

Calidad hospitalaria: La vida entre demiurgos

Yuri Carvajal B.

56-9-79598818

<ycarvajal@ssdr.gob.cl>

Demiurgo denominaba en algunos textos griegos a los artesanos (Sennet, 2009), expresión que considera una especial combinación entre lo público y el trabajo: demos== pueblo, ergo== trabajo. Apelaremos a esta noción como una herramienta valiosa para intentar comprender la calidad en el espacio clínico. Con ella daremos un rodeo de las nociones acostumbradas administrativas del trabajo en un hospital público y la calidad. No es el propósito enredar un asunto ya suficientemente complejo, sino ir mas allá de las actuales categorías, que centradas en una visión económica de la clínica como trabajo, no permiten comprender en forma adecuada las cuestiones de calidad y dificultan encontrar soluciones prácticas.

En efecto, hacer de la calidad hospitalaria un asunto puramente centrado en el trabajo, conduce a una perspectiva organizacional y burocrática de la calidad, como aquella que Horwitz gustaba de citar en los años 50 en el Boletín del SNS:

Cada acción en medicina individual y colectiva se concreta en la aplicación de una norma técnica por medio de un procedimiento administrativo

De acuerdo con el Horwitz de los 50, bastaría entonces garantizar la buena norma técnica y el procedimiento administrativo para resolver la cuestión. El boletín del SNS está animado por esa inquietud. La vida sin embargo nos ha enseñado que hace falta mucho más que esas dos cuestiones para poder siquiera hablar de calidad.

Teniendo a la vista la expresión Demiurgo, introducimos la cuestión de la artesanía en nuestra entrada al mundo clínico. Artesanía incorpora varias características indispensables de la medicina que quedan excluidas del puro trabajo: el disfrute, el compromiso valórico, la consideración de la materialidad del oficio, la estética en juego, la autoría y el anonimato, la imaginación e invención. Por otro lado, tres elementos sin los cuales la clínica quedaría transformada en un espacio indiferenciable: ciencia, técnica y saber.

Una noción de calidad hospitalaria sin estas dimensiones empobrecería la comprensión de la actividad clínica y de la calidad que allí se juega.

Intentaremos comprender algunas de las cuestiones que he puesto en juego, no una a una, porque

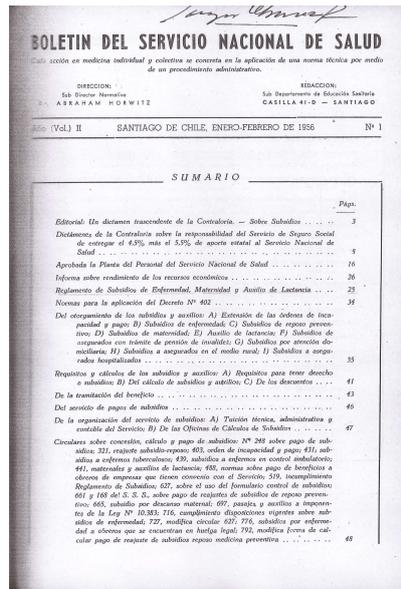


Figura 1: Portada Boletín SNS

no son espacios disjuntos, sino buscando las formas en que ellas se articulan. Trataremos de extraer algunas lecciones para el trabajo de calidad. Finalmente revelaremos algunas de las fuentes de estas reflexiones y comentaremos.

1. ¿Qué hay en la calidad?

Buscando una noción cardinal para el mundo clínico, topamos con el carácter colectivo de esta actividad. La producción de un espacio común, una combinación de laboratorio ¹, polis y estadística. En la noción clásica de trabajo, la producción de conocimiento resulta ser un componente menor, asignado a los trabajadores como propiedad individual. Sin embargo, la producción de diagnósticos y tratamiento, representa un componente orientador de la actividad clínica.

La producción de un diagnóstico requiere un trabajo colectivo, pero además condiciones indefinidas e inciertas, que imponen decisiones locales y la coordinación a través de la producción de lo que Fleck llamaba estilo de pensamiento (Fleck, 2009). Si examinamos cualquier introducción de técnicas –y esto es cada vez mas un flujo continuo– requiere escoger, innovar, solucionar problemas, tareas todas que exceden lo de un operador solitario. La implementación de una técnica no es la repetición de un modelo espontáneamente replicable, sino más bien la producción de una estabilidad en ciertos límites, en medio de diferencias y variabilidad.

