

EL LENGUAJE COMO CONSTRUCTOR DEL SENTIDO DE LA CALIDAD EN EL ACTO MÉDICO DEL SISTEMA DE SALUD



LUIS JAIME ROMERO P.

*MD, Sociólogo, Especialista en Gerencia en Salud
y candidato a magíster en bioética*

Correo electrónico: Luis_jaime_romero@yahoo.com

RESUMEN

La implementación del concepto de calidad en la prestación de los servicios de salud y su ejecución en nuestro país obedece inicialmente a esfuerzos del sector privado y finalmente al concurso del Estado, desde no hace más de diez años.

El tema objeto del artículo corresponde a los supuestos que subyacen en la fundamentación del concepto y a su construcción, de "garantía de calidad en la prestación de los servicios de salud", que según la normatividad vigente adolece de contradicciones.

Encontramos en la revisión temática que es fundamental para la comprensión de la construcción de la realidad, en el caso que nos compete, la efectividad de la prestación de los servicios de salud con garantía de calidad, el lenguaje como eje construido y constructor del sentido de dicha realidad, en las interrelaciones sociales. Es así como el sentido del conocimiento, ya sea exacto, social o económico, está determinado por sus intereses, pero, en primera instancia, son evidentes los intereses correspondientes a los del individuo.

En el ámbito de la salud, en nuestro país nos encontramos con que la prestación de dichos servicios se encuentra recorrida por un lenguaje producto de múltiples intereses, lenguaje, que es el dador de sentido de la realidad y nos impulsa a la creación de una conceptualización sobre la salud.

Esta multiplicidad de intereses que conforman el acto médico se entretejen construyendo su sentido y conforman un lenguaje adecuado para dicho fenómeno, donde el sentido que lo reorienta, como fin último, debe ser la vida.

PALABRAS CLAVE:

self, autorreflexión, subjetividad.

autorreflexión

subjetividad

INTRODUCCIÓN

"Negar la sucesión temporal, negar el yo, son desesperaciones aparentes y consuelos secretos. Nuestro destino no es espantoso por irreal: es espantoso porque es irreversible".

En una revisión sistemática del tema, sobre la prestación de los servicios de salud con calidad, en el transcurso de estos dos últimos años se encuentra que la construcción de la definición del concepto de "garantía de Calidad en la prestación de los servicios de salud" es fundamental para la ejecución de las políticas en salud en todos sus ámbitos, desde los legales, técnicos, científicos y prácticos.

Después de llevar a cabo en esta revisión un acercamiento hacia las profundidades de los supuestos teóricos que fundamentan culturalmente la construcción de los conceptos, y en el caso que nos ocupa el de "prestación de servicios de salud con calidad", en el país se hace evidente la necesidad que actualmente existe de construir mecanismos o instrumentos que nos permitan develar esta esencia fundamentadora de la acción en la prestación de los servicios de salud con la garantía de que su realización sea practicada con calidad.

Inicialmente es necesario proponer un referente teórico donde se estructura la participación del lenguaje como un factor construido y constructor de conocimiento, producto de interrelaciones sociales. El conocimiento construido en el entramado de las interrelaciones sociales y culturales permite dar forma a nuestra realidad, realidad que se consolida sobre la estructura emocional, sobre los intereses de los individuos.

El origen y la implementación de la acción de llevar a cabo un servicio de salud con calidad en Latinoamérica y especialmente en nuestro país nos permite evidenciar el sentido de adhesión que hemos construido con relación a la prestación de los servicios de salud con calidad, el cual tiene lugar en muy poco tiempo y principalmente sin el sentido de haber pertenecido en sus orígenes a nuestra realidad.

Después de justificar la exigencia ética de la prestación del servicio de salud con calidad, según la Ley colombiana, se presenta la definición del concepto de "prestación del servicio de salud con calidad", donde se permite demostrar la participación de los intereses de los actores de la práctica médica y del sistema de salud.

Lo anteriormente expuesto permite cristalizar el objetivo de abstraer del referente teórico los fundamentos para comprender la construcción del concepto de "la prestación del servicio de salud con calidad", donde los intereses en dicha definición son múltiples y contradictorios, producto de la construcción de un lenguaje transversal a dichos intereses, en el desarrollo del acto médico.

DESARROLLO DEL TEMA



REFERENTE TEÓRICO

El lenguaje como constructor de sentido

Las palabras: "son un método con el cual los humanos se acarician unos a otros", más allá de su valor como verdad o de su validez como explicación.

