

Hipócrates en el resonador.

Notas a 60 años de El nacimiento de la clínica

Hippocrates in the MRI.
Notes 60 years after the birth of the clinics

Yuri Carvajal¹
Pablo Cox²

RESUMEN

Este artículo busca una lectura contemporánea de El nacimiento de la clínica de Michel Foucault. Relevando la proliferación y extensión de la mirada y sobre todo las imágenes, pero también considerando el poder de vida y el rol de mercado en la medicina actual, respecto de lo revisado por Foucault. Considera la ausencia de ciencias sociales respecto de la clínica, la proliferación de cifras y la informatización creciente de los procesos.

Palabras Clave : Michel Foucault, clínica, sociología médica

I. Los hospitales aún conservan, del espacio clínico descrito por Foucault hace 60 años, la primacía de la mirada. Habría que actualizar cuánto se ha expandido ese predominio hasta la constitución de una especialidad y área específica: la imagenología.

Que es también una persistencia no sólo notable, sino quizás clave, de la observación. Pero ya no hay aquí la conjunción signo síntoma y el despliegue semiológico que articulaba un sistema que tenía mucho de lenguaje. El examen físico hoy es la búsqueda de indicios para que las imágenes trabajen, localicen, identifiquen. Los semiólogos son parte del proletariado en reconversión industrial.

Los años transcurridos desde la escritura de este libro (sus referencias más contemporáneas son de 1956 y 1962) han experimentado un despliegue enorme del entramado técnico, el mismo que ha potenciado el poder de la imagen y reducido la anatomía patológica (Foucault subraya que Bichat entiende por tal una macroscopía de los tejidos y no consideraba valiosa la microscopía). Pero además se han incorporado masivamente técnicas de biología molecular, de informatización de los registros y potenciado el efecto de la cirugía y medicamentos de un modo inédito. La mirada pues no está desnuda, sino cada día más formateada por equipos digitales que mantienen una especie de culto a la imagen tipo Roentgen, aderezado con pantallas apaisadas en las que la observación es un juego mouse/computador. El procesamiento digital o numérico de imágenes es críptico para los operadores cotidianos. No podría hoy ningún técnico generar un equipo funcional en meses como hizo Zegers en 1896 o reparar un aparato manualmente. La mirada es apenas parte de un despliegue tecno-terapéutico y muchas veces, de regreso, de re-diagnóstico.

Si la mirada no es un acto perceptivo pasivo ni universal, sino un acción corporal que tiene todas las marcas del equipamiento y la trayectoria técnica que hace posible esa mirada, es necesario reconocer que la inmersión selectiva de la mirada en pantallas digitales, con sus colores, proporciones y efectos, configura una forma de mirar peculiar. No sólo para reconocer el trabajo reductivo de las imágenes en el formato actual respecto del mundo y la enfermedad, sino sus sesgos y cegueras. En tiempos de telemedicina se prescinde a menudo de este considerando y se asume que las imágenes son la enfermedad o el estado saludable y que

1 Director Editor, Cuadernos Médico Sociales. Colegio Médico de Chile A.G. Correspondencia a: ycarvajal61@gmail.com

2 Neurorradiólogo intervencionista, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

la pantalla es copia fiel del original. Olvidamos que vemos lo que podemos ver y lo vemos de la forma en que nos lo pueden entregar. ¿Qué pasa con lo que no está accesible para esa transformación sensorial que operan los dispositivos diagnósticos? ¿Acaso se vuelve materia oscura?

En un comentario que reduce el dramatismo de las epistemes a propósito de Las palabras y las cosas, Latour ha cuestionado que la ontología analógica haya desaparecido bruscamente con la modernidad. Sugiere que las imágenes, potenciadas por el uso de la perspectiva a partir del renacimiento, nos han brindado un analogismo en dos dimensiones: “por decirlo de una manera muy sumaria, habríamos pasado, gracias a la pintura, de un analogismo 3-D a un analogismo 2-D, considerado hoy erradamente por un naturalismo”.

Tan o más importante que considerar esos efectos, es reconocer que la medicina contemporánea ha reconfigurado el espacio clínico en la intersección de las universidades privatizadas o bajo un régimen intelectual semiprivado (las públicas), industrias (de elementos diagnósticos y terapéuticos, informática) y las reglas de mercado (economía). Si las fuerzas que dieron nacimiento a la clínica fueron la facultad, la monarquía y la revolución, hay que decir que incluso aquellas que podrían conservar su nombre, son francamente distintas.

