

CRÍTICA DEL ENCUENTRO CLÍNICO EN UNA ECONOMÍA DE MERCADO

Margarita Sánchez Morales*

Es usual encontrar en el ámbito académico, autores con es- critos que contienen conocimientos fragmentados sobre la explicación de la realidad desde un punto de vista particular, sin nin- guna intención por establecer relaciones con saberes diferentes a su reducido campo de formación. Con la intención de superar tal disper- sión el texto presenta algunas reflexiones, sobre viejas formas de pro- ducción del conocimiento, caracterizadas por la Unidad del Saber (1) en contextos emergentes que requieren novedosos modelos de relación. La complejidad de la brigada de las relaciones, dificulta su compren- sión, sin embargo, la experiencia enseña que si bien una primera lectu- ra es insuficiente, releer una y otra vez, pensar una y muchas veces más, ayuda a resignificar y reconstruir conceptos.

Por tal razón, el texto aboca reflexiones desde una perspectiva bioética e interdisciplinaria, con el propósito de motivar a investigadores, edu- cadores, profesionales y estudiantes del área de la salud a construir nuevas teorías sobre lo clínico que pongan en diálogo a las ciencias naturales, sociales y humanas, con lo ético-moral y superen la disper- sión de conocimientos dado por el positivismo científico dominante en los espacios universitarios de la modernidad.

Las reflexiones surgen de la siguiente proposición: el negocio de la enfermedad en el modelo económico neoliberal, permite entender la

* Enfermera, profesora asistente, Departamento de Enfermería en Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.

enfermedad como realidad natural y biológica, desligada de una parte, del contexto político, cultural y social, y de otra, del sujeto moral que la padece. Este hecho, soportado en teorías científicas positivistas, determina las características particulares del encuentro clínico del profesional de la salud con el paciente, en la actual estructura socioeconómica de mercado.

Para iniciar, conviene ubicarnos en lo económico. Las ciencias económicas pretenden resolver tres problemas: ¿qué, cómo y para quién producir?, son problemas relacionados con la producción y la distribución, dadas las dificultades de escasez de los recursos y la insatisfacción de las necesidades y deseos humanos. Responder estas preguntas, implica construir un modelo económico constituido por tres elementos: el espíritu, la institucionalidad y los procedimientos técnicos. Así, por ejemplo, en el modelo económico neoliberal, el espíritu corresponde a un pensamiento que considera al Estado un obstáculo para el buen funcionamiento de los asuntos económicos; la institucionalidad, hace referencia a las leyes que protegen la propiedad privada; y los procedimientos técnicos, tienen que ver con los mecanismos del mercado y del precio. En el marco de esta teoría, el actual sistema de economía de mercado, se caracteriza por medios de producción que son propiedad privada. El mercado es controlado por la libre competencia y la producción es guiada por la búsqueda de beneficio privado (2).

Desde lo interdisciplinario, ninguna de las ciencias puede por sí misma dar respuesta a problemas complejos. Así, la economía no es un espacio sólo para economistas, sus decisiones afectan múltiples dimensiones de la vida humana que trascienden las fronteras de las ciencias económicas para pasar a disciplinas de orden cultural, político, filosófico y ético, las cuales juegan un papel decisivo y fundamental en la implementación de un modelo, máxime, cuando a partir del capitalismo, la condición humana quedó subsumida y sujeta al homo oeconomicus. Thuillier citado por Cely, afirma que la destrucción de Occidente empieza a germinar a partir del predominio homo oeconomicus que impone sus prioridades a toda una civilización, coloca a su servicio al homo technicus y al homo scientificus, genera el homo corruptus y pone en peligro la supervivencia de toda una especie (3).

Ubicados en la economía de mercado, se da paso a la comprensión del encuentro clínico. Primero, se presentan algunas críticas de carácter epistemológico y moral al positivismo científico que considera la enfermedad como fenómeno natural, individual, objetivo, ahistórico y descontextualizado. Luego, se caracteriza el encuentro clínico del profesional con el paciente, entrelazando la estructura social de una economía de mercado con su contexto político, cultural y moral.