El ser humano no puede explicar lo que no puede ver, por lo tanto debe primero comprender lo que ve y el vehículo que construimos para explicar lo que comprendemos, y en este sentido lo que vemos, es el lenguaje.

Utilizando las palabras de Hans Geor Gadamer: "vivimos inmersos en el lenguaje, no hay nada fuera de él y, si lo hay, no nos es posible conocerlo". El lenguaje se utiliza de forma general para decir, para indicar algo, para denotar un objeto. Sin embargo, lo esencial del lenguaje es su carácter connotativo; no señala un objeto ni suyo, ni del otro, sino evoca en todos nosotros el concepto que se tiene de los objetos, contando con que nos apoyamos en nociones recíprocamente compartidas respecto de ese referente particular.¹

El lenguaje y la realidad están íntimamente conectados. Se sostiene que el lenguaje es la representación del mundo. Pero más bien el mundo es una imagen (representación) del lenguaje. El lenguaje viene primero y el mundo es una construcción o consecuencia de él. El lenguaje como parámetro de nuestra existencia, reafirma la idea de cómo sobre lo que no podemos hablar, debemos guardar silencio.

Entonces, los seres humanos sólo pueden conocer lo que ellos mismos han creado básicamente por medio del lenguaje.

Decimos pues, que el lenguaje construye el mundo, no lo "representa". Estamos de acuerdo en que no es posible representar el mundo tal como es con anterioridad a la representación, porque el lenguaje tiene un efectivo aspecto formativo, y porque además el lenguaje es producto de la interrelación de los hombres. Decir cómo se llama algo no es solamente nombrarlo o hablar sobre eso (denotarlo): es, en un sentido muy real, convocarlo a ser como uno lo ha nombrado. Nos comprendemos mutuamente en la medida que compartimos ciertas metáforas o imágenes comunes por medio del lenguaje.²

Suponiendo que se hable italiano, inglés o alemán, uno se da cuenta de que cuando habla italiano parece ver el mundo de distinta manera a cuando habla inglés o alemán.

Cuando se inventa algo es el lenguaje el que crea el mundo; si en cambio, uno piensa que ha descubierto algo, el lenguaje no es más que una imagen, una representación del mundo. Los seres humanos sólo pueden conocer lo que ellos mismos han creado.

Entonces, podemos concluir cómo la función primaria del lenguaje es la construcción de mundos humanos reales, no simplemente la transmisión de mensajes de un lugar a otro.

La comunicación se torna así en un proceso constructivo, no un carril conductor de mensajes o de ideas, ni tampoco una señal indicadora del mundo externo.

Esto es lo maravilloso y lo terrible del lenguaje. Siempre hablamos de "significados compartidos", pero hacerlo es un sinsentido puro. Hemos aprendido a construir (socialmente), nuestros "sentidos", nuestros "significados", de modo que sean compatibles con la mayoría de las situaciones.

Hemos construido una realidad de atención en salud, que hasta antes de la Ley 100 de 1993 se caracterizaba por tener un componen-

te de lenguaje técnico y de interrelaciones propias de un acto médico humano, donde no mediaba de forma importante el factor económico y el científico, a un acto médico construido en un lenguaje producto de estos intereses en franca contradicción.

La construcción del conocimiento: producto de intereses

La fascinación con lo eterno expresa una visión pesimista del universo.

Antes se suponía que la naturaleza era estable y que la ciencia podía alcanzar la certeza.

Se pensaba que sólo puede orientar verazmente el obrar, el conocimiento que se ha liberado de los intereses y se ha instalado en el mundo de las ideas adoptando cabalmente una actitud teórica. Así, se creía que era el conocimiento la explicación de los fenómenos, sin que participaran los intereses.³

Las ciencias "exactas" desarrollaban sus teorías en un proceso de auto-comprensión que instaura sin violencia una continuidad con los comienzos del pensar filosófico: este y aquellas están comprometidos con una actitud teórica, que liberó la condición dogmática de la enojosa influencia de los intereses naturales de la vida y que coinciden en el propósito cosmológico de describir teóricamente el universo en su ordenación conforme a leyes tal y como es.⁴

Pero dice Husserl que no es el contenido informativo de las teorías, sino la formación de un hábito reflexivo e ilustrado en los teóricos mismos, lo que produce en definitiva una cultura científica.⁵

A las ciencias en general, se les aparece objetivamente el mundo como un universo de hechos cuya conexión legal puede ser captada por descripción. Pero la verdad es que el saber del mundo, aparentemente objetivo de los hechos, está trascendentalmente basado en el mundo precientífico. Los posibles objetos de análisis científico se constituyen de antemano en las autocomprensiones de nuestro mundo vital primario.