La calidad requiere articular los colectivos que pululan en el mundo hospitalario. Esto significa un intensivo uso de signos y palabras para producir acuerdos: un estilo democrático de coordinación intelectual. Calculamos indicadores, investigamos eventos, producimos metas y elaboramos protocolos. Pero el componente principal es la producción de un saber común en este mundo artesanal, de un saber pragmático toda vez que se trata de una combinación de hacer con pensar, de una articula-

¹Latour a su vez ha dicho que el laboratorio es una combinación de un taller artesanal con una técnica intelectual

ción de manos y cerebros, de un saber distribuido (Hutchins, 1994), (Moreira, 2006) y conocimiento tácito .

2. ¿Dónde estaba el error antes de ser identificado?

Mi experiencia al hacer matemáticas es la de entrar en una mansión a oscuras. Entrás en la primera habitación y está a oscuras, completamente a oscuras. Tropiezas en la primera habitación y está a oscuras. Tropiezas con los muebles, te tambaleas, Poco a poco aprendes donde está cada mueble. Y finalmente, tras unos seis meses, encuentras el interruptor y das la luz. De repente todo se ilumina y puedes ver donde estás exactamente. Entonces entras en la siguiente habitación a oscuras

Andrew Wiles (Singh, 1997)

Una cuestión en que la noción del saber como un hecho colectivo y no meramente individual ² modifica con particular especificidad el enfoque tradicional de calidad, es respecto de los eventos adversos. El acontecimiento que reconocemos como evento adverso surge de una operación posterior a su ocurrencia. Sin notificación o comunicación o alguna sospecha indiciaria de su existencia, no hay posibilidad de hablar acerca de él algo cognitivamente satisfactorio.

Por lo tanto la investigación de un evento adverso se parece mucho más a lo que señala el matemático que resolvió el Teorema de Fermat, que a una lista de chequeo. Una investigación en la cual la producción de un saber común artesanal es lo más parecido al encuentro con el interruptor.

3. Sociología de la clínica

El lector habrá advertido que hay en este enfoque una reivindicación de una sociología de la clínica, sobre todo de su existencia como lugar cognitivo, de un saber colectivo. La idea de que el mundo clínico requiere un espacio de reflexividad y de análisis sociológico, parte de este cuestionamiento de las nociones modernas de trabajo (Arendt, 1998), (Sennet, 2009) y de organización (Latour, 2012). Pero hay algo más. De una cierta sociología. En este caso, aquella que procede del campo de los estudios de ciencia y tecnología (Epstein, 2008), de las cuales podemos reivindicar como principal aporte el reconocimiento de la capacidad de agencia de los no humanos. En una medicina actual, profundamente tecnificada, la capacidad agencial de los equipos, instrumentos, medicamentos, resulta obvia. Y su participación en la cuestión de la calidad.

Las herencias tomadas de estos aportes implican mirar la clínica desde una cierta distancia, un ejercicio de reflexividad sobre la clínica examinado desde una perspectiva teórica, histórica, sociológica.

Del mismo modo como no es posible entender calidad hospitalaria sin saber biología, fisiopatología, farmacología, cirugía o medicina, también es pobre una comprensión de la calidad que prescindiera de algunas conclusiones que la sociología contemporánea ha recuperado en sus estudios de las técnicas, la producción de saber científico y la clínica.

²Esta es la tradición moderna y cartesiana enfocada en lo que usualmente se llama epistemología

Referencias

- Arendt, H. (1998). *La Condición Humana*. Paidós, Barcelona.
- Epstein, S. (2008). *The handbook of Science and Thechnology Studies*, chapter Patient Groups and Health Movements, pages 499–539. MIT Press, Cambridge.
- Fleck, L. (2009). *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. FABREFACTUM editora, Belo Horizonte.
- Hutchins, E. (1994). *Cognition in the wild*. The MIT Press, Massachusetts.
- Latour, B. (2012). *Enquête sur les modes d'existence. une antropologie des Modernes*. La Découverte, Paris.
- Moreira, T. (2006). Heterogeneity and Coordination of Blood Presssure in Neurosurgery. *Social Studies of Science*, 36(1):69–97.
- Sennet, R. (2009). *El artesano*. Anagrama, Barcelona.
- Singh, S. (1997). Fermat's last theorem (video). <https://www.youtube.com/watch?v=KDpf7oxguCM>.