Con mirada epistemológica y moral, la crítica enfoca el problema de separar el conocimiento empírico que caracteriza a la ciencia positiva, del conocimiento de los valores morales; y de ocultar las implicaciones morales al comprender el conocimiento objetivo separado del sujeto que lo produce. Epistemologías hermenéuticas y crítico-sociales, han argumentado el carácter político y moral de toda forma de conocimiento científico y cuestionan a fondo la supuesta neutralidad valorativa de las ciencias (4). A su vez, resignifican el concepto de objetividad, entendido como proceso de producción de conocimiento que se hace en forma intersubjetiva, o por acuerdos entre sujetos que si bien poseen un conocimiento, también se reconocen a sí mismos, como seres políticos, sociales y morales. En este sentido, lo verdadero no se ubica en el objeto, ni en la mente del sujeto, sino entre, o en medio de los sujetos sociales.

Las epistemologías naturalistas, entienden la enfermedad, sólo como objeto o "cosa en sí misma", niegan su realidad simbólica, su construcción y expresión de lo político, cultural, social y moral; y la reducen a un fenómeno de naturaleza exclusivamente biológico (5). Con este enfoque las teorías de la enfermedad construidas desde las ciencias positivistas, no pueden explicar el significado humano de algo que se muestra únicamente como hecho natural. Por lo tanto, este tipo de conocimiento, no está en posibilidad de dar respuesta a la necesidad vital del ser humano para encontrar el sentido moral y trascendente de la vida; y de la salud-enfermedad como dimensión inherente a ella.

El problema reside en las teorías que objetivizan la enfermedad separada del sujeto que la padece y comprenden lo social con la misma racionalidad que lo natural. De esta manera, se esconde un campo de dilemas morales, generados por la vinculación que hace el paciente de su enfermedad con el sentido moral de la misma; y por la separación teórica que hace el profesional entre la enfermedad, con el contexto de las relaciones sociales donde ocurre. Estas teorías olvidan que el paciente además de la dimensión biológica, es un agente moral con capacidad para buscar y encontrar sentido de vida; y desconocen que en la enfermedad se materializan las interacciones de lo biológico y lo social, o de lo natural y lo cultural. Con este enfoque todo este campo de dilemas éticos queda sin suficiente espacio para la reflexión política y moral (6).

Al retomar el modelo económico neoliberal y afirmar que éste comparte la misma epistemología de las ciencias positivistas sobre la concepción de la enfermedad, se da vía libre al negocio de la enfermedad, el cual es entendido, como una mercancía que se vende y se compra en forma de tecnociencia (representada en equipos, sustancias y medicamentos para diagnóstico y tratamiento). En el mismo sentido, el mode-

lo neoliberal equipara los servicios de los profesionales de la salud a un proceso productivo y técnico que es guiado por la competencia y la biotecnología. Así, el trabajo humano entra al libre juego del mercado regulado por una supuesta “mano invisible” que para funcionar sin problema debe también ser invisible a lo político y a lo moral. La ausencia de políticas sociales y de reflexión moral permite la mercantilización del negocio de la enfermedad y de los servicios de los profesionales de la salud, con la consecuente negación del trabajo y la salud, como derechos humanos.

Conviene enunciar que en el sistema capitalista neoliberal, la rentabilidad de los servicios de atención a la enfermedad se determina por el exceso de consumo. El dinero, ha pasado de ser un simple medio de transacción a un fin materializado en la búsqueda de capitales internacionales, este hecho reitera del modelo su dinámica basada en el consumo de los individuos (si hay mayor consumo en el mercado de la enfermedad, lo hay en rentabilidad).

Desde una perspectiva distinta al pensamiento neoliberal, la esencia de la economía es el estudio del bienestar basado en la comprensión de la condición humana y lo que nos hace propiamente humanos es nuestra condición moral. Zuleta, citado por Valenzuela, afirmó que el estudio de la condición humana se ha olvidado por su complejidad, más que por su falta de relevancia (7), y somos más dados al pragmatismo que a la reflexión. Epicuro enseñó que la satisfacción y el bienestar humano, contrario a lo que muchos creen, no está en el exceso de consumo, sino en la restricción. Los educadores no se convencen de que lo más práctico es tener una buena teoría que los atrape y no desdeñar las consecuencias de las teorías epistemológicas, políticas y éticas.