La industria farmacéutica en los años en que Foucault escribía, era pálida y endeble. La FDA a principios de los 60 estaba recién fortalecida por la enmienda Kafeuver-Harris y había salido muy bien aspectada con su preclara política respecto de Talidomida, liderada por Frances Kelsey. Las vacunas eran actos filantrópicos de investigadores brillantes. Recién se iniciaban los grandes despegues de fármacos, incluso de antibióticos y antiinflamatorios. El milagro de la insulina en 1922 no se había masificado a la diabetes tipo II, mientras que la hormonoterapia como tal estaba en sus inicios al igual que la oncología médica.

Aunque en la actualidad no se habla del complejo tecno industrial médico, su relevancia mostrada durante la pandemia, es mayor que nunca.

La clínica surgió como un espacio de experimento y de enseñanza. Vino a resolver un conflicto entre la Sociedad Real de Medicina y la facultad, constituyéndose en un territorio de transmisión de experiencias, de corrección de gestos, de producción de saberes -una especie de doyo pragmático-. Ese rol agoniza en donde quiera que se ejerza alguna enseñanza. Pero en los hospitales y respecto de la medicina, vive un colapso particularmente severo. La protocolización,

los procesos, los diagramas de flujo, la informatización de la ficha clínica, todos de la mano de la economización, reducen los lugares del don y del agradecimiento. La experiencia sigue a la baja. El lenguaje es clave en la discusión del significado de la enfermedad “..... el cambio ínfimo y decisivo que ha sustituido la pregunta ¿Qué tiene usted?, con la cual se iniciaba en el siglo XVIII el diálogo del médico y del enfermo, con su gramática y su estilo propios, por esta otra en la cual reconocemos el juego de la clínica y el principio de todo su discurso : “¿Dónde le duele a usted?” (p. 20). Esto según Foucault desencadena una serie de acontecimientos, sin embargo hoy sólo lleva a dónde dirigir la solicitud del exámen imagenológico, pero si no se alcanza una mayor precisión geográfica, no hay problema pues se recurre al “PAN TAC”, scanner de tórax, abdomen y pelvis. Podríamos agregar también uno de cerebro por si acaso.

II. La medicina que Foucault describe y la que no alcanzó a vivir es una medicina que hace de la información una noción articuladora muy peculiar. La idea clave de *feedback* que potencia la cibernética proviene de la endocrinología. Lo que podría tener a Foucault aún entre nosotros es un medicamento informático también, un inhibidor de la transcriptasa inversa.

El explosivo boom farmacológico del siglo XX está basado en medicamentos que bloquean receptores, inhiben transductores, activan moduladores, abren o cierran canales celulares, confunden enzimas. No es una medicina de potencia sino una que hace de la modulación de las relaciones entre seres vivos, un concepto terapéutico. La misma cirugía ha reducido su energía de entrada al cráneo, tórax o abdomen para extraer, cortar o ligar y ha generado un régimen de bajas energías, mediante el cateterismo, endoscopios de todo tipo, punciones guiadas por ecografías, con pequeñas incisiones, microscópicas embolizaciones o diminutas prótesis.

La potencia terapéutica de este régimen de vitalidades, de baja energía sin embargo es enorme. Contra las cifras de McKeown que mostraban el bajo poder de los hospitales, hoy es posible apreciar en cifras poblacionales como la mortalidad por cáncer infantil, el notable efecto de los protocolos y los medicamentos quimioterápicos. La imagenología es parte de esta configuración que interviene entre los vivientes con las reglas de lo viviente. A esta altura la información parece una reducción del régimen de intercambio/relación propio de los seres vivos. La comprensión de la excepcionalidad de lo viviente permanece aún

en curso, Gould habló de acervo exaptativo para considerar la proliferante riqueza de la viviente, excedentaria, que hace incluso del modelo informático una reducción inapropiada.