Quiso mostrar Husserl que la subjetividad realizadora aparece bajo la cobertura de una autocomprensión objetivista, porque las ciencias no se han liberado radicalmente del peso de los intereses del mundo primario de la vida.

En el ejercicio de las ciencias "exactas" interviene un interés técnico del conocimiento que corresponde a la posible seguridad informativa y a un éxito controlado (interés cognitivo).

En el ejercicio de las ciencias "históricas" interviene un interés práctico del conocimiento, es la comprensión de sentido lo que en lugar de la observación abre el acceso a los hechos; y en las ciencias orientadas a la crítica, interviene el interés emancipatorio del conocimiento.

En la definición del concepto de salud⁶ con calidad, según el Decreto 2309 del 2002, intervienen estas tres clases de conocimiento y por lo tanto sus intereses.

En este momento es importante tener en cuenta que para la construcción de las ciencias y sus intereses, la precomprensión adherida a la situación inicial del intérprete, su emotividad, su voluntad, es fundamental.

Por experiencia diaria sabemos que las ideas sirven a menudo para enmascarar con pretextos legitimadores los motivos reales de nuestras acciones o racionalización; y en el plano de la acción colectiva, es lo que llamaríamos la ideología.

Podemos plantear cómo las realizaciones del sujeto tienen la base en su historia natural. Por lo tanto, los intereses que guían al conocimiento se construyen en medio del trabajo, el lenguaje y la dominación.⁷

Esto nos permite definir que en la fuerza de la autorreflexión, el conocimiento y el interés son uno solo, develándonos la importancia de la autorreflexión como un proceso o la vivencia intersubjetiva en la construcción del eje estructural del conocimiento, que en el caso que nos ocupa, correspondiente a la salud, este (el eje estructural del conocimiento), como fundamento, corresponde a los intereses. Por eso es importante que la salud sea el resultado de nuestra propia construcción.

El mundo, la carne y el demonio, son los tres enemigos del alma racional y el mayor impedimento que subsiste en la lucha del alma racional contra las fuerzas inorgánicas del mundo; y contra la estructura orgánica de nuestra carne, es la persistencia de las fuerzas irracionales del deseo y el temor, o sea el demonio.⁸ Este es el obstáculo para pensar que nuestros intereses o deseos subyacen en la definición de un servicio de salud con garantía de calidad.

El conocimiento que el hombre construye es siempre relativo a sus propósitos, los cuales están entramados en su visión del mundo. No

todas las culturas, no todos los lenguajes, construyen la misma noción de propósito o de adaptación. Se enfatiza que el conocimiento debe adecuarse a los fines o propósitos del sujeto cognoscente.⁹

El conocimiento tiene que ser variable, adecuarse a nuestros propósitos. Debe cumplir una función, por ejemplo, encajar en el mundo tal como lo vemos, y no en el mundo tal como debería ser.

Construimos formas de conocimiento que son puestas a prueba por sus efectos en el mundo y seleccionadas de acuerdo a la medida en que esos efectos son los que nosotros, como cultura, queremos adoptar.

La ciencia, los procesos culturales y la subjetividad humana, están socialmente contruidos y recursivamente interconectados en el discurso; la comunicación, el lenguaje, no son instrumentos pasivos sino un medio vital para la construcción del acto médico.

El grado en que una forma de comprensión prevalece o se sostiene en el tiempo no depende exclusivamente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino también de un conjunto de procesos sociales que incorporan la comunicación, la negociación, el conflicto, la retórica y las marcaciones de género.

Se cree ver la realidad y en realidad vemos lo que el paradigma construido por interrelaciones sociales y el lenguaje nos permite ver; y ocultamos lo que el paradigma nos impone no ver.¹⁰

La realidad —la percibida— la percibimos solamente gracias a nuestras estructuras mentales, a los patrones que nos permiten organizarla por medio del lenguaje, y a la experiencia en el tiempo y en el espacio.

Lo que conocemos no es el mundo en sí, es el mundo con nuestro conocimiento. No podemos separar el mundo que conocemos de las estructuras de conocimiento. Hay una adherencia inseparable entre el espíritu y el mundo.

Según Nietzsche, La “mentira del ideal”¹¹ se vuelve “la maldición suspendida por encima de la realidad”, esta frase llega al fundamento de la reflexión que se está desarrollando, de que los deseos, intereses, de los elementos del acto médico, son el sustento del concepto de salud (racionalmente). Paradigma que corresponde a un determinado sistema de valores.