Es claro que la economía de mercado se organiza de tal forma para dar respuesta a los intereses del capital, en tal caso los inversionistas están en el negocio de la enfermedad. En este sentido, la publicidad hace creer al paciente o cliente que posee poder, control, autonomía y libertad para consumir lo deseado. Al proveedor que lo ofrecido es lo demandado por el mercado; sin embargo, si algo caracteriza la moral colectiva es la ausencia de autonomía, somos heterónomos (elegimos el cómodo placer de que los demás decidan por nosotros).

Tausig, en forma acertada afirmó que cuando se reconoce al profesional, como el “proveedor de la salud” se acepta de manera anticipada el monopolio legítimo y la comercialización del diagnóstico, tratamiento y cuidado de la enfermedad, como mercancía preempaquetada, la cual sólo pueden comprar quienes disponen de su consumo. La marca de lo ideológico en el intercambio de esta clase de mercancías, es ignorada por la ingenuidad o la conveniencia de los profesionales; se presenta la

enfermedad, como algo puramente natural y no como expresión de formas históricas de organización social, cultural, económica y de comprensión de lo moral (8).

Después, de haber presentado las críticas epistemológicas y morales del modelo económico-neoliberal y medicalizado de la enfermedad desde las ciencias positivistas, se caracterizará el encuentro clínico en una economía de mercado, el cual es un tema denso y poco comprensible para muchos. De manera literal se entiende por clínico lo que hace el profesional de la salud en la cabecera, o al lado del paciente enfermo; vale la pena aclarar que lo clínico no quiere decir necesariamente hospitalizado, la condición *sine qua non* para lo clínico es la presencia del enfermo.

No se pretende argumentar cada una de las afirmaciones siguientes, sería el propósito de otro texto, sin embargo, se mencionan algunas de ellas, se retoman de manera directa o indirecta y en conjunto constituyen la estructura del encuentro clínico profesional-paciente, o profesional-cliente. El encuentro clínico en el actual modelo económico, se caracteriza por pertenecer al ámbito de lo privado (no de lo público), de lo individual (no de lo colectivo), al derecho comercial (no al derecho social de la salud), a lo autoritario (no a lo democrático y plural), a lo estandarizado y homogéneo (no a lo heterogéneo o diverso), a lo unilateral (no a lo participativo), a lo paternal y heterónomo (no a lo autonómico); y a la posibilidad de acceder a él más desde criterios economicistas que políticos y morales, los cuales son traducidos en equidad y justicia social.

En el ámbito de la práctica clínica, se evidencia una relación de poder, donde el profesional representa la ciencia o la "pura objetividad" y el paciente representa el sentimiento o la "pura subjetividad". El encuentro se da con la enfermedad y la relación que se establece está mediada por lo meramente técnico e instrumental. El profesional observa, controla y vigila el funcionamiento del cuerpo del enfermo, desligado del pensamiento y del mundo simbólico y moral (lo concibe como una máquina). En apariencia es guiado por su objetividad o desde su realidad simbólica que desconoce y sólo alcanza a interpretar los signos y los síntomas, diagnosticar la enfermedad; y establecer una terapéutica de intervención tecnocientífica (9).

En estas condiciones se constituyen dos realidades simbólicas diferentes, una la enfermedad en la mente objetiva del profesional, y otra, el malestar en la subjetividad del paciente. Para el profesional, la enfermedad es una disfunción orgánica y para el paciente, el malestar es lo que significa esa disfunción condicionada por el contexto sociocultural al que pertenece y por la propia moral. De esta forma, se produce una brecha comunicativa y un desencuentro entre el "modelo objetivo de la

enfermedad en la mente del profesional” y el “modelo subjetivo del malestar en la persona del paciente”(10).

No obstante, esta contradicción en lugar de paralizar el pensamiento, da oportunidad para analizar dialécticamente el encuentro clínico. Hegel, propuso comprender la realidad y conciliar los contrarios, como fuerzas transformadoras y creadoras. A propósito, de este enfoque menciona Valenzuela, refiriéndose a Hegel, si una idea suscita la idea opuesta es porque la realidad que esta idea representa exige la realidad contraria (11). Aplicar la dialéctica al encuentro clínico, significa que en lugar de destruir, violentar o ignorar quien representa ideas contrarias o formas distintas de significación (entre el profesional de la salud y el paciente), se debe aprender que la realidad no es completamente blanca o negra, ni buena o mala, ni objetiva o subjetiva, como tampoco puede ser entendida sólo por la razón o la pasión; por el contrario la realidad se construye, gracias a las contradicciones e incertidumbres de la vida.