Y esto nos lleva a la cuestión de fondo: si la clínica ya en su versión decimonónica tuvo la marca desafiante de la democracia técnica, en que el diagnóstico era un problema que debía ser abordado por un debate organizado, hoy esa cuestión es más imperiosa que nunca. Y lo es, porque las formas institucionales que le dieron nacimiento requieren un grado notable de actualización. La autoridad decisiva en tal debate ya no está localizada con precisión y los bordes profesionales siempre borrosos, están en franca desaparición. La misma dicotomía hecho valor ha colapsado y todos los esfuerzos por restituirlas la vuelven aún más frágil.

Si la democracia del trabajo es un desafío extendido por todos los vericuetos del mundo humano actual, en el espacio clínico su necesidad es urgente. La calidad del trabajo no se resolverá por el mero uso de protocolos, sino por el uso de la palabra y la biología en su sentido más amplio, en forma mesurada y democrática. La semiología considerada un lenguaje de lo viviente, debe retornar.

III. Y aunque Foucault hace emerger las ciencias humanas del auge de la clínica (“De ahí el lugar fundamental de la medicina en la arquitectura de conjunto de las ciencias humanas: más que otra, está ella cerca de la estructura antropológica que sostiene a todas” p. 258) el espacio clínico hoy es particularmente pobre de esas mismas ciencias. La sociología de los hospitales es una disciplina marginal en su interior. Las ciencias sociales no han logrado traspasar la barrera de lo anecdótico, lo curioso o excepcional. ¿cómo entender el éxito de un equipo o servicio clínico en relación a otro?, auge y decadencia de grupos humanos organizados en torno a un conjunto de patologías. Este ambiente sin duda afectará los resultados en mortalidad o complicaciones.

En la corriente principal del pensamiento clínico lisa y llanamente no hay espacio para la perspectiva histórica, sociológica o humanista.

Aunque no han aparecido textos que actualicen la perspectiva con la radicalidad con que lo hicieron Fleck, Goffman y Foucault, hay que decir incluso que la presencia en el mundo clínico de estos clásicos es marginal.

Es urgente condensar el trabajo realizado en diferentes perspectivas y países, para actualizar una comprensión compartida de que sucede sociológicamente en estos lugares.

Pueden decirse muchas verdades parciales, pero el territorio demarcado por los límites del Hospital sigue siendo un régimen de verdad específico, que modela vida y muerte humana en forma creciente por el orbe.

Más complejo aún, porque en pandemia se cerraron las barreras de acceso a estas instituciones, se protegieron sus cifras, se mistificaron sus procedimientos, se reverenciaron los expertos.

IV. La clínica siempre fue un lugar privilegiado por las cifras. La actual informatización así como la economización de la salud han multiplicado y potenciado esa condición. A tal punto que podríamos hablar de una sociología puramente cuantitativa de los hospitales que tiene un desafío enciclopédico para ser comprendida. Si las estadísticas de salud constituyeron un campo específico de las cifras públicas, materias como GRD, el procesamiento numérico de las imágenes, las bases de datos de exámenes y las redes locales que registran una amplia gama de actividades, así como tablas y datos con cifras de contabilidad financiera, constituyen hoy campos de sub especialidad poco explorados por los cuantitativistas.

V. La extensa diversificación técnica de la práctica clínica hace de los estudios STS un componente indispensable para el entendimiento de lo que ocurre dentro de los hospitales. No sólo para comprender los efectos de ese despliegue. También es relevante poder superar una bioética principialista que no considera para nada la técnica ni la economía y que nos deja indemnes frente al desarrollo técnico. Del mismo modo, que la clínica tome a la técnica como un objeto natural y que no tenga en su bagaje alguna epistemología sociológica, debilitan su capacidad terapéutica.

VI. Estar enfermos hoy es básicamente haber producido un móvil inmutable, una referencia circulante que se identifica con una entidad nosológica o una condición patológica. Las implicancias de esta radical transformación ocurrida en el campo salud/enfermedad recién las estamos considerando. La jerga del campo: falsos positivos, falsos negativos, artefactos de técnica, no dan cuenta de que la identidad lógica traza=enfermedad, no puede sostenerse sin negar el carácter mismo de la práctica clínica. Es imperativo volver a las tres i que impregnan el mundo actual: incertidumbre, irreducción, indeterminación.