Los seres humanos son, ante todo, creadores de significados e intérpretes de su propio self. Nuestras narraciones acerca de lo que com-

prendemos nos proveen de intenciones, esperanzas, deseos, entendimientos y desentendimientos. Este proceso de humanidad, este obrar como agentes – humanos, se constituye en el lenguaje.

Los contextos tienen suma importancia: siempre actuamos desde y hacia contextos. El contexto en el que nos encontramos prefigura cómo debemos actuar.

Podemos hacer la reflexión de cómo en el nuevo paradigma donde involucramos el “nuevo y nuestro” concepto de salud con calidad no es un invento extraído de la nada, sino una respuesta a las condiciones cambiantes del mundo contemporáneo, donde se encuentra en primer plano la comunicación (lenguaje).¹²

Así como el sí mismo, es nuestra manera de modificar permanentemente a través del lenguaje, nuestras acciones, nuestro pasado, presente y futuro, del mismo modo que cualquier buen narrador entretijamos todas las piezas en una trama única. Según esta concepción posmoderna, el sí mismo no es una entidad estable y duradera, sino una autobiografía que escribimos y reescribimos en forma constante, al participar en las prácticas sociales que describimos en nuestras siempre cambiantes narraciones.

La realidad histórica que vive Colombia en los actuales momentos está determinada por un marco de globalización que agrupa las múltiples culturas, razas, religiones, formas de pensar, entre otras, que justifican la construcción de un lenguaje en la presencia del acto médico con sus propios intereses de la sociedad colombiana.

Los seres humanos son agentes conscientes e intencionales, que se cocrean a sí mismos, y a su entorno, en una permanente interacción comunicativa con los demás. Esta creación continua de significado y de realidad es un fenómeno inter-subjetivo que se basa en el diálogo y es parte de él y de la interacción simbólica. Toda acción social puede ser concebida como el resultado de un sistema de individuos que actúan, que ajustan y conectan su comportamiento en relación a sí mismos y a los demás mediante un proceso hermenéutico o interpretación de sí, es decir, a través de la construcción narrativa humana puesto que vivimos unos con otros, vidas narradas.¹³ Situación que describe las interrelaciones del acto médico donde el paciente, el médico, la clínica y la sociedad definen su significado y crean su lenguaje.

Desde esta perspectiva concluimos cómo toda conducta humana es intencional y está situada en una realidad sociohistórica, simultáneamente reproducida y modificada por el lenguaje producto de una construcción social, a través del cual somos capaces de conocer (la realidad).

Según esta propuesta, las palabras y las acciones no sólo derivan su significado del contexto en el que ocurren, sino que crean contextos.

Aquello que se construye no es homogéneo ni el resultado de una conciencia singular, sino un campo de sentido formado por múltiples interacciones, por "múltiples voces": la cultura, el género, la localidad, la singularidad, contribuyen a esta polifonía.

"Las voces se ligaron, fueron construidas y emergieron como constructoras". Las metáforas de alternancia, para la construcción de significados compartidos que remplazan a las hegemónicas, basadas en la autoridad o en el saber del individuo, es lo que nos permite proponer la posibilidad de reescribir nuestro concepto de salud en el país.

HISTORIA DE LA SALUD CON CALIDAD EN EL PAÍS

La prestación de los servicios de salud enfocados como un proceso de mejoramiento continuo de calidad tiene este enfoque, inicialmente, desde principios del Siglo XX.

Es alrededor de 1910 (EE. UU. y Canadá), donde primero se realiza la construcción de estándares para evaluar la calidad de la prestación del servicio de salud en los hospitales.

En los años cincuenta toma fuerza la tendencia en Norteamérica a fundamentar la calidad del servicio de salud en el entorno (responsabilidad social de los actores sociales del sistema).

En América Latina se evidencian dos líneas de acción en la prestación de los servicios de salud: la centrada en el servicio, y la centrada en el usuario. Actualmente predomina el segundo enfoque.¹⁴

En nuestro país es preciso resaltar que dicho proceso tiene sus orígenes desde los años noventa (hace más o menos quince años, como se describe a continuación: el Ministerio de Salud, en 1991, toma como referente el Manual de acreditación de los hospitales de América Latina", publicado por la OPS, y edita el Manual de acreditación de prestadores de servicios de salud, después de que la Federación Latinoamericana de Hospitales, junto con la OPS y la OMS desarrollaron instrumentos para evaluar y mejorar la calidad de las IPS de América Latina.