Ahora, si la ideología se oculta bajo los constructos técnico-científicos que median la relación profesional-paciente, se mantiene inmune a toda crítica moral en razón del poder, dado por la autoridad científica, objetiva, dura e impenetrable; la creencia equivocada de la neutralidad moral de la ciencia; y el dominio del poder económico sobre las dimensiones humanas.

El resultado del encuentro clínico descrito, se caracteriza por ser un encuentro con la enfermedad, un desencuentro con el paciente y una alienación de la subjetividad del mismo, frente a la objetividad de la enfermedad. Además, el paciente se mueve en una contradicción, entre el propio reconocimiento que hace de sus capacidades personales, sociales y morales, con la negación de las mismas al estar forzado por el profesional a apropiarse del poder de autoafirmación y autodeterminación. Así, el paciente oscila entre una pasividad y un intento de autocomprensión, mientras que el profesional se apropia de la subjetividad del paciente, mide sus limitaciones y decide desde patrones estandarizados lo considerado normal o anormal.

Lo anterior refuerza una práctica que privilegia una racionalidad instrumental y menosprecia lo propiamente humano (su carácter moral). Se pierde el poder del paciente en el proceso curativo y de cuidado que reside en la subjetividad; y en lugar de aliarse con el profesional en un mismo propósito, los dos se reconocen como extraños en una relación de desconfianza. El paciente pierde la oportunidad de evaluar la propia vida y la forma como debería llevar una vida buena. Esta reflexión propicia el conocimiento de sí mismo y ayuda al profesional; y al paciente a tomar decisiones morales en razón de la enfermedad. Es un acontecimiento humano que permite encontrar el sentido a la vida, posibilidad que en el actual modelo economicista es impracticable.

La sociedad actual, por estar subsumida en el modelo neoliberal de libre cambio, demanda la formación de profesionales de la salud que den respuesta a las necesidades del negocio de la enfermedad. Esto implica para las facultades y las escuelas oferentes de carreras en el área de la salud, orientar el currículo y el plan de estudios a la formación de un “proveedor de servicios para la atención de la enfermedad” con énfasis en el manejo técnico-instrumental. De esta manera, se reduce la inteligencia a una condición instrumental de simple ejecución y se desconoce el fundamento del sentido político y moral; a cambio de la búsqueda exclusiva, desenfrenada e incesante del rendimiento económico, soportado en la exclusiva pregunta ¿Cómo?, desechando la pregunta ¿Por qué? No obstante, como dice Le Mouël, sólo el retorno a la pregunta ¿Por qué?, y agrego ¿Para qué?, y el retorno del pensamiento crítico, abrirá las puertas de una nueva administración. Desechando la pregunta ¿Por qué? es desechar la cuestión de sentido, es considerar establecido de que sólo cuenta el resultado, lo verdadero, lo justo, lo bello y como tal, deben someterse a la lógica implacable de la eficacia (12).

La racionalidad eficientista, considera que lo eficaz es verdadero y es verdadero porque funciona, por lo tanto, lo eficaz es justo o bueno; la pregunta es si es suficiente que funcione para ser justo o moralmente bueno o si existen otras formas de demostrar la falacia de este sofisma, por qué no pensar en que lo moralmente bueno es lo que es bueno para todos, no para unos pocos, y es bueno, cuando tiene una justificación recíproca, como lo argumenta en forma convincente Tugendhat (13). Es oportuno presentar las mismas críticas epistemológico-morales de los modelos económicos y extenderlas a los modelos administrativos basados en las ciencias positivistas que prescinden del carácter moral propio de la condición humana.

Para reafirmar la relevancia de lo moral, es necesario recordar que las teorías económicas han demostrado el límite de la eficiencia y la imposibilidad de mejorar la utilidad de la inversión, sin reducir el beneficio del consumidor. Asimismo, no es posible aumentar la libertad económica de una persona y mantener al mismo tiempo la libertad de todas las demás (14). Pareto, demuestra que los cambios de utilidad en bienestar para diferentes individuos, no son comparables, dependen de las condiciones de riqueza o pobreza en que se vive; así, argumenta la falsa neutralidad en que se basa la noción de eficiencia económica (15). Al extrapolar este concepto al encuentro clínico, resalta que medir la eficiencia implica valorar el contexto socioeconómico del paciente y actuar en concordancia con su situación.