VII. El diseño de los Hospitales siempre fue

una marca de su tiempo. Jamás sus espacios e instalaciones han sido puramente técnicos. La opacidad del diseño, muchas veces oculto por la contemporaneidad que provoca la extensión de las mismas formas o estilos en los espacios urbanos, es hoy un desafío crítico. La configuración de los espacios clínicos debe ser repensada a la luz de la velocidad de los desarrollos técnicos, así como de los propósitos éticos deseables, de la habitabilidad de ese espacio y de los desafíos climáticos y planetarios del Antropoceno. Considerando también la perturbación y la reorganización urbana que provocan.

VIII. La potencia abrumadora de la técnica en el espacio clínico, ha incrementado los riesgos de la equiparación de la psiquiatría con la clínica. Una hospitalización psiquiátrica usando las reglas de la clínica y de sus soportes técnicos, pero careciendo de la práctica misma propia del espacio hospitalario, puede tener efectos dramáticos sobre las personas.

El Nacimiento de la clínica tiene su hermano mayor en La historia de la Locura en la época clásica. Foucault tomó distancia de la anti-psiquiatría y de la antimedicina, ni tampoco puso a ambas en un mismo análisis.

IX. Los hospitales no sólo son grandes consumidores de bienes industriales intensivos en transporte, agua, energías y servicios. Son grandes derrochadores de energía, productores de una gran huella de carbono, y de toneladas de residuos, muchos de ellos infecciosos o peligrosos, riles y emisiones a la atmósfera.

Los hospitales del antropoceno encaran un desafío mayor, pues no sólo deben adaptarse, sino generar las condiciones de una práctica clínica adecuada y distinta de la actual.

X. ¿Es legítimo llamar hospital digital a un sitio web de telemedicina?

Si la clínica es un espacio distinto, un régimen de verdad técnica muy propio de occidente, resulta abusivo pretender hacer funcionar un dispositivo telemático como si se tratase de un espacio clínico.

No es casual que la telemedicina se concentre en los grupos de más bajos ingresos y se utilice para ahorrar costos o resolver la llegada a lugares distantes.

XI. La gestión hospitalaria se entiende como una técnica gerencial realizable desde la ignorancia clínica, cuyas propuestas pueden no sólo prescindir de la historia, la sociología y el carácter situado de los hospitales, sino también prescindir del conocimiento mínimo de las enfermedades y su abordaje. La ingeniería comercial, la ingeniería informática y la ingeniería industrial se disputan la posibilidad de organizar los hospitales sin clínica.

El aterrizaje de estas disciplinas de saberes abstractos que pueden aplicarse indistintamente a una termoelectrónica, una familia o un hospital, agrava toda la exclusión de la historia, la sociología, los estudios STS del espacio clínico y oblitera el pensamiento acerca no sólo de El Nacimiento de la Clínica, sino de las transformaciones ocurridas en estos 60 años.

El gerencialismo de la clínica, se opone a lo que ya señalamos sobre democracia técnica. El centramiento en la cuestión del líder y el liderazgo, revela ese temor a debatir y una búsqueda agobiante del *big brother* que logre saldar los debates. Por su parte la democracia técnica debe considerar que el sustento en ciencias no es mera réplica de una cuestión de mayorías: la prueba y la trazabilidad son decisivos, tanto o más que las mayorías.

XII. Una mirada breve a las fuentes del texto foucaultiano, nos muestra su origen predominantemente parisino, un patrón temporal muy definido: previas a la revolución las cuestiones de policía médica, las de enseñanza muy próximas a la revolución y más tardías, las fiebres. También es notable que la anatomía patológica teniendo un carácter crucial en el texto, sea la de menor cantidad de fuentes.

Lo que nos sorprende de este texto es que tuvo, del mismo modo que Foucault señala sobre la medicina de las clases, la constitución epidémica y las epidemias, “una fortuna marginal”.

Un texto muy local pero de una potencia enorme, que quizás sea el más desconocido por el mundo médico, de toda su obra. Me atrevo a decir que todo el ciclo de conferencias de los años 70 en Brasil son muchísimo más conocidas. Es cierto que su lectura es más sencilla. Pero sus conclusiones también son menos incisivas. Y como tales, no han cobrado mayor vida con el paso de los años. Esta fortuna también es propia de El nacimiento de la Clínica.

