), viejas epidemias olvidadas y hoy en pleno auge (el cólera, el paludismo), junto con otras enfermedades como pueda ser la propia enfermedad del VIH-sida, de tanta importancia en las dos últimas décadas del siglo xx y en estos años de inicios del siglo xxi.

Los enfermos como nuevos actores sociales

Si la medicina de laboratorio y las innovaciones tecnológicas, junto con el desarrollo

del estudio de las epidemias (y de la propia salud pública), generan un desplazamiento hacia el terreno del ámbito «cuantitativo» de las ciencias médicas, desde el estudio del caso personal al estudio de poblaciones, con la estadística como herramienta de trabajo a añadir a las ya existentes, cabe pensar que, en la actualidad, los nuevos fenómenos y desarrollos de la medicina anteriormente señalados estarían haciendo necesaria la reincorporación al *instrumental* de las ciencias médicas de la metodología cualitativa, algo olvidada en estos últimos años. Mejor aún, la reincorporación de la palabra a las ciencias de la salud, cuya función se habría ido perdiendo en la más reciente historia de las mismas.

Por un lado, en el terreno más social e institucional, la Salud se ha convertido en un tema de conflicto y demanda social en nuestras sociedades occidentales democráticas. Conflicto político, económico, social, etc., que tiene en la lucha discursiva, en las palabras, en la elaboración de discursos sociales, un ámbito clave de desarrollo. Un ejemplo claro de esta importancia lo pueden suministrar las políticas de salud orientadas a limitar los problemas derivados del consumo del alcohol y tabaco. Por ejemplo, más allá de la demostrada asociación del tabaco con el cáncer de pulmón, en la implementación de dichas políticas se entremezclan los intereses y discursos de los profesionales sanitarios con los de las administraciones públicas, los de las empresas fabricantes, de los sindicatos, de los productores, con los discursos de los publicitarios, con los de las empresas de medios de comunicación reticentes a perder las inversiones de los anunciantes, etcétera. Algo similar cabe señalar de la puesta en marcha de la política de medicamentos genéricos o de cualquier otra medida política en el ámbito de la salud. Es decir, de una forma u otra, las decisiones en políticas de salud en un sistema democrático cada vez pasan más por debates previos en la opinión pública y, por tanto, requieren de forma creciente de la aproximación cualita-

tiva a la investigación y del análisis de los discursos sociales.

Por otro lado, en el mismo terreno de la patología, el crecimiento de las enfermedades crónicas y de las nuevas enfermedades infecciosas, como el vih-sida, parecen inducir un nuevo cambio en los paradigmas médicos y sociales -cambio del que todavía pareciera que no fuéramos del todo conscientes- en el sentido de que los enfermos lejos de ser «objetos», de ser «pacientes», se están convirtiendo en los nuevos *«actores»* de la Salud, tanto desde el punto de vista del conocimiento científico de las enfermedades y su participación activa en los tratamientos, como desde la génesis de discursos sociales sobre la salud y sobre ámbitos colaterales que obligan a modificar determinadas pautas de conducta «científico-médicas». La historia del vih-sida suministra importantes y clarificadores ejemplos, desde la polémica sobre el propio nombre de la enfermedad al cuestionamiento de la noción de grupos de riesgo de raíz epidemiológica, y al de los protocolos de realización de los ensayos clínicos con los diferentes fármacos y antiretrovirales. Cambio inducido por las nuevas enfermedades contemporáneas que implícitamente conllevan la transformación de los «sujetos/objetos» configurados previamente por la revolución anatomo-clínica y por la medicina de laboratorio. Doble cambio de enfermos «paciente/objeto» a «actores sociales» y «sujetos» y de «población de individuos» a «actores sociales» en conflicto. Este cambio parecería ir asociado: a) a un cierto declive-desplazamiento del hospital al domicilio como centro prioritario para el desarrollo de los cuidados médicos³⁷ y b) a una cierta necesidad de complementar los estudios epidemiológicos y estadísticos con estudios cualitativos que permitan investigar los nuevos actores sociales, sus comportamientos, demandas, discursos, etc. Es decir, que permitan estudiar el conjunto de prácticas sociales de los citados «actores» como sujetos activos en el ámbito de la Salud y no sólo como objetos/pa-

cientes del hospital. Actores sociales que producen discursos sociales y comportamientos colectivos que pueden ser investigados cualitativamente.

Hasta cierto punto, pues, de modo similar a como la estadística es utilizada como instrumento necesario en el contexto del desplazamiento persona-población de individuos, la investigación cualitativa y, más en concreto, el análisis de los discursos sociales, sería también un útil de investigación imprescindible en el marco de algunos de los desplazamientos señalados anteriormente, es decir, en el cambio de los sujetos desde el rol de *pacientes* al de *actores sociales*, en el contexto más amplio de la transformación de la Salud de ser un tema de *especialistas y profesionales* a ser un tema central y clave, a ser una cuestión cardinal de la política democrática, en el mejor y más amplio sentido de la expresión.