Ante la situación actual del encuentro clínico profesional-paciente, es necesario desde una perspectiva bioética, desarrollar una nueva cien-

cia de lo clínico con el enfoque de la “construcción cultural y social de la realidad clínica” y no con la “construcción clínica de la realidad cultural”. Pero, como ya se mencionó, se deben aplicar nuevas teorías que pongan en diálogo las ciencias naturales, sociales y humanas, con lo ético-moral, propuesta realizada por Potter conocido padre de la bioética (16).

Alcanzar este reto, requiere la acción conjunta de instituciones educativas y de salud; investigadores, educadores, profesionales y estudiantes; y en especial un cambio de actitud de los pacientes para dejar la pasividad y ser sujetos morales y políticos activos. En tal sentido, la propuesta de Quevedo, sobre la construcción de una nueva teoría social de la salud enriquece este propósito (17). Luchar ante la actual economía de mercado es un imperativo moral que facilita el reconocimiento del derecho a la salud, como un bien público y del derecho a un trabajo digno, los cuales no deben estar supeditados a las imperantes leyes del libre mercado.

Las ciencias de la salud deben abrirse a epistemologías no positivistas para integrar lo científico-moral, lo objetivo-subjetivo y la naturaleza-cultura. Los profesionales deben legitimar la práctica en el establecimiento de relaciones recíprocas y simétricas con la persona enferma, con el fin de que mutuamente se acompañen en la búsqueda de respuestas a interrogantes por el sentido moral de la salud-enfermedad. Asimismo, se puedan reconocer, como agentes morales, políticos y sujetos de derechos y responsabilidades; de lo contrario, el encuentro clínico seguirá siendo un espacio de encuentro con la enfermedad, desencuentro con la persona enferma y una excelente oportunidad para el negocio de la enfermedad.

Referencias

1. Borrero Alfonso, S.J. La interdisciplinariedad: concepto y práctica. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2000.
2. Mifsud Tony, S.J. Economía de mercado. Interrogantes éticos para una acción solidaria. Santiago de Chile (San Pablo); 1997.
3. Cely Gilberto, S.J. Una mirada bioética desde las ciencias. En: Cely Gilberto. El horizonte bioético de las ciencias, quinta edición. Bogotá: CEJA y 3R Editores; 2001.
4. Habermas Jürgen. Conocimiento e interés. En: Ciencia y tecnología como ideología. Madrid: Editorial Tecnos, S.A.; 1986.
5. Luz Madel Teresina. Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 1997.

6. Taussig Michael. *Un gigante en convulsiones. La reificación y la conciencia del paciente*. Barcelona: Gedisa; 1995.
7. Valenzuela Luis Carlos. Si me hubieran enseñado.... *El Tiempo* 2004 enero 18; *Lecturas Dominicales*.
8. Taussig Michael. *Un gigante en convulsiones...*
9. Foucault Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, decimosexta edición*. México: Siglo Veintiuno Editores, S.S.; 1997.
10. Taussig Michael. *Un gigante en convulsiones...*
11. Valenzuela Luis Carlos. Si me hubieran enseñado....
12. Le Mouël Jacques. *Crítica de la eficiencia. Ética, verdad y utopía de un mito contemporáneo*. Barcelona, Buenos aires, México: Ediciones Piadós; 1991.
13. Tugendhat Ernest. ¿Cómo debemos entender la moral? En: Tugendhat Ernest/*Problemas*. Barcelona: Editorial Gedisa; 2001.
14. Sen Amartya. *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Editorial Planeta S.A.; 2001.
15. Sen Amartya. *Desarrollo...*
16. Potter Van Rensselaer. *Bioética puente, bioética global y bioética Profunda*. En: Cuadernos del Programa Regional de Bioética; No. 7; 1998.
17. Quevedo Emilio. *El proceso salud-enfermedad hacia una clínica y una epidemiología no positivista*. En: *Sociedad y Salud*. Bogotá: Zeus Asesores Ltda.; 1992.