En 1992 el Ministerio de Salud, la OPS y la OMS organizan el primer Simposio Nacional de Acreditación, donde se concluye sobre la necesidad de un ente, la Comisión de Acreditación, para la realización de tal fin.

La comisión se reunió en múltiples oportunidades para debatir el "mejoramiento continuo de la prestación del servicio de salud".

En 1993 el Centro de Gestión Hospitalaria aporta el Manual que fue creado por la Comisión, el cual se entrega al Ministerio de Salud, quien implementa algunos cambios.

En 1994 se realiza el Seminario Internacional de Acreditación, en este mismo año el Ministerio de Salud Pública promulga el Decreto 1918, reglamentando el proceso de acreditación. En 1995 se revisa y se publica el Manual por parte de Ascofame, el ISS y el Ministerio de Salud, por cuenta propia.

En 1996 el Ministerio y la Superintendencia de Salud, dan origen a los "requisitos esenciales". En este mismo año el Ministerio de Salud expide el Decreto 2174, organizando el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

En 1999 por parte del Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria y el Centro de Conciliaciones de Canadá se proponen evaluar lo realizado hasta ese momento, de lo cual surgen el Decreto 2309 de 2002 y la Resolución 1439 de 2003, correspondiente a lo normatizado en los actuales momentos sobre la prestación de los servicios de salud con garantía de Calidad, en el país.¹⁵

Esta descripción de la forma como se ha llevado a cabo en América Latina y Colombia, desde sus instituciones, demuestra la imposición de un servicio de salud con garantía de calidad, lo cual nos deja la sensación de que se encuentra todavía en proceso de construcción.

JUSTIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD

Si partimos de que todo el proceso de la prestación de los servicios de salud con calidad, de ninguna manera es una opción que pueda darse o no darse, entonces la calidad de los servicios de salud corresponden a un conjunto obligatorio de atributos producto de la responsabilidad ética, fundamentada en la construcción de la significación del acto médico, en las interrelaciones, mediadas por el lenguaje, de los actores en su ejecución.

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD CON GARANTÍA DE CALIDAD

Se concluye sobre lo analizado, cómo la percepción que se tiene de la prestación de los servicios de salud depende del valor o significación que cada uno de los actores del sistema tenga sobre los diversos atributos del acto médico y de la capacidad de dichos actores para evaluarlos.

Un usuario le confiere más valor a las comodidades y aspectos humanos en la relación con el prestador. El prestador le da más valor a la tecnología y los conocimientos empleados; el asegurador le da más valor al uso eficiente de los recursos, características que definen los diferentes tipos de conocimientos, determinados por intereses diferentes entre sí, valga la pena decir, en contradicción, intereses que en la medida que interrelacionen y construyan un lenguaje y sentido común y adecuado, conduce hacia un principio general como es el de la vida.

En este orden de ideas, los criterios de calidad en la prestación de los servicios de salud no son más que juicios de valor del proceso de atención en salud. "La calidad se puede definir de acuerdo con lo que uno más quiere que esta sea", por lo general refleja valores e intereses.

Así, podemos concluir, cómo la definición de lo que corresponde a la calidad en la atención en salud según la norma vigente (Decreto 2309 del 2002), corresponde a la provisión de servicios en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de salud, accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tenga en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario.

Definición donde se encuentran presentes los intereses de los actores que construyen dicho concepto sobre la salud con calidad, intereses que deben reorientarse bajo la construcción de un mismo lenguaje alrededor del sentido de la vida como fin último.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BARNETT PEARCE, W., Nuevos modelos y metáforas comunicacionales.
- 2 CECCHIN, G. Construccinismo social.
- 3 HABERMAS, Jurgen. Conocimiento e interés.
- 4 HABERMAS, Jurgen. Conocimiento e interés.
- 5 HABERMAS, Jurgen. Conocimiento e interés.
- 6 Decreto 2309 de 2002.
- 7 FOX KELLER, E. La paradoja de la subjetividad científica.
- 8 MORIN, E., La noción de sujeto.
- 9 FOX KELLER, E. La paradoja de la subjetividad científica.
- 10 GLASERSFELD, Von, E., La construcción del conocimiento.
- 11 GUATTARI, F., El nuevo paradigma estético.
- 12 GLASERSFELD, Von, E., La construcción del conocimiento.
- 13 GUATTARI, F., El nuevo paradigma estético.
- 14 KERGUÉLEN, Carlos, Calidad en salud. ¿Qué es?
- 15 KERGUÉLEN, Carlos, Ibíd..