No se trata, sin embargo, desde mi punto de vista, de producir otro salto pendular en las ciencias médicas para aproximarlas de nuevo y desde una perspectiva distinta a la del pasado, a las ramas de las ciencias «blandas», a las «ciencias sociales» que priorizan la aproximación cualitativa sobre la experimentación «cuantitativa». Por el contrario, se trata de reconocer la complejidad de los fenómenos de la Salud, de aprender de la Historia y de considerar que el estudio de las Salud/es y de las enfermedades demandan, por sus singulares y complejas características, de metodologías plurales en las que tienen su lugar tanto las cuantitativas como las cualitativas. Pluralismo metodológico que, sin duda, puede enriquecer las ciencias médicas y mejorar los niveles de salud de la población que, a fin de cuentas, es de lo que se trata.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hudelson P. Qualitative Research for Health Programmes. Geneva: World Health Organization; 1994.

2. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. *J Fam Pract* 1995;12:
3. March Cerdà JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. 1999. Técnicas Cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 1999.
4. Fernández de Sanmamed MJ. Métodos y técnicas cualitativas en la investigación en atención primaria en *Aten Primaria* 1999; 23:
5. Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Madrid: Fundamentos; 1998.
6. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. En: *Revisiones Salud Pública*. Barcelona: Masson;1997.
7. Ibáñez J. Perspectivas de la investigación social: el diseño de las tres perspectivas. En: García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira F editores. *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1986.
8. Alberich T. Perspectivas de la investigación social en Villasante. TR, Montañés M y Martí J. *La investigación social participativa El Viejo Topo* 2000.
9. Iñiguez Rueda L. *Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales* en *Aten Primaria* 1999; 23:
10. Winnicott DW. *Jeu et Réalité. L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1971.
11. Holman HR.. Qualitative inquiry in medical research. *Clin Epidemiol* 1993; 46:26-36.
12. Gadamer HG. *El Estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 1996.
13. Beltrán M. Cinco vías de acceso a la realidad social. En García Ferrando M, Ibáñez J y Alvira F editores. *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de Investigación*. Madrid: Alianza Universidad; 1986.
14. Noguer Molins L y Balcells Gorina A. *Exploración Clínica Práctica*. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1980.
15. Taylor SJ y Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1986.
16. Cook TD, Reichardt CS. *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata;1986.
17. Lain Entralgo P. *La Historia Clínica*. Madrid: Triacastela; 1998.
18. Sournia JC. *Histoire du diagnostic en Medicine*. París: Edit de Santé; 1995.
19. Guillerme J. *La determination numerique des actions medicamenteuses en Canguilhem G. La Mathematisation des Doctrines Informes*. Paris: Hermann; 1972.
20. Farrington B. *Ciencia Griega*. Barcelona: Icaria Edit; 1979
22. Grmek MD. (dir). *Histoire de la pensée médicale en Occident*. París: Seuil; 1997.
23. Grmek MD. *Le chaudron de Médée. L'expérimentation sur le vivant dans l'Antiquité*. París: Institut Synthélabo; 1997.
24. García Ballester L. *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*. Barcelona: Península; 2001.
25. Grmek GD y Bernabeo R. 1997. *La machine du corps en Grmek MD. (dir). Histoire de la pensée médicale en Occident. 4 volúmenes*. París: Seuil; 1997.
26. Risse G.B. 1997. *La synthèse entre l'anatomie et la clinique en Grmek MD. (dir). Histoire de la pensée médicale en Occident. 4 volúmenes*. París: Seuil; 1997.
27. López Piñero, JM. (ed.) *Las ciencias médicas en la España del siglo XIX*. En: *Las Ciencias en la España del siglo XIX*. Madrid: Marcial Pons; 1992.
28. Duris P y Gohan G. *Histoire des Sciences de la vie*. París: Edit. Nathan; 1997.
29. Sournia JC. *Histoire du diagnostic en Medicine*. París: Edit. de Santé; 1995.
30. López Piñero, JM. (ed.). *Las ciencias médicas en la España del siglo XIX*. En: *Las Ciencias en la España del siglo XIX*. Madrid: Marcial Pons; 1992.

31. Meyer P y Triadou P. *Lecons d'histoire de la pensée medicale*. Paris; Odile Jacob; 1996.
32. Dagonet F. *Pour une philosophie de la malaïde*. París: Edit. Textuel; 1996.
33. Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un lecho científico*. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
34. Moles AA. *Les Sciences de l'imprécis*. Paris: Seuil; 1990.
35. Murard L y Zylberman. P. *L'hygiène dans la République. La Santé Publique en France ou l'utopie contrariée. 1870-1918*. París: Fayard; 1996.
36. Drulhe. M. *Santé et Société. Le faconnement societale de la santé*. París: PUF; 1996.
37. Conde F. *Las Mujeres y el movimiento de ayuda mutua*. En: *Boletín de Ayuda Mutua y Salud*. N.º 3. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1996.